

Descontinuidade

Alfredo José Mansur¹

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

A continuidade é considerada importante para a atenção à saúde e para o cuidado de pessoas enfermas, tanto na fase de tratamento de uma doença na fase aguda quanto na fase de convalescença, e se estende nos cuidados no longo prazo; o mesmo vale para a prevenção de doenças. Seu antônimo, a descontinuidade, qualifica-se em geral como experiência negativa e não terapêutica.

O termo descontinuidade é dicionarizado como substantivo do gênero feminino e tem várias acepções. Na rubrica geofísica, descontinuidade expressa a zona em que as ondas sísmicas se alteram bruscamente.¹ A acepção permite e suscita metáforas no ambiente da prática clínica: no contexto terapêutico, há experiências narradas ou percebidas com a densidade psicológica e emocional de abalo sísmico. Nesse contexto, a descontinuidade, com suas oscilações entre zênite e nadir, estimula reflexões sobre saltos e superações.

Saltos – o progresso da Medicina e da Ciência dela decorrente tem sido estimulado por cotidianos desafios clínicos de diagnóstico e de terapêutica das doenças que irrompem na dimensão humana dos hábitos e condições de vida das populações, às vezes com desequilíbrios no sentido dos excessos e às vezes com desequilíbrios no sentido das limitações de quantidade ou de qualidade de acesso a diferentes itens vitais.

Contribuíram ou contribuem para o progresso científico da Medicina recursos variados, além da experiência clínica, sempre a evoluir, as técnicas mais recentes de nanotecnologia, de estudos moleculares e submoleculares, genéticas e suas engenharias, dos entusiasmantes métodos de imagens obtidas por múltiplos sensores e transdutores, reconstruídas

por técnicas computacionais requintadas, e mais recentemente, o inclinar-se para as promessas relacionadas aos estudos de *big data*. O conjunto da obra compõe sistema de alta complexidade dependente de poderosa tecnologia informática para processar dados, informações e permitir análises.

Evidentemente, cada uma dessas áreas técnicas se organizou e continuamente se reorganiza em áreas de conhecimento, temas de interesse, cada uma a consolidar seu método, criar o seu jargão, ampliar o campo de alcance dos potenciais benefícios (e mercados), de tal forma que seu campo seja tão vasto quanto possível e apropriado. Resultam novos modelos de conhecimento (modelo como instrumento heurístico,² novas linguagens e novas culturas. Na esteira da identidade metodológica que se substantiva em cada cultura, erigem-se novos territórios conceituais ou reais, fronteiras se estendem (mas continuam a ser fronteiras) — o que vale dizer, inspiram novos limites, ainda que vanguardistas, tais quais as quebras das estruturas cubistas. Às vezes, diferentes etapas no diagnóstico e no tratamento de um mesmo paciente são experimentados por eles mesmos dessa forma; o mesmo pode ocorrer com as informações clínicas sobre um mesmo paciente recebidas de diferentes profissionais ou equipes entendidas como antagônicas ou não facilmente harmonizáveis.³

Tais limites podem ser recebidos como descontinuidade para os pacientes que se encontram na lida terapêutica,³ descontinuidade que pode ocorrer entre indivíduos, mas também entre grupos (*teams*)⁴ e que pode oscilar de nanodimensões até dimensões geofísicas (largos e profundos precipícios). Reclama-se do salto.

¹ Livre-docente em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretor da Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

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) — 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: 26 de março de 2019. Última modificação: 08 de julho de 2019. Aceite: 10 de julho de 2019.

Nesse salto, podem ser honrados os nobres ideais da prática clínica e do alcançar dos objetivos terapêuticos. Ainda assim, a descontinuidade no salto do conhecimento e dos cuidados pode ter fundamento cultural, geográfico, da interação social, organizacional, econômica, entre outras categorias possíveis que se manifestam na experiência individual de cada paciente e na sua interação terapêutica. Nesse contexto, são particularmente importantes recursos que possam atenuar e contribuir para superar essas descontinuidades e prevenir os traumas potencialmente advindos desses saltos.

Superações – Algumas estratégias de superação são tradicionais, antigas, aforismáticas, consagradas, repetidas exaustivamente, ensinadas, consolidadas, reclamadas por pacientes e familiares, tão comuns que às vezes são pouco mencionadas ou talvez quase esquecidas. O tempo prolongado de uso e a falta de *marketing* no campo do conhecimento pode ter esvaziado esses conceitos e tê-los levado à diminuição da densidade semântica. Talvez por isso seja interessante reavivar no pensamento algumas delas.

Uma das estratégias eficientes e de alta hierarquia é que a Medicina e seus praticantes devem se ocupar de doentes, da pessoa enferma e não de doenças, que são conjuntos característicos de sintomas e sinais de causa, mecanismo e prognóstico conhecidos ou desconhecidos.⁵ A pessoa doente é individual e nela se concentram as múltiplas facetas tanto da condição humana quanto são os sintomas e sinais emitidos para os que cuidam das mazelas do sofrimento humano. De fato, o médico ocupar-se do indivíduo doente e não do ente genérico (por exemplo homem) é menção tão antiga – aristotélica!⁶ A noção de continuidade também se escora no conceito da unidade expresso na pessoa humana.

Outra credencial de acesso à perspectiva de continuidade terapêutica é a que se obtém na narrativa, que no ambiente médico-terapêutico recebe o nome de anamnese. Trata-se de fortíssima credencial de acesso à realidade da condição humana do paciente e dos seus sintomas. Pode-se formular a hipótese de que o conceito de credencial de acesso à realidade⁷ tem função restauradora.

O reconhecimento da emoção dos pacientes é outro fator integrador da terapêutica, salvo as exceções nas quais a própria doença seja a distorção das emoções. Seja como for, se o ser se exprime de muitas formas, uma delas é nas suas emoções. Há autores para os quais a resposta cognitiva e afetiva se superpõe.²

Outro ponto que influi na descontinuidade é a dimensão temporal – o tempo destinado ao paciente excessivamente curto. Paradoxalmente, o tempo excessivamente curto descontinua a experiência humana. No plano médico terapêutico, o tempo excessivamente reduzido pode não significar eficiência (ou eventual “produção” no jargão administrativo) mas perda diagnóstica ou terapêutica, deixando em valorização secundária a percepção do médico da consciência satisfatória do dever cumprido. Há queixas registradas em outros países de que o encurtamento do tempo, em razão de limitações operacionais, influi negativamente na capacidade de pensar.⁸ O tempo saturado de informações médicas, de segurança, de contratos, de termos de consentimento, imagens, compromissos, velocidade, “produção” no mau sentido, dá, desde os bancos acadêmicos, como revela a experiência acadêmica, a sensação do incompleto e do descontínuo.

E milagrosamente, os largos e profundos precipícios da percepção dos saltos da ciência e do conhecimento podem ser aplainados por uma mágica qualquer. Uma das mágicas é aquela propiciada por um ser vocacionado para a terapêutica, que pode acontecer com médicos, mas também com outro profissional de saúde. Um gesto do enfermeiro, uma cantiga, um toque, pode dar prática ao escrito “Todo abismo é navegável a barquinhos de papel”.⁹ Em outras palavras, restaura-se no paciente a consciência da continuidade terapêutica pelos cuidados recebidos, que podem ser exemplificados naqueles dispensados pela equipe de enfermagem e dos profissionais de reabilitação.

Finalizando, evidentemente sem esquecer o caráter inescotável das potenciais superações das descontinuidades na prática clínica, e sem olvidar que observações e reflexões são eventos tardios, posteriores,² não é demais lembrar que o conhecimento e a experiência dos demais colegas podem expandir a aprofundar as reflexões ora formuladas.

REFERÊNCIAS

1. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
2. Ricoeur P. The role of metaphor. Multidisciplinary studies of the creation of meaning in language. Toronto: University of Toronto Press; 1977. ISBN-10: 0802064477; ISBN-13: 978-0802064479.
3. Rosenbaum L. The Not-My-Problem Problem. N Engl J Med. 2019;380(9):881-85. PMID: 30811917; doi: 10.1056/NEJMms1813431.
4. Rosenbaum L. Divided We Fall. N Engl J Med. 2019;380(7):684-8. PMID: 30763193; doi: 10.1056/NEJMms1813427.
5. Dorland's illustrated medical dictionary. 28th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1994.
6. Aristóteles. Metafísica de Aristóteles (edição trilingue por Valentin Garcia Yebra). Madrid: Editorial Gredos; 1998.
7. Bruner J. Fabricando histórias. Direito, literatura, vida. São Paulo: Letra e voz; 2014.
8. Ofri D. Perchance to Think. N Engl J Med. 2019;380(13):1197-9. PMID: 30917257; doi: 10.1056/NEJMmp1814019.
9. Rosa JG. Desenredo. In: Rosa JG, editor. Tutaméia. Terceiras estórias. Rio de Janeiro: José Olympio; 1976. p. 38.