Contaminação

Alfredo José Mansur[I]

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Contaminação é termo de uso corrente na linguagem da área biológica e da atividade dos médicos e dos profissionais de saúde de modo geral. O dicionário registra várias acepções para o ato ou efeito de contaminar-se: transmissão de germes nocivos ou de doença infecciosa; infecção por contacto. Em sentido figurado, significa a influência de uma coisa sobre alguém ou algo (exemplo: a contaminação da mídia sobre a população; a contaminação de uma língua por outra). Em uma acepção linguística, exprime mudança linguística devida à semelhança formal e semântica entre duas palavras.[1] Na atividade cotidiana, estímulos a reflexões sobre a contaminação entre aparentes semelhanças formais ou semânticas de algum modo justapostas são continuamente estimuladas. Seguem algumas reflexões sobre três itens básicos.

Tempo – o progresso tecnológico permitiu que processamentos que há poucas décadas eram lentos, tenham se tornado muito rápidos, entre eles a transmissão de dados e o acesso a conteúdos em sites de internet. Isso fez com que muitas ações, perguntas ou respostas fossem passíveis de transitarem de modo rápido e *online*. Além disso, a circunstância epidêmica da síndrome respiratória aguda grave 2 (Sars-Cov-2) tornou algumas interações tecnológicas contribuidoras para o distanciamento social, fator de segurança e proteção, tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde.

Entretanto, ainda remanescem situações humanas para as quais a velocidade excessivamente rápida pode decantar os conteúdos fundamentais, sem os quais deixariam a desejar. Tal pode ocorrer na operação de um sistema organizacional, na eventualidade do sistema ser convidado a operar em velocidade acima do limite técnico, a ponto de comprometer a eficiência do sistema e levar os seus membros à exaustão. No âmbito futebolístico, às vezes, os comentaristas relatam tal ocorrência como "correria". No âmbito da música, uma orquestra que atropele o tempo pode incidir em sonoridades que soam como conflito sonoro e não como melodia ou harmonia. No âmbito da fala, se atropelamos muito a linguagem, pode haver dificuldade de expressão do falante e de entendimento do ouvinte. Um professor de cirurgia salientou recentemente que mesmo no transcorrer do ato cirúrgico há períodos rápidos e há períodos em que deve haver espaço para tempos menos rápidos em função do andamento da operação. São, portanto, situações de tensão entre a velocidade da ação e os conteúdos de que tratam ou veiculam.

E nas interações humanas mediadoras da atuação clínica, há momentos que podem ou devam ser rápidos – instâncias administrativas, por exemplo – e outros momentos que requerem tempos muito rápidos em função da necessidade clínica, nas quais os segundos são importantes, mas há também momentos que requerem tempos menos rápidos mais propícios que respeitem a necessidade de avaliação menos rápida, entre elas as consultas médicas. Em um estudo que pesquisou a duração de consultas médicas em 67 países, a duração de consulta em atenção primária foi menor que 5 minutos para metade da população do mundo; variou de 48 segundos em Bangladesh,

[I]Livre-docente em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo (SP), Brasil. Diretor da Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP, São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:
Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 — São Paulo (SP) — Brasil — CEP 05403-000
Tel. InCor: (11) 2661-5237 — Consultório: (11) 3289-7020/3289-6889
E-mail: ajmansur@incor.usp.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada. Conflito de interesse: nenhum declarado.
Entrada: 3 de outubro de 2020. Última modificação: 3 de outubro 2020. Aceite: 6 de outubro de 2020.

15 minutos na Austrália e 22,5 minutos na Suécia.[2,3] A curta duração implicaria em consequências para os pacientes e para os profissionais.[3] Nesse último caso, o tempo excessivamente rápido pode ser interpretado como falta de atenção, perda de informação e perda de dados para um exercício fundamentalmente empírico, tomando-se como "empírica" a obtenção de dados diagnósticos na interação humana com o paciente. E a consequência advinda seria a desumanização.

As máquinas também demoram tempo para tecerem construtos do que estão "vendo" (ou captando), e para isso demandam maior ou menor tempo para a captação das referências de construção da imagem ou de análise, para as quais continuamente se aprimoram para serem mais rápidas, eficientes, bem como atenuar a radiação e exposição, à parte o seu custo do ponto de vista econômico. Tão mais complexa e precisa a informação das máquinas, maiores são as exigências de instalação, tempo de preparo e de realização. Consolidou-se a ideia de que a profundidade pelo alcance anatômico, na maioria dos casos salvadora quando bem indicada, pode, em alguns casos, ser potencialmente iatrogênica[4,5] e, ocasionalmente, indicada de tal modo que essa se mostra justificada. Curiosamente, o tempo dedicado à interação com a máquina pode ser superior ao tempo dedicado à interação humana da experiência terapêutica, tanto para pacientes como para profissionais de saúde.

Linguagem – a linguagem usada pelos pacientes para a comunicação com os médicos e profissionais da saúde é uma forma de narrativa, que pode ser entendida como critério de acesso à realidade[6] por meio da linguagem verbal em conjunto com a linguagem não verbal. Médicos chamam essa etapa de anamnese. Além disso, há o exame físico em que os sinais corpóreos são pesquisados, obtidos e interpretados, seja pela presença ou pela ausência. Entretanto, grassa o conceito de que essa experiência pode ser "clínica" e não "científica", é "subjetiva" e não é "objetiva" [aspas importadas da introdução de E. Cassirer,[7] aplicadas a esse contexto]. A linguagem "científica" seria metrificada, aritmetizada, impessoal e, mais recentemente, usa a tecnologia com a sua linguagem de programação, não narrativa, norteada por questionários de interesse específico como o fazem as CRFs ("*case report forms*") de protocolos de estudo.[8] Nesse contexto, perde-se a narrativa com todos os seus recursos e a sua legitimidade.

A experiência da linguagem nas interações médicas obedece a critérios lógicos, observação sistematizada, registrada segundo tal sistematização. Portanto, esse registro não é um texto "livre", mas registro "sistematizado". Além disso, a experiência inicial da interação médica é de total abertura para o que é trazido pelo paciente, para progressivamente ser organizado na sua forma específica, etiológica quando aplicável; em outras palavras, uma experiência de progressiva síntese que se opera no diagnóstico, e implica na prática em decisão terapêutica. Portanto, uma constante experiência entre a abertura para o empírico e a síntese. Como atualmente no sistema computacional trabalhamos em janelas, a operação intelectual pressupõe a síntese de muitas janelas. Uma das leituras seria a desconstrução da realidade em janelas, às vezes de um paciente em inúmeras janelas e depois sintetizadas em diagnósticos. Trata-se de uma operação complexa e trabalhosa.

Número – uma das questões importantes que fazem parte da vida prática é a necessidade de métricas. As métricas se exprimem frequentemente por números. Os números das métricas obedecem a métodos de obtenção, técnicas de análise e de resultados. Um fato curioso é que as métricas são uma etapa necessária de processos metrificáveis, mas não abrangem a realidade por completo a ponto de serem estritamente consideradas "objetivas". Escreveu o autor "a muita coisa importante, falta nome",[9] poderíamos parafraseá-lo, "a muita coisa importante, falta métrica".

Em várias interações clínicas, a contaminação da ideia de métrica nas variáveis que não são passíveis de serem aritméticas, por serem qualitativas ou atitudinais, cria a experiência de uma tensão tal que pode repercutir em pacientes ou em médicos e profissionais de saúde.

Segurança – às vezes o conceito de segurança, tanto no diagnóstico como na terapêutica, se ampara excessivamente no uso de exames complementares, seja para o diagnóstico, seja para a confirmação de orientação terapêutica, tomando-se a segurança como qualidade expressa em números ou em imagens. Talvez seja um movente do uso de testes que potencialmente pode ser mais trabalhado.[10] Em alguns casos isso é possível, mas não para todos. Há situações nas quais o tempo suficiente, a escuta e a linguagem apropriada e o entendimento, constituem o fator maior de segurança e dificilmente seria essa condição transferível a outro nível de informação. Curiosamente, fatores humanos, tais como atuação em equipe e habilidades de comunicação, foram entendidos como elementos importantes na segurança dos pacientes.[11,12]

E para finalizar, não é demais lembrar que o conhecimento e a experiência dos demais colegas podem ampliar e aprofundar as reflexões apresentadas. Igualmente, profissionais de outras áreas do conhecimento, também dedicados ao tema, podem tornar mais técnico o exercício de reflexão apresentado.

REFERÊNCIAS

1. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
2. Gabl R, Stummer F. Development of a Sensor to Measure Physician Consultation Times. Sensors (Basel). 2019;19(24):5359. PMID: 31817359.
3. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open. 2017;7(10):e017902. PMID: 29118053; doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902.
4. Linet MS, Slovis TL, Miller DL, et al. Cancer risks associated with external radiation from diagnostic imaging procedures. CA Cancer J Clin. 2012;62(2):75-100. PMID: 22307864.
5. Holmberg O, Czarwinski R, Mettler F. The importance and unique aspects of radiation protection in medicine. Eur J Radiol. 2010;76(1):6-10. PMID: 20638808; doi: 10.1016/j.ejrad.2010.06.031.
6. Bruner J. Fabricando histórias. Direito, literatura, vida. São Paulo: Letra e Voz; 2014.
7. Cassirer E. The philosophy of symbolic forms. I. New Haven: Yale University Press; 1955.
8. Nahm M, Shepherd J, Buzenberg A, et al. Design and implementation of an institutional case report form library. Clin Trials. 2011;8(1):94-102. PMID: 21163853; doi: 10.1177/174077451039191.
9. Rosa JG. Grande Sertão: Veredas. São Paulo: Nova Aguilar; 1994.
10. Sales MM, Taniguchi LU, Fonseca LAM, et al. Laboratory Tests Ordering Pattern by Medical Residents From a Brazilian University Hospital. Am J Clin Pathol. 2016;146(6):694-700. PMID: 27940426; doi: 10.1093/ajcp/aqw188.
11. Backhouse A, Malik M. Escape into patient safety: bringing human factors to life for medical students. BMJ Open Qual. 2019;8(1):e000548. PMID: 31206043; doi: 10.1136/bmjoq-2018-000548.
12. World Health Organization & WHO Patient Safety. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition. World Health Organization; 2011. ISBN 9789241501958.