

Estratégias utilizadas por médicos da atenção primária à saúde em consultas por sintomas sem explicação médica: uma revisão de escopo

Strategies used by primary health care physicians in appointments for unexplained symptoms: a scoping review

Estrategias utilizadas por médicos de atención primaria de salud en consultas por síntomas inexplicables: una revisión de alcance

Larissa Naomi Lima Akamine¹ , Jardel Corrêa de Oliveira¹ 

¹Escola de Saúde Pública de Florianópolis – Florianópolis (SC), Brasil.

Resumo

Introdução: Sintomas sem explicação médica (SSEM) são comuns na rotina do médico de família e comunidade. Apesar disso, muitos médicos encontram desafios em consultas por esse tipo de queixa. **Objetivo:** Identificar as dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas por médicos da atenção primária à saúde (APS) nas consultas de pessoas com sintomas sem explicação médica. **Métodos:** Foi realizada uma revisão de escopo. As buscas ocorreram nas seguintes fontes: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) via Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed), Cochrane Library, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Epistemonikos. Foram incluídos estudos que avaliaram médicos que atendem pessoas com SSEM (sejam médicos residentes, sejam médicos experientes), as dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas nas consultas de pessoas com SSEM no contexto da APS. **Resultados:** Oito estudos foram selecionados. Com base neles, as dificuldades relatadas foram: preocupações com iatrogenias, sentimentos negativos que advêm dessas consultas (frustração e ansiedade), desconforto com a incerteza, modelo biomédico e explicações limitadas. E identificaram-se algumas estratégias, entre as quais as mais citadas foram: assegurar o cuidado da pessoa e a ausência de gravidade; adotar o modelo biopsicossocial; ter um diálogo de qualidade e validar tanto os sintomas quanto o sofrimento. **Conclusão:** Não há um conjunto de estratégias que funcionem para todos os casos de SSEM. Aqui foram apresentadas algumas dificuldades vividas pelos médicos da APS em consultas por SSEM e relatadas as estratégias por eles utilizadas, as quais nos servem como subsídio para aprimorar nossos atendimentos.

Palavras-chave: Médicos de família; Sintomas inexplicáveis; Atenção primária à saúde.

Autor correspondente:

Larissa Naomi Lima Akamine
E-mail: larissa.akamine@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

sim.

Procedência:

não encomendado.

Editor Associado:

Claunara Schilling Mendonça

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 22/02/2022.

Aprovado em: 09/06/2025.

Como citar: Akamine LNL, Oliveira JC. Estratégias utilizadas por médicos da atenção primária à saúde em consultas por sintomas sem explicação médica: uma revisão de escopo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2025;20(47):3369. [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)3369](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)3369)



Abstract

Introduction: Medically unexplained symptoms are common in the routine of family and community physicians. Nevertheless, many doctors face challenges in appointments for this type of complaint. **Objective:** To identify the difficulties faced and the strategies used by Primary Health Care physicians in appointments with people with unexplained symptoms. **Methods:** A scoping review was performed. The searches were carried out in the following sources: MEDLINE via Pubmed, Cochrane Library, LILACS via VHL, and Epistemonikos. Studies that evaluated physicians who care for people with unexplained symptoms (either resident physicians or experienced physicians), the difficulties faced and the strategies used in appointments with people with unexplained symptoms in the context of primary health care were included. **Results:** Eight studies were selected. Based on such studies, the difficulties reported were: concerns about iatrogenesis, negative feelings arising from these appointments (frustration and anxiety), discomfort with uncertainty, biomedical model, and limited explanations. Some strategies were identified, among which the most cited were: ensuring the person's care and the absence of severity; adopting the biopsychosocial model; having a quality dialogue; and validating symptoms as well as suffering. **Conclusions:** There is no set of strategies that work for all cases of medically unexplained symptoms. We present some difficulties experienced by primary health care physicians in appointments for unexplained symptoms and reported the strategies used by them, which serve as a subsidy to improve our provision of care.

Keywords: Physicians, family; Medically unexplained symptoms; Primary health care.

Resumen

Introducción: Los síntomas médicamente inexplicables (SSEM) son comunes en la rutina de los médicos de familia y comunitarios. A pesar de eso, muchos médicos enfrentan desafíos en las consultas por este tipo de quejas. **Objetivo:** Identificar las dificultades enfrentadas y las estrategias utilizadas por los médicos de atención primaria de salud (APS) en las consultas con personas con síntomas inexplicables. **Métodos:** Se realizó una revisión de alcance. Las búsquedas se realizaron en las siguientes fuentes: MEDLINE vía Pubmed, Cochrane Library, LILACS vía BVS y Epistemonikos. Se incluyeron estudios que evaluaron médicos que atienden a personas con SSEM (médicos residentes o médicos con experiencia), las dificultades enfrentadas y las estrategias utilizadas en la consulta con personas con SSEM (más específicamente con habilidades y herramientas clínicas) en el contexto de la APS. **Resultados:** Se seleccionaron 8 estudios. De ellos, las dificultades relatadas fueron: preocupaciones por la iatrogenia, sentimientos negativos que provienen de estas consultas (frustración y ansiedad), malestar con la incertidumbre, modelo biomédico y explicaciones limitadas. Y fueron identificadas algunas estrategias, siendo las más citadas: asegurar el cuidado de la persona y la ausencia de gravedad; adoptar el modelo biopsicosocial; tener un diálogo de calidad y validar síntomas tanto cuanto sufrimientos. **Conclusión:** No existe un conjunto de estrategias que funcionen para todos los casos de SSEM. Aquí, se presentaron algunas dificultades experimentadas por los médicos de la APS en las consultas de la SSEM y se relataron las estrategias utilizadas por ellos, que sirven como subsidio para mejorar nuestra atención.

Palabras clave: Médicos de familia; Síntomas sin explicación médica; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

Sintomas sem explicação médica (SSEM) é o nome dado aos sintomas físicos quando o adequado exame médico e a investigação diagnóstica não demonstram nenhuma condição que os justifique. Eles podem afetar qualquer parte do corpo e sua intensidade varia do leve ao incapacitante. Apesar de os SSEM geralmente estarem associados à depressão e à ansiedade, o termo foi criado para abranger mais do que o conceito de somatização, pois não necessariamente os SSEM se apresentam junto com um distúrbio mental.¹ Assim como sua definição, seu nome não está totalmente estabelecido, podendo ser utilizados também os termos: sintomas físicos persistentes, queixas de saúde subjetivas, sintomas funcionais, sintomas somatoformes, entre outros.²

Consultas relacionadas a SSEM são comuns na atenção primária à saúde. A prevalência de pelo menos uma queixa de SSEM em pacientes atendidos na atenção primária à saúde (APS) ao longo de 12 meses foi estimada em 49% em uma revisão sistemática que avaliou estudos em 24 países.³ Os próprios médicos consideram a APS como melhor lugar para o cuidado dessas pessoas, o que vem ao encontro da opinião dos pacientes, que relatam a necessidade do cuidado continuado, um dos pilares da APS.⁴

No entanto, percebe-se que diversos médicos sentem dificuldade no cuidado de pessoas com SSEM, uma vez que, não havendo diagnóstico definido, não há orientação de manejo e nem de prognóstico. O médico e o paciente navegam juntos na incerteza. Frustração, sensação de impotência e medo de não

perceber uma doença subjacente são reações relatadas por médicos em consultas de SSEM. Por outro lado, a pessoa refere sentir-se incompreendida e sozinha na sua busca por resposta; sentimentos esses que prejudicam a relação médico-paciente.⁴

Além disso, indivíduos com SSEM costumam ser hiperfrequentadores dos serviços de saúde, com demandas por exames diagnósticos e intervenções físicas, aumentando os custos em saúde.^{5,6} Dessa forma, o médico da APS tem papel central no cuidado desses indivíduos: suas atitudes podem atuar reforçando essas demandas (descrito como efeito “somatizador” da consulta clínica) ou podem atuar como coordenadores do cuidado, evitando investigações diagnósticas excessivas e encaminhamentos desnecessários. Considerando esse potencial iatrogênico, para melhorar o atendimento de pessoas com SSEM, é necessário que olhemos não somente para as demandas da pessoa como também para as atitudes dos médicos.⁷

Tendo em vista o exposto, esse estudo visou identificar as estratégias utilizadas por médicos da APS nas consultas de pessoas com SSEM. Para alcançar esse objetivo, foram identificadas também as principais dificuldades enfrentadas pelos médicos nessas consultas.

MÉTODOS

A revisão de escopo se propõe a mapear os estudos que existem sobre determinado tema, além de identificar os conceitos-chaves e verificar as lacunas de conhecimento sobre o assunto. Esta revisão de escopo foi feita de acordo com a metodologia descrita no manual do Instituto Joanna Briggs de 2020.⁸

A pergunta de pesquisa foi formulada com base no acrônimo PCC (população, contexto e conceito), resultando em: quais as dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas por médicos da APS nas consultas de pessoas com SSEM?

Nesse sentido, foram incluídos estudos que avaliaram médicos que atendem pessoas com SSEM (sejam médicos residentes, sejam médicos experientes), as dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas nas consultas de pessoas com SSEM (mais especificamente com habilidades e ferramentas clínicas) no contexto da APS (Quadro 1).

Quadro 1. Critérios de elegibilidade de acordo com o acrônimo PCC: população, conceito e contexto.

População	Médicos que atendem pessoas com SSEM - Médicos residentes ou médicos experientes
Conceito	Dificuldades enfrentadas e estratégias utilizadas nas consultas de pessoas com SSEM - Habilidades e ferramentas clínicas
Contexto	Atenção primária à saúde - Sem limitação de país ou sistema de saúde

Foram incluídos estudos primários e estudos de síntese de evidência de estudos primários. As publicações editoriais, carta de leitores e guias foram excluídos, assim como os estudos que avaliaram técnicas específicas de psicoterapias. Não houve restrição quanto ao ano de publicação e quanto ao idioma.

Foram realizadas buscas nas seguintes fontes: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) via Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (PubMed), Cochrane Library, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Epistemonikos até outubro de 2021. Utilizou-se uma combinação de descritores, sinônimos e termos correlatos, formando a seguinte estratégia de busca: ((“medically unexplained symptoms” [mesh]) OR (Uncertainty [mesh]) AND (diagnosis [mesh] OR symptoms OR (“clinical diagnosis”))) AND ((“primary health care” [mesh]) OR

(Primary Healthcare) OR (Primary Care) OR (“Physicians, Primary Care” [mesh]) OR (“General Practitioners” [mesh]) OR (General Practice Physician*) OR (“Family Practice” [mesh]) OR (“Physicians, Family” [mesh])).

Os artigos encontrados foram agrupados na ferramenta Rayyan com a remoção das duplicatas. A seleção dos estudos foi realizada inicialmente pelo título e resumo. Após essa primeira seleção, os artigos foram avaliados integralmente a fim de verificar seu enquadramento nos critérios de elegibilidade.

Foi desenvolvida uma planilha no Excel para a extração dos dados. Dos artigos selecionados, coletaram-se os seguintes dados: autores, ano de publicação, local de realização, tipo de estudo, tamanho da amostra (se aplicável), dificuldades encontradas em consulta de SSEM e as habilidades ou as ferramentas utilizadas nas consultas de pessoas com SSEM.

RESULTADOS

Foram encontrados 774 estudos, dos quais 122 foram excluídos por serem duplicatas, restando 652 para seleção. Destes, 616 foram excluídos pela leitura do título e do resumo. Dos 36 restantes, seis foram excluídos por não avaliarem o contexto de APS (como atenção secundária); oito por avaliarem outros aspectos dos SSEM, que não os especificados no conceito deste estudo (por exemplo, codificação, formas de explicação do sintoma e acurácia de exames laboratoriais); seis por avaliarem apenas a perspectiva do paciente; dois por avaliarem técnicas específicas de psicoterapias; cinco por serem editoriais, cartas de leitores ou guias; e um por já estar contemplado nos resultados de um estudo de revisão selecionado. Todos os artigos selecionados foram escritos na língua inglesa.

Havia apenas um artigo produzido no Brasil, porém ele não se enquadrava nos critérios de inclusão do estudo. Por fim, foram selecionados oito artigos para a realização desta revisão de escopo. O processo de seleção dos artigos está relatado no diagrama da Figura 1 e as características dos estudos selecionados estão descritos no Quadro 2.

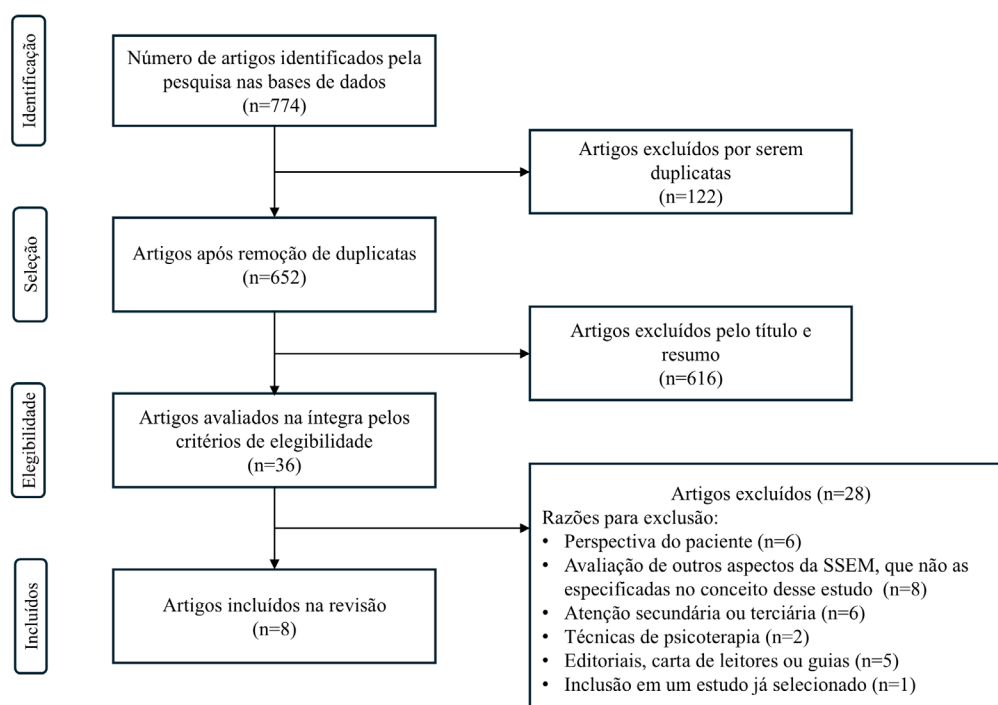


Figura 1. Diagrama do processo de seleção dos artigos.

Quadro 2. Descrição das características dos estudos selecionados.

Autor Ano de publicação Título	Local do estudo	Tipo de estudo	População	Objetivo	Metodologia	Limitações
Aamland et al. ⁹ 2017 Helpful strategies for GPs seeing patients with medically unexplained physical symptoms: a focus group study	Noruega	Qualitativo	24 médicos generalistas de 3 grupos de educação médica contínua (média de anos trabalhando na atenção primária=24,5)	Explorar as reflexões dos médicos generalistas ao descrever as estratégias percebidas como úteis quando atendem pacientes com SSEM	Entrevistas em grupos focais, gravadas em áudio e transcritas. Análise por condensação sistemática do texto	Resultados não generalizáveis Viés de memória
Brownell et al. ¹⁰ 2016 Clinical practitioners' views on the management of patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS): a qualitative study	Canadá	Qualitativo	12 médicos de família e 18 médicos especialistas focais conhecidos pela equipe de pesquisa	Examinar e entender a experiência de lidar com pacientes com SSEM na prática clínica	Entrevistas individuais registradas em anotações dos pesquisadores que se reuniam regularmente para discutir as interpretações	Maioria dos participantes eram especialistas focais Resultados não generalizáveis Avaliou apenas profissionais de áreas urbanas Viés de seleção
Houwen et al. ¹¹ 2019 Which difficulties do GPs experience in consultations with patients with unexplained symptoms: a qualitative study	Países Baixos	Qualitativo	18 médicos generalistas da atenção primária que tiveram consultas por SSEM	Identificar as dificuldades na comunicação durante consultas por SSEM	Entrevistas individuais semiestruturadas para refletirem sobre seus próprios atendimentos gravados em vídeo. A entrevista também era gravada (em áudio) e transcrita em um programa de análise de dados qualitativos	Viés de seleção dos participantes Identificação dos pacientes com SSEM baseada na perspectiva do médico e não em questionários validados, por exemplo Resultados não generalizáveis

Continua...

Quadro 2. Continuação.

Autor Ano de publicação Título	Local do estudo	Tipo de estudo	População	Objetivo	Metodologia	Limitações
Howman et al. ¹² 2016 "You kind of want to fix it don't you?" Exploring general practice trainees' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms	Londres	Qualitativo	Médicos em fase de treinamento para médico generalista. 1º fase do estudo (questionário): 120 participantes 2º fase (entrevistas): 15 participantes	Explorar as experiências clínicas e educacionais de médicos residentes no manejo de pessoas apresentando SSEM	1º fase: questionário explorando experiências educacionais e clínicas e atitudes em relação aos SSEM 2º fase: entrevistas semiestruturadas explorando as experiências com mais detalhes e documentando ideias de como melhorar o treinamento de SSEM	Resultados não generalizáveis Viés de desejabilidade Viés de seleção
Rasmussen e Rø ¹³ 2018 How general practitioners understand and handle medically unexplained symptoms: a focus group study	Noruega	Qualitativo	23 médicos (sendo 10 não especialistas, em treinamento, e 13 médicos generalistas) participantes do programa de educação médica continuada	Explorar como médicos generalistas entendem e lidam com SSEM	Entrevistas em grupos focais com análise de dados baseada nos modelos biomédico e biopsicossocial	Estudo pequeno Resultados não generalizáveis
Johansen e Risor ¹⁴ 2016 What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies.	Noruega	Metassíntese de estudos qualitativos	Artigos cuja população incluía médicos da atenção primária	Adquirir entendimento dos desafios enfrentados pelos médicos generalistas quando manejam pacientes com SSEM	Síntese metaetnográfica de 13 estudos qualitativos	Resultados não generalizáveis
Lum ¹⁵ 2018 Between illness and disease - Reflections on managing medically unexplained symptoms	Canadá	Relato de caso	Médica residente em medicina de família manejando um caso de SSEM	Refletir sobre o manejo dos SSEM	Reflexões sobre as dificuldades enfrentadas pela médica residente de medicina de família	Experiência única de uma profissional

Continua...

Quadro 2. Continuação.

Autor	Ano de publicação	Local do estudo	Tipo de estudo	População	Objetivo	Metodologia	Limitações
Sirri et al. ¹⁶ 2017 Medically unexplained symptoms and general practitioners: a comprehensive survey about their attitudes, experiences and management strategies		Itália	Quantitativo	347 médicos generalistas que trabalham na atenção primária do Sistema Nacional de Saúde da Itália	Avaliar a experiência clínica dos médicos generalistas com SSEM	Questionário de autoavaliação	Viés de seleção

Dos estudos qualitativos, dois foram realizados por meio de entrevistas em grupos focais e três por entrevistas individuais. O primeiro estudo, conduzido por Aamland et al.,⁹ descreveu dez estratégias. Entre as mais importantes relatadas pelos autores estão: exploração minuciosa dos sintomas e da história da pessoa, compartilhamento de interpretações e negociação de diferentes explicações. Brownell et al.,¹⁰ por meio de entrevistas individuais com médicos de família canadenses, dividiram o cuidado de pessoas com SSEM em quatro categorias: o desafio do diagnóstico, o desafio do manejo/tratamento, a importância da comunicação e a importância da relação terapêutica entre médico e paciente. Com base nesses tópicos identificaram oito dificuldades do atendimento e elaboraram um guia de manejo de SSEM com oito estratégias. No estudo realizado por Houwen et al.,¹¹ foi analisada a comunicação clínica em consultas por SSEM e foram encontrados três temas com necessidade de aperfeiçoamento: abordagem psicossocial, estruturação da consulta e comunicação centrada na pessoa.

Howman et al.¹² avaliaram os médicos residentes, que explicitaram dificuldades principalmente com o manejo da incerteza, com a abordagem psicológica e com o fornecimento de explicações apropriadas para os sintomas. Diante desses problemas, oito estratégias foram aventadas, ressaltando-se a necessidade de mudança do padrão de decisão clínica baseada no modelo biomédico. Rasmussen e Rø,¹³ analisando seus resultados, identificaram que as dificuldades estavam associadas ao modelo biomédico e que as estratégias estavam relacionadas ao modelo biopsicossocial. Da mesma forma, Johansen e Risør,¹⁴ em sua metassíntese de 13 estudos qualitativos, encontraram desafios em relação ao modelo de doença dominante (biomédico) e o visto na realidade (biopsicossocial), elencando cinco ações que ajudam nas consultas por SSEM. Por fim, Lum,¹⁵ perante a sua dificuldade em lidar com a incerteza em um caso clínico de SSEM, refletiu sobre sua trajetória para entender suas limitações e alcançar um manejo satisfatório do caso relatado. Nesse processo, ela elencou seis estratégias.

Apenas um estudo quantitativo foi encontrado, produzido por Sirri et al.,¹⁶ o qual realizou um questionário com 347 médicos generalistas. Nesse estudo foi verificado que o medo de negligenciar uma doença foi a principal dificuldade apontada pelos médicos, com 59.1% (intervalo de confiança de 95% — 95%CI 53.9–64.5) das respostas. E, dentre as seis estratégias avaliadas, as mais utilizadas foram: tranquilizar e dar suporte, com 73.8% (95%CI 69.2–78.1), seguida de ouvir o paciente, com 69.2% (95%CI 64.0–74.1).

Os dados relevantes aos objetivos deste estudo estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3. Descrição dos resultados.

Autor Ano Título	Dificuldades no atendimento de pessoas com SSEM	Estratégias utilizadas em consultas por SSEM
Aamland et al. ⁹	Não avaliado	(1) Revisar história médica passada e atual do paciente
		(2) Compartilhar com o paciente o resumo da sua história médica
		(3) Ler a consulta anterior antes de chamar o paciente
		(4) Fazer uma boa lista de problemas
		(5) Realizar o exame físico e utilizá-lo para demonstrar e explicar a relação entre mente e corpo
		(6) Negociar planos de investigação e manejo de sintomas
		(7) Reconhecer que o sintoma existe
		(8) Cooperar com outros profissionais de saúde
		(9) Diálogo de qualidade: estar presente para o paciente
		(10) Construir com o paciente explicações inovadoras
Brownell et al. ¹⁰	(1) Sintoma não consistente com um diagnóstico	(1) Considerar a possibilidade de SSEM precocemente
	(2) Ausência de achados nas investigações	(2) Limitar a investigação diagnóstica para o essencial
	(3) Preocupação com iatrogenias	(3) Definir 1 médico para o cuidado do paciente
	(4) Desconforto com a incerteza e com os limites de conhecimento	(4) Assegurar ao paciente o seu cuidado mesmo sem um diagnóstico preciso
	(5) Tensão entre ciência e arte em medicina	(5) Desenvolver um plano de cuidado que incluía mudanças no estilo de vida
	(6) Preocupação de estar perdendo um diagnóstico com tratamento específico	(6) Educar quanto ao SSEM e a distinção entre “resignação com seu destino” e comprometimento em manejar os sintomas enquanto melhora a qualidade de sua vida
	(7) Necessidade de controle de sintomas	(7) Evitar exposição da pessoa a tratamentos potencialmente prejudiciais
	(8) Ansiedade por falta de “evidência” sólida para informar ao paciente os próximos passos	(8) Focar a comunicação e o relacionamento como chaves do cuidado

Continua...

Quadro 3. Continuação.

Autor Ano Título	Dificuldades no atendimento de pessoas com SSEM	Estratégias utilizadas em consultas por SSEM
Houwen et al. ¹¹	Com relação à comunicação: (1) Não conseguir explorar a experiência completa do paciente em relação aos sintomas (2) Falta de estrutura da consulta (3) Atendimento centrado na doença	(1) Abordar aspecto psicossocial (ideia e preocupações com relação ao sintoma) (2) Estruturar a consulta: indicar explicitamente quando vai de uma etapa para outra da consulta, sumarizar as queixas do paciente; manter o controle do atendimento e decidir junto com o paciente as prioridades desse atendimento (ter a mesma agenda que o paciente) (3) Comunicação centrada na pessoa: se atentar mais para a razão da consulta, fazer perguntas abertas, compartilhar decisões e melhorar a qualidade do contato (escutar ativamente, olhar para o paciente, prestar atenção na linguagem não verbal)
Howman et al. ¹²	(1) Incerteza e receio de perder um diagnóstico (2) Impotência e necessidade de ação (em relação ao diagnóstico e ao alívio de sintomas) (3) Ênfase no SSEM como diagnóstico de exclusão (4) Dificuldade em abordar problemas psicológicos (5) Explicações limitadas (6) Educação médica que prepara para fazer diagnóstico e curar o paciente	(1) Estabelecer metas realistas (2) Não se restringir ao modelo biomédico (3) Encaminhar ao especialista focal (4) Abordar questões psicológicas e preocupações dos pacientes em relação ao sintoma nas primeiras consultas (5) Atender o paciente regularmente e deixar tempo para o paciente falar (6) Assegurar a ausência de gravidade (7) Tentar explicar sobre o papel das emoções nos sintomas físicos (8) Inserir SSEM na educação médica
Rasmussen e Ro ¹³	(1) Modelo biomédico (2) Falta de dados objetivos (foco no que não se sabe) (3) Problema de confiança na história relatada pelo paciente (4) Emoções negativas que advêm em consultas com SSEM	(1) Adotar o modelo de doença biopsicossocial (2) Almejar melhorar a situação do paciente e não definir se este está ou não doente (3) Dar suporte ao paciente

Continua...

Quadro 3. Continuação.

Autor Ano Título	Dificuldades no atendimento de pessoas com SSEM	Estratégias utilizadas em consultas por SSEM
Johansen e Risor ¹⁴	(1) Incongruência epistemológica do modelo de explicação de doença entre o que é aprendido e o que se apresenta na realidade (2) Sentimentos negativos que advêm nas consultas, tanto do ponto de vista do médico quanto do paciente (3) Necessidade de curar	(1) Aliar modelos de explicação (geralmente biopsicossocial) com a experiência prática e com o entendimento do sintoma pelo próprio paciente (2) Compartilhar sentimentos com o paciente (3) Reconhecer o sofrimento do paciente (4) Deixar-se disponível para cuidar do paciente (5) Estabelecer metas possíveis junto com o paciente (ter a mesma agenda)
Lum ¹⁵	(1) Ansiedade (2) Medo de erro diagnóstico (3) Receio de solicitar exames excessivamente (4) Não aceitação do diagnóstico de SSEM pelo paciente (5) Dificuldade em “navegar” entre o sentir-se doente e estar doente (ausência de preparo para lidar com pacientes com SSEM e com suas próprias dificuldades)	(1) Revisar minuciosamente o histórico médico do paciente (2) Buscar sinais de alarme (3) Discutir o caso com outros profissionais médicos (4) Discutir em detalhes o caso com o próprio paciente (5) Explicar para o paciente o porquê de os sintomas se enquadrarem como SSEM (6) Assegurar a ausência de sinais de gravidade
Sirri et al. ¹⁶	Medo de negligenciar uma doença 59.1% (95%CI 53.9–64.5) Frustração 14.7% (95%CI 11.0–18.7) Sensação de inadequação 8.6% (95%CI 6.1–11.8) Impotência 8.4% (95%CI 5.5–11.5) Medo de falhar 5.8% (95%CI 3.5–8.1)	Tranquilizar e dar suporte 73.8% (95%CI 69.2–78.1) Ouvir o paciente 69.2% (95%CI 64.0–74.1) Prescrever medicamentos 48.1% (95%CI 43.2–53.0) Outros testes diagnósticos 47.6% (95%CI 42.1–52.4) Dar informações 45.2% (95%CI 39.8–50.7) Encaminhar a um especialista 25.4% (95%CI 21.0–30.0)

DISCUSSÃO

Esta revisão de escopo ocupou-se em identificar as dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas pelos médicos que atuam na APS em consultas de pessoas com SSEM. A maioria dos estudos foi do

tipo qualitativo com entrevistas em grupos focais ou individuais, utilizando como parâmetro de estratégia satisfatória a experiência clínica dos participantes. Em nenhum estudo houve validação dessas estratégias.

Além do mais, todas as referências selecionadas para este estudo foram dos últimos seis anos, evidenciando os SSEM como um assunto relativamente novo no âmbito científico e o seu interesse crescente perante a comunidade científica. Apesar da alta prevalência de consultas de SSEM na atenção primária de diversos países, não há dados na literatura científica relativos ao Brasil. Sendo assim, parece haver uma lacuna do conhecimento científico no país quanto à prevalência, às estratégias de manejo, aos custos ao sistema de saúde, entre outros.

Os sentimentos negativos despertados em consultas por SSEM, tanto na perspectiva do profissional de saúde quanto na perspectiva do paciente, foram apontados como uma dificuldade em seis dos oito estudos selecionados. O médico é treinado para se concentrar na resolução de problemas e por isso, quando se depara com uma queixa cuja solução se mostra impossível, há a possibilidade de surgir sentimento de frustração e de impotência. Na pesquisa de Rasmussen e Rø,¹³ cujos participantes eram médicos residentes e médicos experientes, foi vista a diferença de sentimentos entre os médicos residentes — que se sentiam frustrados e inseguros no manejo do SSEM — e os médicos experientes, que se sentiam seguros consigo mesmos e com seu julgamento clínico. Como forma de lidar com as emoções negativas, os estudos identificaram as seguintes estratégias: compartilhar os sentimentos com o paciente, abordar as ideias da pessoa sobre o sintoma e suas expectativas em relação à consulta, discutir o caso com outros profissionais médicos e discutir em detalhes o caso com o próprio paciente.^{13,14}

O receio de errar ou negligenciar um diagnóstico, além do medo de causar danos ao paciente com exames desnecessários, foram comentados em quatro estudos (dois qualitativos, um quantitativo e o relato de caso).^{10,12,15,16} Isso poderia gerar uma tendência à medicina defensiva, ou seja, à solicitação excessiva de exames e encaminhamentos desnecessários.¹⁶ Todavia, no estudo de Sirri et al.,¹⁶ essas opções estavam entre as menos reportadas e apenas em um estudo, o de Howman et al.,¹² elas entraram como estratégias. Este último estudo foi o único, dentre os selecionados, realizado apenas com participantes ainda em treinamento para se tornarem médicos de família, os quais são mais propensos a manejar a incerteza com uma ação ao invés de uma não ação.¹² Dessa forma, grande parte das estratégias são ações que melhoram o raciocínio clínico para o diagnóstico, como: revisão da história médica da pessoa, construção de uma boa lista de problemas, análise sistemática de cada sintoma, discussão do caso com outros médicos, busca por sinais de alarme e limitação das solicitações de exames diagnósticos ao essencial.⁹ Ademais, é comum na APS a apresentação de sintomas iniciais de doenças. Assim, é importante pensar nos casos de SSEM como uma busca contínua de hipóteses diagnósticas, ou seja, se algo mudar nas características dos sintomas que indique outro diagnóstico, uma nova avaliação deverá ser feita.^{17,18}

Em três dos cinco estudos qualitativos, o sintoma não consistente com um diagnóstico e as explicações limitadas foram outros aspectos relatados como dificuldades. No entanto, não é um desafio apenas para o médico, é também para o paciente. Ter um diagnóstico autoriza o sofrimento socialmente, além de fornecer ferramentas para explicar os sintomas para familiares, amigos e colegas de trabalho.¹⁸ Nos SSEM não há esse diagnóstico definido, gerando sentimentos negativos de incompreensão e de falta de credibilidade. Assim, a validação dos sintomas e de seu sofrimento e o auxílio para entender os SSEM se tornam imperativos. Como pela própria definição do sintoma não há uma explicação médica, a estratégia é construir junto com o paciente essa explicação. Isso dá a oportunidade ao médico e ao paciente de entenderem conjuntamente o sintoma e gerenciarem as suas necessidades.¹⁷ Em um estudo recente, de Terpstra et al.,¹⁹ sete categorias de componentes de explicações de SSEM foram identificadas: definição dos sintomas, fatores de causalidade, fatores contributivos, descrição

de mecanismos, exclusão de outras explicações, discussão de severidade dos sintomas e normalização dos sintomas. As explicações eram comunicadas pelos médicos como possibilidades e de forma individualizada.

A incongruência entre como o conhecimento é adquirido e validado predominantemente nas escolas médicas e o que é encontrado na prática clínica, somada ao receio em abordar problemas psicológicos, foi ressaltada em quatro estudos qualitativos e na metassíntese. Esses estudos identificam como estratégia o entendimento de doença pelo modelo biopsicossocial.^{12,14,15} Diferente do modelo biomédico, o modelo biopsicossocial presume que haja uma relação complexa e recíproca entre mente e corpo, sendo os problemas de saúde ao mesmo tempo experiências biológicas, psicológicas e sociais.²⁰ Esses autores colocam como necessária a compreensão dessas três dimensões dos sintomas por meio de perguntas abertas sobre sentimentos, ideias, expectativas e preocupações, ressaltando a importância da garantia de um espaço seguro para a pessoa falar com empatia e escuta ativa.^{12,14,15}

Por meio desse modelo, o entendimento do sintoma fica mais completo e a abordagem se amplia para questões além do sintoma físico. Diferentemente do modelo biomédico, em que o objetivo é curar, no biopsicossocial o objetivo é cuidar.²⁰ Assim, torna-se essencial assegurar à pessoa que, apesar de não haver um diagnóstico definido, seu cuidado está garantido.¹⁰ Para isso, uma ferramenta clínica utilizada é a decisão compartilhada com relação às metas pretendidas (que devem ser metas realistas) e ao plano de cuidado (incluindo as mudanças de estilo de vida e autocuidado).^{10,12,14} Além disso, também foi apontado como estratégias ter consultas regulares, assegurar a ausência de gravidade e compartilhar o cuidado com outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, entre outros.⁹

A associação entre as dificuldades enfrentadas pelos médicos da APS e as estratégias identificadas para consultas por SSEM estão especificadas no Quadro 4.

Quadro 4. Correlação entre as dificuldades enfrentadas e as estratégias identificadas para consultas por sintomas sem explicação médica.

Dificuldades	Estratégias
- Frustração - Impotência - Ansiedade - Desconforto com a incerteza	- Compartilhar os sentimentos com o paciente - Abordar as ideias do paciente e suas expectativas - Discutir o caso com outros profissionais médicos - Discutir em detalhes o caso com o próprio paciente
- Receio de errar ou negligenciar um diagnóstico - Medo de causar danos ao paciente	- Revisão da história médica da pessoa - Construção de uma boa lista de problemas - Análise sistemática de cada sintoma - Discussão do caso com outros médicos - Busca por sinais de alarme - Limitação das solicitações de exames diagnósticos ao essencial
- Sintoma não consistente com um diagnóstico - Explicações limitadas	- Reconhecer que o sintoma existe - Validar o sofrimento - Construir com o paciente explicações inovadoras
- Modelo biomédico - Dificuldade em abordar problemas psicológicos	- Perguntas abertas sobre sentimentos, ideias, expectativas e preocupações - Diálogo de qualidade
- Necessidade de curar - Necessidade de ação	- Assegurar ao paciente o seu cuidado mesmo sem um diagnóstico preciso - Negociar planos de investigação e manejo de sintomas - Desenvolver um plano de cuidado que inclua mudanças no estilo de vida - Estabelecer metas realistas - Consultas regulares - Compartilhar o cuidado com outros profissionais de saúde (equipe multiprofissional)

Por serem uma manifestação clínica heterogênea tanto nos sintomas quanto nas características das pessoas, é difícil generalizar a conduta dos atendimentos por queixas de SSEM.⁴ Neste estudo, foram identificadas estratégias que podem auxiliar no atendimento desses pacientes, ao se adaptarem as habilidades e ferramentas clínicas para cada um deles. Isso está intimamente relacionado ao método clínico centrado na pessoa (MCCP). Esse método é uma forma de abordagem da consulta que auxilia no atendimento das necessidades e das expectativas tanto do médico quanto da pessoa.²¹ Muitas das estratégias aqui observadas encontram correspondência com o MCCP: revisar a história passada e atual da pessoa, revendo as informações em conjunto; abordar ideias, preocupações e sentimentos; e, principalmente, compartilhar as decisões e o plano sobre os cuidados, estratégia mencionada em cinco dos estudos incluídos, procurando incorporar mudanças de estilo de vida e estabelecendo metas realista e comuns (agenda comum entre médico e paciente).

Como relatado, o termo SSEM ainda não está totalmente definido, apresentando outros sinônimos em alguns estudos, como sintomas físicos persistentes e sintomas psicossomáticos, os quais não foram colocados na estratégia de busca. Apesar disso, foi incluído o termo dos Medical Subject Headings (MeSH) de SSEM, que abrange grande parte dos sinônimos.

Outra limitação do estudo foi a falta de evidência robusta das estratégias para lidar com os SSEM. As coletas de dados dos artigos selecionados foram baseadas nas experiências e opiniões dos médicos, sem correspondência com a perspectiva dos pacientes, o que poderia avaliar a eficácia de cada estratégia.

CONCLUSÃO

As pessoas com SSEM são um desafio para o médico da APS, uma vez que não há um diagnóstico estabelecido, não há manejo específico e muito menos um prognóstico. Essas incertezas geram dificuldades para o médico no âmbito dos sentimentos, da relação médico-paciente e da forma de entendimento do processo saúde e doença. Isso nos permite refletir sobre nossas próprias atitudes perante pessoas com SSEM.

Ao perceber essas barreiras, algumas estratégias utilizadas por médicos da APS são descritas na literatura: validação dos sintomas e do sofrimento, compartilhamento das incertezas com o paciente, construção de explicações para o sintoma, adoção do modelo biopsicossocial e a intenção de cuidar, em vez de curar.

Não há um conjunto de estratégias que funcione para todos os casos. As pessoas com SSEM são um grupo heterogêneo com vivências e necessidades diversas. De forma geral, as estratégias apresentadas nesta pesquisa servem para auxiliar o atendimento dessas pessoas e para fornecer ferramentas para a construção do manejo individualizado.

Por fim, foi evidenciada a carência de estudos no tema para a realidade brasileira. Até o momento, não temos dados quanto à prevalência dos SSEM, quanto às abordagens do médico de família e comunidade nas consultas e quanto às questões econômicas, que constituem possíveis assuntos para pesquisas futuras.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

LNLA: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Escrita – primeira redação. JCO: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Escrita – edição e revisão.

REFERÊNCIAS

- Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *Br J Gen Pract.* [Internet] 2003 [acessado em 23 jul. 2025];53(488):231-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314551/>
- Colde Hartman T, Rosendal M, Aamland A, van der Horst HE, Rosmalen JG, Burton CD, et al. What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care? *BJGP Open.* 2017;1(3):bjgpopen17X101061. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen17X101061>
- Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(16):279-87. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0279>
- Edwards TM, Stern A, Clarke DD, Ivbijaro G, Kasney LM. The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. *Ment Health Fam Med.* [Internet] 2010 [acessado em 23 jul. 2025];7(4):209-21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22477945/>
- Polakovská L, Řiháček T. What is it like to live with medically unexplained physical symptoms? A qualitative meta-summary. *Psychol Health.* 2022;37(5):580-96. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1901900>
- Rask MT, Ørnbøl E, Rosendal M, Fink P. Long-term outcome of bodily distress syndrome in primary care: a follow-up study on health care costs, work disability, and self-rated health. *Psychosom Med.* 2017;79(3):345-57. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000405>
- Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med.* 2005;61(7):1505-15. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.014>
- Aromataris E, Munn Z (Eds.). *JBIM Manual for Evidence Synthesis.* JBI; 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Aamland A, Fosse A, Ree E, Abildsnes E, Malterud K. Helpful strategies for GPs seeing patients with medically unexplained physical symptoms: a focus group study. *Br J Gen Pract.* 2017;67(661):e572-9. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691697>
- Brownell AKW, Atkins C, Whiteley A, Woollard RF, Kornelsen J. Clinical practitioners' views on the management of patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS): a qualitative study. *BMJ Open.* 2016;6(12):e012379. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012379>
- Houwen J, Lucassen PLBJ, Verwiel A, Stappers HW, Assendelft WJJ, olde Hartman TC, et al. Which difficulties do GPs experience in consultations with patients with unexplained symptoms: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2019;20(1):180. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1049-x>
- Howman M, Walters K, Rosenthal J, Ajjawi R, Buszewicz M. "You kind of want to fix it don't you?" Exploring general practice trainees' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):27. <https://doi.org/10.1186/s12909-015-0523-y>
- Rasmussen EB, Rø KI. How general practitioners understand and handle medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):50. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0745-2>
- Johansen M-L, Risor MB. What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns.* 2017;100(4):647-54.
- Lum I. Between illness and disease: Reflections on managing medically unexplained symptoms. *Can Fam Physician* [Internet] 2018 [acessado em 23 jul. 2025];64(11):859-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6234935/>
- Sirri L, Grandi S, Tossani E. Medically unexplained symptoms and general practitioners: a comprehensive survey about their attitudes, experiences and management strategies. *Fam Pract.* 2017;34(2):201-5. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz130>
- Hartman TCO, Lam CL, Usta J, Clarke D, Fortes S, Dowrick C. Addressing the needs of patients with medically unexplained symptoms: 10 key messages. *Br J Gen Pract.* 2018;68(674):442-3. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X698813>
- Stone L. Managing medically unexplained illness in general practice. *Aust Fam Physician.* [Internet] 2015 [acessado em 23 jul. 2025];44(9):624-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26488038/>
- Terpstra T, Gol JM, Lucassen PLBJ, Houwen J, van Dulmen S, Berger MY, et al. Explanations for medically unexplained symptoms: a qualitative study on GPs in daily practice consultations. *Fam Pract.* 2020;37(1):124-30. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz032>
- Evans L, Trotter DRM. Epistemology and uncertainty in primary care: an exploratory study. *Fam Med.* [Internet] 2009 [acessado em 23 jul. 2025];41(5):319-26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19418279/>
- Hashim MJ. Patient-centered communication: basic skills. *Am Fam Physician.* [Internet] 2017 [acessado em 23 jul. 2025];95(1):29-34. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28075109/>