

# Do injustificável ao ajustado – Notas sobre terapêuticas e exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes

ANTÓNIO LOURENÇO\*

## RESUMO

*O pedido de exames complementares de diagnóstico e de tratamentos pelos doentes é uma realidade na prática diária da medicina geral e familiar, que não raras vezes interpela e testa a relação entre o médico de família e utente/doente. As inúmeras questões que suscita vão desde a contextualização do pedido até implicações no campo ético, nomeadamente ao nível da decisão médica.*

**Palavras-chave:** Pedidos de Meios Complementares Diagnóstico; Pedidos de Terapêuticas; Modelos da Relação Médico-Doente; Decisão Médica.

Os médicos de família são frequentemente confrontados com pedidos de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e de tratamentos (incluindo terapêuticas farmacológicas) por parte dos utentes/doentes, o que pareceria impensável num passado relativamente recente. Esta realidade é muitas vezes sentida e interpretada como intromissão no próprio acto clínico e geradora de potenciais conflitos.

Um dos marcos fundamentais da evolução do paradigma da prática médica relaciona-se com uma maior capacidade de escolha e decisão da parte dos doentes. O empoderamento («*empowerment*») e a capacitação dos doentes são, no limite, consequência da expansão social e interiorização dos indivíduos, dos conceitos de identidade e de autonomia. A evolução destes conceitos está ligada ao desenvolvimento

da Bioética nos últimos 30 a 40 anos, e tem importantes aplicações e consequências na Medicina Clínica.

O pedido de testes e tratamentos por parte dos doentes e utentes merece, pois, uma abordagem sobre questões como identidade, autonomia, relação médico/doente e decisão clínica.

## IDENTIDADE E AUTONOMIA

O padrão normal do comportamento autónomo inclui uma relação relativamente harmoniosa entre as 3 facetas da identidade: a física, a relacional e a moral. A identidade física corresponde à biologia própria de cada indivíduo, bem como às manifestações corporais das mesmas. A segunda faceta, a relacional, envolve a inteligência, a memória, a cognição, as emoções e sentimentos e as questões interpessoais. Os aspectos morais englobam a capacidade de juízo e decisão moral, a distinção entre o bem e o mal, o bom e o mau, o dever e o laxismo; qualquer destes aspectos tem repercussão nos comportamentos e decisões; permite a participação nos valores

\*Médico de Família. Sub-Região de Saúde de Santarém  
Membro da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC)

de uma moralidade humana, bem como nos valores e normas de uma cultura.<sup>1</sup>

A autonomia pode ser considerada como uma qualidade intrínseca à identidade caracterizada pelo atributo da flexibilidade, a qual permite a necessária adequação à realidade dinâmica da vida. É a base da capacidade de cada um para se reorganizar perante qualquer confrontação com uma nova e não prevista situação e aplica-se não apenas a doentes, mas a qualquer pessoa, incluindo os profissionais de saúde. A percepção que a autonomia é de ambos (profissional de saúde e doente) é crucial para o entendimento da relação médico-doente.<sup>1</sup> O conceito de autonomia está balizado por duas autonomias: a autonomia do médico e a autonomia do doente. O médico deve orientar e ajudar o doente de forma mais adequada à realidade presente. Para uma autonomia de comportamento realista, o doente deve reconhecer o seu próprio potencial e limites, bem como compreender os problemas de uma forma que se deseja empenhada e o mais razoável possível.<sup>1</sup>

### QUE MODELOS DA RELAÇÃO MÉDICO/DOENTE?

Estão descritos vários modelos da relação médico – doente que correspondem a diferentes formas de abordar e vivenciar o acto médico (Quadros I a IV; Figura 1).<sup>2-5</sup>

### MODELO PATERNALISTA CLÁSSICO (HIPOCRÁTICO)

O Modelo Paternalista Clássico (Qua-

#### QUADRO

##### MODELOS DA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

- Modelo Paternalista Clássico (Hipocrático)
- Modelo Informativo
- Modelo Interpretativo
- Modelo Deliberativo
- Modelo Centrado no paciente/Beneficência com confiança

dro 1) está profundamente imbuído da tradição hipocrática. Terá provavelmente mais de 2.300 anos de história. Nele, o médico assume um papel predominante, defendendo a concepção hipocrática de que o médico deve decidir a cada momento o que é melhor para o seu doente.

### MODELOS INFORMATIVO, INTERPRETATIVO E DELIBERATIVO

Estes modelos são bem mais recentes, tendo emergido há pouco mais de duas ou três dezenas de anos. Traduzem, na evolução social, o impacto da sociedade da informação.

Actualmente estes modelos não serão adequados para a prestação de cuidados de saúde. Uma excepção será a utilidade do modelo paternalista clássico nas situações de urgência/emergência onde há necessidade de tomar decisões rápidas, e que podem significar salvamento do doente. Nestas circunstâncias é imperativa uma actuação de acordo com os cânones da arte e ciências médicas, mesmo, obviamente, sem o consentimento prévio do doente, em-

#### QUADRO I

##### MODELOS DA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

Valores do doente	Objectivo é partilhado por médico e paciente
Obrigações do médico	Promover o bem-estar do doente independente das preferências actuais do doente
Concepção da autonomia do doente	Autonomia reduzida. Alguns valores objectivos
Concepção do papel do médico	Guardião, implementando o que for melhor para o doente

## QUADRO II

## MODELO INFORMATIVO

Valores do doente	Definidos, fixos e conhecidos para o doente
Obrigações do médico	Fornecer informação relevante, factual, e implementar a escolha decidida pelo doente
Concepção da autonomia do doente	Escolha é do doente, que tem controlo sobre os cuidados médicos
Concepção do papel do médico	A de um técnico competente, conhecedor da informação

## QUADRO III

## MODELO INTERPRETATIVO

Valores do doente	Incipientes, confusos, eventualmente conflitantes requerendo elucidação
Obrigações do médico	Deve elucidar e ajudar na interpretação dos valores do doente; Informar o doente e implementar a intervenção seleccionada pelo doente
Concepção da autonomia do doente	Auto-compreensão relevante para os cuidados médicos (derivado do modelo paternalista + informativo)
Concepção do papel do médico	Conselheiro/consultor

## QUADRO IV

## MODELO DELIBERATIVO

Valores do doente	Aberto ao desenvolvimento e revisão através de discussão moral
Obrigações do médico	Articulando e persuadindo o doente dos mais «admiráveis» valores, assim como informando o doente e implementando a intervenção seleccionada pelo doente
Concepção da autonomia do doente	Auto-desenvolvimento moral relevante para a prestação de cuidados médicos (derivado do modelo paternalista + modelo informativo)
Concepção do papel do médico	Amigo ou professor

bora, em algumas circunstâncias, seja de admitir uma validação posterior.<sup>1</sup>

### OUTROS MODELOS DA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE

Outros modelos têm sido descritos (ex. modelo liberal, modelo de acomodação, modelo psicodinâmico, modelos horizontais e modelos verticais), mas que correspondem em parte aos que foram acima descritos, com algumas variantes pontuais e linguísticas.

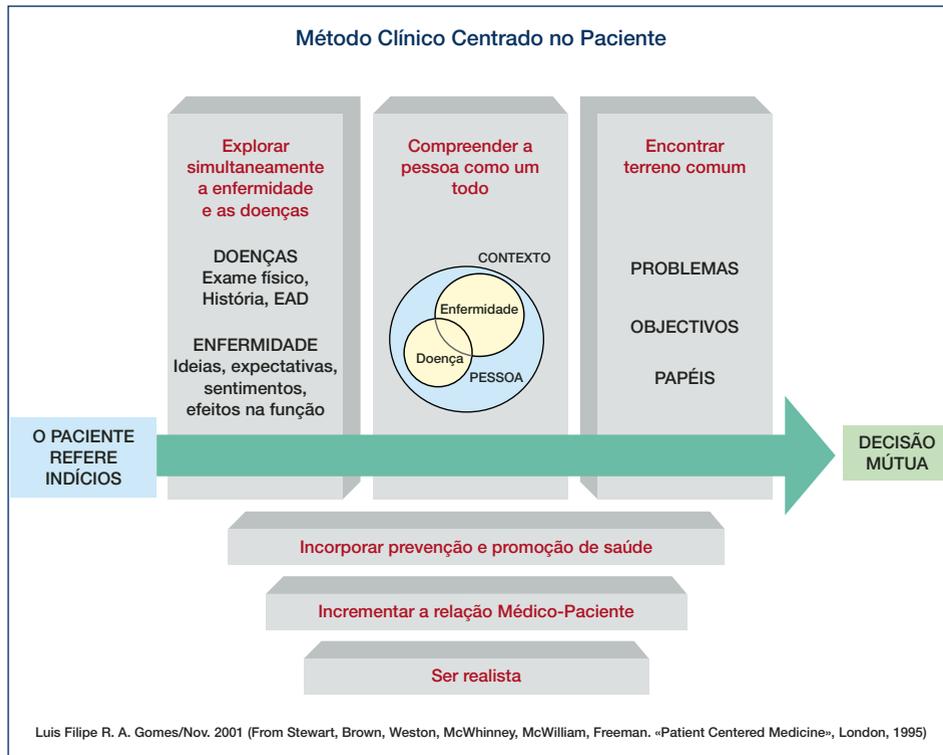
Referiremos a seguir aquele que consideramos o modelo actualmente mais adequado à prática clínica, particular-

mente a da Medicina Geral e Familiar – o modelo centrado no paciente, que tem subjacente o princípio ético da beneficência em confiança, e que traduz a aplicação do conceito da decisão partilhada.

### MODELO CENTRADO NO PACIENTE/ /BENEFICÊNCIA EM CONFIANÇA

O método clínico centrado no paciente é um modelo interessante e que se baseia em teorias psicossociais designadamente o modelo holístico integrado de Magnusson (Figura 1).<sup>5</sup>

Acaba por aplicar de forma curiosa o



**Figura 1.** Método Clínico Centrado no Paciente

modelo de decisão partilhada que adiante se refere.

### **MODELOS DE DECISÃO MÉDICA. DECISÃO PARTILHADA**

Actualmente, de dois modelos de decisão médica, é claramente preferível o da decisão partilhada (Quadro V).<sup>6</sup>

No modelo de Decisão Partilhada verifica-se uma «autonomia acrescida do doente», enquanto no modelo de Plena Autonomia se assiste à «transferência de todo o peso da decisão para o paciente».<sup>6</sup>

### **A DECISÃO PARTILHADA E A PRÁTICA CLÍNICA EM CUIDADOS DE SAÚDE NO AMBULATÓRIO**

É possível que muitas das discussões que conduzem à tomada de decisões em cuidados de saúde no ambulatório

não preenchem os critérios considerados aceitáveis para uma tomada de decisão partilhada. Os médicos frequentemente não explicam a natureza da decisão, menos frequentemente discutem os riscos e benefícios, e raramente avaliam a compreensão do doente acerca do seu problema clínico.<sup>7</sup> A importância desta questão na prática da Medicina Clínica, e em particular da Medicina Geral e Familiar, é por demais evidente.

### **O PEDIDO DE TESTES E TRATAMENTOS**

Todos os médicos de família já experimentaram as inúmeras possibilidades de pedidos de MCDT pelos utentes; desde um número muito variável de análises ditas de rotina à repetição de radiologias ou ecografias (por ex., com o suposto intuito de monitorizar uma pato-

## QUADRO V

## MODELOS DE DECISÃO MÉDICA\*

1. Decisão Partilhada	2. Plena Autonomia
Partilha de saber e experiência	Predomínio do saber e da experiência do doente
Colaboração	Doente manda com total independência
Centrada na relação	Centrada no Doente
Médico conduz o doente	Médico é informador passivo
Experiência aditiva (win/win)	Interacção de soma zero (win/lose)
Baseada na competência	Baseada no controlo
Baseada no diálogo	Baseada no debate
Investimento pessoal do médico no outcome	O Médico é um técnico frio e distante
Co-responsabilidade no outcome	O Médico transfere a responsabilidade para o doente

logia ou determinada malformação anatômica – muitas vezes sem verdadeiro significado clínico), até ao pedido de exames como TAC ou RMN. A formulação destes pedidos assume formas diversas, desde a solicitação (por vezes não fundamentada) de outros clínicos até pedidos alicerçados em informações sem qualquer critério, divulgadas nos meios de comunicação social. Os mesmos circunstancialismos são aplicáveis ao pedido de tratamentos.

Perante um pedido de testes ou tratamentos, uma das primeiras questões com que o clínico se deve debater com a decisão a tomar é não enveredar de imediato pela rejeição do solicitado, mas tentar compreender o verdadeiro significado do pedido (Quadro VI). Sugere-se que o clínico tenha presente o primado da responsabilidade, tal como formulado por Hans Jonas, em que o objecto primário da responsabilidade é o sujeito humano.<sup>8</sup>

Há autores que referem que, quando os doentes expressam desapontamento por não terem ou não irem receber os tratamentos ou MCDT de que estavam à espera, estão a expressar dúvidas acerca dos motivos ou causas da sua doença, do racional da terapêutica, ou da própria relação médico-doente.<sup>9</sup> Uma das questões que se coloca é se existe paternalismo (ou o oposto) entre

profissionais e doentes. No caso dos medicamentos deve acautelar-se o direito do paciente à informação, não só para o uso correcto dos medicamentos, mas para a respectiva partilha de informação e conhecimento de riscos. Há também quem afirme que, para além de outros benefícios (incluindo a melhoria efectiva nos resultados atingidos), ser informado pelo seu médico e participar activamente numa tomada de decisão será a primeira das prioridades do doente.<sup>10,11</sup>

Na realidade, além da apreciação da forma e do conteúdo, o pedido pode constituir um indicador de disfunção (não só do utente ou da família, mas igualmente do próprio sistema de saúde, eventualmente da consulta do próprio clínico por dificuldades de acessibilidade). É fundamental a avaliação da razoabilidade clínica do pedido, que não deverá ser recusado apenas porque é solicitado de forma menos adequada. O que está em causa é a saúde do utente/doente, pela qual o clínico tem responsabilidade pessoal e social. Na avaliação do pedido, deve equacionar a sua natureza face às alternativas corporizadas por outros profissionais de saúde, bem como a resposta existente às necessidades sentidas pelo utente/doente.

Perceber e enquadrar o significado

## QUADRO VI

## ELEMENTOS A CONSIDERAR NO SIGNIFICADO DE UM PEDIDO

- Forma e conteúdo
- Indicador sentinela? (pode corresponder ou significar um «Grito de ajuda»?)
- Tem razoabilidade clínica? (Justificado face à situação clínica existente?)
- Justificado face à resposta (in)existente?
- Diferente da iniciativa do próprio clínico?
- Iniciativa de outro profissional de saúde? Justifica-se?
- Iniciativa de leigos?
- Adequado? Inadequado?
- Pressão social

de um pedido pode colocar à prova a relação médico-doente/utente e confrontar duas autonomias desejavelmente complementares e não antagónicas.

O significado do pedido deve, portanto, ser enquadrado no âmbito global da relação médico-doente, bem como em linhas de orientação técnica existentes e na melhor evidência disponível sobre a matéria a que se refere (tendo como substrato essencial a efectividade/eficiência, como adiante se verá) (Quadro VII). Aqui, a autonomia da decisão do profissional de saúde deverá reflectir a atenção ao atributo da flexibilidade, não deixando de ter presentes todas as vertentes, balizadas pela deontologia inerente à actividade profissional e do bem último de responder às reais necessidades dos utentes/doentes.

Nestes pedidos de testes e tratamentos pelos doentes, o papel do doente e do médico deverá enquadrar-se no mo-

delo de decisão partilhada (Quadro V). O envolvimento do utente/doente na decisão clínica é tarefa complexa, podendo ter matrizes bem diversas, que podem influenciar a forma como se desenrolará essa relação e, nomeadamente, a pressão de interferências externas.

Importa aqui introduzir o conceito de futilidade. Tratamento fútil é todo o tratamento que não pode atingir o seu objectivo;<sup>6</sup> na prática clínica, regra geral, serão fúteis terapêuticas que são administradas sem qualquer benefício. Numa perspectiva complementar, afirmar-se-á que a passagem de pedido de testes ou tratamentos não deveria ser fútil, e poderá até questionar o tipo de cuidados (úteis) prestados. Questões como a métrica do cuidado útil e o limiar de futilidade têm sido objecto de interessantes reflexões sobre a qualidade dos cuidados prestados.<sup>6</sup>

## QUADRO VII

## ELEMENTOS ADICIONAIS DO SIGNIFICADO DO PEDIDO

- A relação médico-doente
  - O papel do doente na decisão clínica - a autonomia do doente e a decisão clínica
  - A integridade profissional
- As normas de orientação clínica e de qualidade
  - Sempre possível a sua aplicação?
- Efectividade e eficiência. Responsabilidade social

### **O QUE FAZER PERANTE UM PEDIDO DE TESTES OU TRATAMENTOS**

Como já referido, é em ambiente de decisão partilhada que devem ser equacionados os pedidos de testes e tratamentos pelos utentes/doentes.

O que define o acto médico é a responsabilidade de decidir.<sup>12</sup> Pode afirmar-se que no acto médico há partilha da decisão (co-decisão), mas que a responsabilidade é sempre do clínico; no acto médico não existe, portanto, responsabilização partilhada com o doente (co-responsabilização).<sup>12</sup>

Perante um pedido de testes ou tratamentos, após audição atenta do utente/doente acerca do respectivo motivo, caberá ao médico informar o mais correctamente possível, quer no que se refere ao conteúdo científico, quer à forma de veicular essa informação; deverá também orientar a ponderação das várias possibilidades (pesando, os prós e os contras) e recomendar uma determinada acção, tendo como objectivo, numa perspectiva ética, o bem último do utente/doente. É recomendável, constituindo um exemplo de boa prática clínica, que haja discussão construtiva do motivo do pedido, e que a decisão seja num espírito de decisão partilhada. Essa responsabilidade clínica não deve ser desviada para os ombros de um doente numa tentativa, mal orientada, para respeitar a autonomia.

Numa perspectiva de boa prática clínica e ética, regra geral, dificilmente será social ou clinicamente aceitável a possibilidade do doente ter direito a qualquer exame ou tratamento comprovadamente fútil ou desnecessário.<sup>13</sup> No entanto, caberá introduzir aqui a noção de apropriado. Na clínica, em casos muito excepcionais, não serão de excluir serem clinicamente justificáveis pedidos de exames complementares de diagnóstico, aparentemente desnecessários, mas que poderão apoiar deter-

minada decisão (ex. pedido de análise em doente psicótico, que julga ter determinada patologia).<sup>12</sup> Nesta perspectiva, o acto médico, embora do ponto de vista estritamente científico seja injustificável (por incorrecto ou inapropriado), será, do ponto de vista clínico, ajustado (ou apropriado, por traduzir a realidade que melhor se coaduna à situação particular).

A teoria da complexidade tem sido usada para perspectivar a relação médico-doente como constituída por um complexo processo de interacção e relacionamento. Descreve um processo relacional e psicossocial emergente, através do qual doentes e médicos continuamente influenciam o comportamento e a experiência de forma recíproca. Como as respostas psicossociais serão necessariamente biopsicossociais, esta influência mútua pode ser subjectivamente experimentada como empatia, e poderá ser habilmente utilizada pelo médico para directamente melhorar a relação médico/doente e a potencialidade terapêutica que a mesma encerra.<sup>14</sup>

### **ACTO ÉTICO E ACTO MÉDICO**

O acto ético deve procurar sempre a correcção do agir tendo em conta o bem do outro.<sup>12</sup> Nessa perspectiva, o acto médico, se correctamente praticado, é um acto ético.<sup>12</sup>

Numa perspectiva social, a prática médica actual não pode ser equacionada sem os parâmetros da responsabilidade social, da efectividade e da eficiência.

### **ÉTICA E EFECTIVIDADE/EFICIÊNCIA**

O principialismo bioético defende quatro princípios fundamentais: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.<sup>15</sup>

É preciso ter a noção que o modelo

da prática médica actual realça, de acordo com os movimentos sociais dominantes, a autonomia do doente, mas a relação decorre hoje em «*ambiente especial*»: a) da parte do doente intervêm ele mesmo e as suas condicionantes (emocionais, sociais e económicas); b) no que diz respeito ao médico está as mais das vezes integrado em instituições, sujeito a hierarquias, padecendo de constrangimentos técnicos, administrativos e económicos. A cada um dos parceiros desta relação cabem responsabilidades específicas, mas a responsabilidade da prescrição e do acto médico, é médica.<sup>12</sup> Esta hierarquização técnica tem sido até à data mais visível em ambiente hospitalar, embora no caso do Serviço Nacional de Saúde seja previsível a sua extensão aos cuidados de saúde primários.

A existência de seguro universal obri-

gatório (os descontos para a Segurança Social alimentam o SNS) deve assumir-se como uma mais-valia de inestimável valor, em que o bem da solidariedade implica, inevitavelmente, uma maior responsabilidade de todos os actores (doentes, médicos, outros agentes).

Para alguns autores, o médico deve aprender a balancear a sua responsabilidade para o doente individual com o seu dever de administrador dos recursos da sociedade.<sup>16</sup> Esta responsabilidade social transparece como uma extensão da responsabilidade médica. No processo da co-decisão seria desejável que doente e médico incluíssem nas suas considerações o uso apropriado dos recursos sociais.<sup>4</sup>

O modelo ético implica, pois, a consideração da responsabilidade ética e da sua dimensão social. No «novo» modelo «centrado no paciente» (beneficência com



**Figura 2.** Ética, Efectividade e Eficiência

confiança), deverá ter-se uma leitura correcta da eticidade de cada situação. Na escolha de um teste diagnóstico o médico não poderá deixar de equacionar características intrínsecas do mesmo como sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo. Na decisão terapêutica devem ser equacionadas a eficácia, a segurança, a efectividade e, se disponível, a eficiência.

As questões da efectividade e da eficiência são fundamentais, e quer ou não se queira, inultrapassáveis. Já para Archie Cochrane todos os tratamentos efectivos deveriam ser gratuitos.<sup>17</sup> O problema estará em discernir que tipos de testes e tratamentos serão mais efectivos e para os quais a sociedade deveria ter uma obrigação para permitir o acesso a um nível adequado de prestação de cuidados de saúde, disponível para todos os seus membros, independentemente da capacidade para pagar.<sup>18</sup> São imperativos sociais e éticos a definição do enquadramento das acções e actos diagnósticos e terapêuticos que são efectivos e eficientes. Para estes, e de acordo com a justiça distributiva aplicada à Medicina, o papel da sociedade deveria ser inequívoco, permitindo o seu acesso a todos os cidadãos. Este modelo (Figura 2) tem sido assumido desde há vários anos em alguns países.

### Agradecimentos

Aos Colegas e Membros da Comissão de Ética para a Investigação Clínica:

– Dr. Jorge de Melo (Hematologista e Eticista), a quem agradeço o contributo relevante na revisão deste artigo;  
 – Dr. António Faria Vaz (Médico de Família e Vice-Presidente da CEIC), Dra. Maria do Carmo Vale (Pediatra, H. D. Estefânia), Prof. Dr. Manuel Silvério Marques (Hematologista e Eticista), pelos contributos na revisão

Aos Colegas e Médicos de Família:

– Dr. Luís Filipe Gomes e Dr. Fernando Afoito, pelos contributos na revisão.  
 Ao Dr. Luís Filipe Gomes, pela autori-

zação de publicação do modelo centrado no paciente.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bergma J. *Autonomy and clinical medicine: renewing the health professional relation with the patient*. Dordrecht, Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000.
2. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992 Apr 22-29; 267 (16): 2221-6.
3. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA* 1996 Jan 10; 275 (2): 152-56.
4. Balint J, Shelton W. Regaining the initiative: forging a new model of the patient-physician relationship. *JAMA* 1996 Mar 20; 275 (11): 887-91.
5. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR: *Patient Centered Medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995).
6. Marques MS. *O espelho declinado: natureza e legitimação do acto médico*. Lisboa: Colibri; 1999.
7. Braddock CH 3<sup>rd</sup>, Fihn SD, Lewinson W, Jonsen AR, Pearlman RA. How doctors and patients discuss routine clinical decisions: informed decision making in the outpatient setting. *J Gen Intern Med* 1997 Jun; 12 (6): 339-45.
8. Jonas H. *The imperative of responsibility: in search of an ethics for the technological age*. Chicago: University of Chicago Press; 1984.
9. Kravitz RL, Callahan EJ. Patients' perceptions of omitted examinations and tests: a qualitative analysis. *J Gen Intern Med* 2000 Jan; 15 (1): 38-45.
10. Schattner A, Bronstein A, Jellin N. Information and shared decision-making are top patients' priorities. *BMC Health Serv Res* 2006 Feb 28; 6: 21.
11. *Making decisions about tests and treatments: principles for better communication between healthcare consumers and healthcare professionals*. Canberra: National health and Medicine Council; 2006. Disponível em: URL: <http://pandora.nla.gov.au/tep/70072> [acedido em 04/02/2008].
12. Melo J. *Comissão de Ética para a Investigação Clínica. Comunicação pessoal*, 2006.
13. Paris JJ, Crone RK, Reardon FE. Ethical context for physician refusal of requested treatment. *J Perinatol* 1991 Sep; 11(3):273-5.
14. Adler HM. *Toward a biopsychosocial understanding of the patient-physician relations-*

hip: an emerging dialogue. J Gen Intern Med 2007 Feb; 22 (2): 280-5.

15. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4<sup>th</sup> ed. New York: Oxford University Press; 1994.

16. Brennan TA. An ethical perspective on health care insurance reform. Am J Law Med 1993; 19 (1-2): 37-74.

17. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency: random reflections on the health services. London: RSM Press; 1972.

18. AMA Council on Ethical and Judicial Affairs Ethical issues in health care system reform: the provision of health care. JAMA 1994 Oct 5; 272 (13): 1056-62.

---

**Endereço para correspondência:**

António Lourenço  
CEIC – Parque de Saúde de Lisboa  
Av do Brasil, 53 – Pav.17-A  
1749-004 Lisboa  
E-mail: alourenco2007@gmail.com

**ABSTRACT**

*The request of tests of diagnosis and therapeutics by the patients is a reality in the daily practice of family medicine, which, not rarely questions the relationship between the patient and the family doctor. Various problems can be raised, from the contextualization of the request to implications in the ethical field, namely at the level of medical decision.*

**Keywords:** Request of Tests of Diagnosis; Request of Therapeutics; Models of Physician-Patient Relationship; Medical Decision.