DOI: 10.32385/rpmgf.v41i6.14349

A PROPÓSITO DO ARTIGO "PHYSICIANS' PERCEPTION ABOUT DEFENSIVE MEDICINE IN PRIMARY HEALTHCARE: CROSS-SECTIONAL STUDY"

ABOUT THE ARTICLE "PHYSICIANS' PERCEPTION ABOUT DEFENSIVE MEDICINE IN PRIMARY HEALTHCARE: CROSS-SECTIONAL STUDY"

Li com atenção o artigo *Physicians' perception about defensive medicine in primary healthcare: cross-sectional study,*[1] dada a importância do tema.

O autores definiram medicina defensiva como "…deviation from standard medical practice for fear of medical malpractice claims and may include two types of behaviors: a safety behaviour which consists of prescribing more tests and procedures than those clinically recommended, and an avoidance behavior which involves avoiding high-risk procedures and/or patients, to distance oneself from possible malpractice".[1]

Em artigo de 2021, a Medicina Defensiva é apresentada como "actions that are not professionally well founded, but are carried out due to demands and pressure".[2]

Os autores do presente estudo deixaram então de fora o uso *defensivo* dos medicamentos, como parte da Medicina Defensiva.[3]

Esta carta vem então servir de estímulo aos autores, bem como a outros que futuramente o queiram fazer, para que não desistam de manter esta linha de investigação e alertar para a necessidade de colocar na Medicina Defensiva a polifarmacoterapia.[4] Esta pode dever-se a prescrição *off-label,*[5] a prescrição com intenção placebo[6] ou simples prescrição para tratar prescrição inadequada,[7] entre outros que se queiram considerar. E pode ter implicações individuais, familiares e socioeconómicas, para lá das ético-legais, de elevada importância, devendo ser também medida do lado da eficiência.

Talvez depois se possa perceber o impacto financeiro, individual, familiar e social da Medicina defensiva com base em dados factuais.

Luiz Santiago, MD, PhD[1]

1. MD. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal. Clínica Universitária e Medicina Geral e Familiar, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Esteves AC, Carvalho CB, Faria M, Santos M, Rachadell J, Farinha L, et al. Physicians' perception about defensive medicine in primary healthcare: cross-sectional study. Rev Port Med Geral Fam. 2025;41(4):344-53.
2. Hvidt EA, Lykkegaard J, Pedersen LB, Pedersen KM, Munck A, Andersen MK. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. BMJ Open. 2017;7(12):e019851.
3. Cordey M, Chatelard S, Widmer D, Ouvrard P, Herzig L. Ordinary defensive medicine: in the shadows of general practitioners' postures toward (over-)medicalisation. Philos Ethics Humanit Med. 2024;19(1):10.
4. Simões PA, Santiago LM, Maurício K, Simões JA. Prevalence of potentially inappropriate medication in the older adult population within primary care in Portugal: a nationwide cross-sectional study. Patient Prefer Adherence. 2019;13:1569-76.
5. Rusz CM, Ősz BE, Jîtcă G, Miklos A, Bătrînu MG, Imre S. Off-label medication: from a simple concept to complex practical aspects. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(19):10447.
6. Roberts M. 'Most family doctors' have given a patient a placebo drug [homepage]. In: BBC News. 2013 Mar 21 [cited 2025 Sep 15]. Available from: www.bbc.co.uk/news/health-21834440
7. Broeiro P, Maio I, Ramos V. Polifarmacoterapia: estratégias de racionalização [Polypharmacy: Strategies for rationalization]. Rev Port Clin Geral. 2008;24(5):625-31. Portuguese

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Luiz Miguel Santiago
E-mail: luizmiguel.santiago@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-9343-2827

Recebido em 15-09-2025
Aceite para publicação em 24-11-2025

RESPOSTA DO EDITOR

Agradecemos a atenção dedicada ao artigo *Physicians' perception about defensive medicine in primary healthcare: cross-sectional study* e os contributos apresentados na carta recebida. O tema da medicina defensiva é, de facto, central para compreender os desafios atuais dos cuidados de saúde primários (CSP), tanto pela sua repercussão clínica como pelo impacto económico e ético.

O estudo publicado definiu medicina defensiva como um desvio à prática clínica considerada padrão, motivado pelo receio de processos por negligência, tra-

duzindo-se em dois comportamentos principais: **safety behavior** (prescrição de exames e procedimentos adicionais) e **avoidance behavior** (evitar procedimentos ou doentes de maior risco). Esta definição, amplamente usada na literatura, permitiu caracterizar a perceção dos médicos de família sobre a frequência e os determinantes desta prática. Nesta carta, o Professor Luiz Santiago acrescenta uma dimensão relevante: a **prescrição medicamentosa defensiva,** que inclui a polifarmacia, o uso *off-label,* a intenção placebo ou a correção de prescrições inadequadas. Estes comportamentos, embora menos estudados, podem ter consequências significativas, tanto do ponto de vista clínico como nos planos ético, legal e económico, e merecem ser integrados em futuras investigações. A medição do impacto da medicina defensiva deve contemplar todas as suas vertentes, incluindo a terapêutica farmacológica.

No entanto, as práticas defensivas não ocorrem num vazio técnico, mas num contexto relacional e organizacional complexo. Os CSP são muitas vezes o primeiro ponto de contacto com o sistema de saúde e lidam com problemas frequentemente inespecíficos, múltiplos e interdependentes. A abordagem centrada na pessoa exige considerar não apenas a doença, mas também os determinantes sociais, psicológicos e familiares que moldam as expectativas e decisões. Quando o tempo de consulta é escasso, a comunicação é difícil ou a articulação com cuidados hospitalares é insuficiente, cresce a pressão para decisões defensivas. Qualquer estratégia para reduzir esta prática deve ser holística, incluindo protocolos baseados em evidência, literacia em saúde, apoio legal aos profissionais, ajuste do tempo de consulta e melhoria da comunicação entre níveis de cuidados.

A medicina defensiva é um fenómeno multifacetado que reflete o medo de litígio, as fragilidades estruturais do sistema e as expectativas sociais. Tem de ser medido nas suas diferentes dimensões e resultados, incluindo, como sugerido, a prescrição farmacológica. Esperamos que este diálogo estimule novas investigações nacionais, capazes de informar políticas que promovam práticas seguras, eficientes e centradas na pessoa.

Paulo Santos, MD, PhD[1]

1. Editor-chefe da RPMGF.