

Unidade, multiplicidade, fragmentação

Alfredo José Mansur¹

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

Questões propostas pela unidade em relação à multiplicidade podem permear as mais variadas dimensões da atividade humana, entre elas a atividade médica e dos cuidados à saúde, os quais, frente aos desafios que se renovam continuamente, estimulam os limites do conhecimento humano, tanto do ponto de vista médico-científico como do ponto de vista humanista e ético-filosófico. Assim, não é estranho que a atividade cotidiana traga à baila reflexões em torno do tema.

A consulta ao dicionário revela para o verbete “unidade” grande número de acepções: ser único, indivisível, o número um aritmético, grandeza para termo de comparação, similitude, harmonia, coerência, concordância, homogeneidade, uniformidade, continuidade sem desvio de ação ou conduta, combinação, coordenação, além de várias outras qualificações do termo unidade.¹ A etimologia é latina, particípio passado do verbo *unire*, significando unir, reunir.¹ O dicionário latino, abonado em Sêneca, para *unitas*, - *tatis*, registra a acepção de unidade de sentimentos e de identidade.² O dicionário etimológico remete ao *unus* para uno, único, uma questão, talvez, mais complicada do que o pragmático emprego da unidade como particípio passado do verbo *unire*.³

A consulta a outras fontes indica, como alternativa ao conceito de unidade, o conceito de totalidade ou de multiplicidade, temas examinados nas mais variadas esferas da história e do conhecimento humano, desde pensadores muito antigos até os dos dias atuais.⁴

O antônimo de unidade seria desunidade, pluralidade. Para pluralidade, o mesmo dicionário registra existir em grande quantidade, não ser único, multiplicidade, diversidade.¹

Para efeito desta reflexão, tomamos como paradigma da unidade o sentido da prática médica e dos profissionais de saúde a respeito de pacientes, os quais admitimos cada um como único, uma unidade. Nos tempos modernos mais recentes, a multiplicidade do que é disponível nesses cuidados pode trazer um curioso exercício entre a unidade e a multiplicidade.

Em tempos atuais, há novas multiplicidades, dentre elas: multiplicidade de sistemas informatizados, de registros documentais de observação clínica, de exames complementares, de opiniões, de consultas ao “Dr. Google” e aos grupos de mídias sociais e outras fontes de consulta. Resulta que essa multiplicidade pode dar margem à necessidade de conciliação e harmonização. Informações de natureza diferente podem não ser aparentemente superponíveis, compreensíveis ou harmonizáveis, permitir a hipótese de fragmentação e gerar grande preocupação na consolidação dos dados para interpretação apropriada.

Informática – houve evolução de processos operacionais no sentido de recorrer à informática nos vários setores da atividade humana. A informática presta parte da sua contribuição por meio de sistemas operacionais. É interessante notar que nem sempre os diferentes sistemas operacionais, por várias razões, até mesmo de segurança e confidencialidade,

¹ 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: 30 de novembro de 2020. Última modificação: 7 de dezembro de 2020. Aceite: 7 de dezembro de 2020.

permitam troca de informações entre si, de tal modo que várias operações cotidianas podem tornar-se pouco mais demoradas, complexas e fragmentadas em virtude da multiplicidade de sistemas. É plausível a indagação se essa multiplicidade de sistemas e registros poderia influir na unidade de dados de um paciente, de tal forma a arriscar perda de informação, repetições ou desconexões de outra ordem.

Sistematização – o exame clínico sistematizou no decorrer de longo tempo o método de observação clínica, de tal modo que informações úteis para a terapêutica não sejam perdidas. A sequência orienta os dados coligidos para a unificação diagnóstica, sintética unidade conceitual, visando a terapêutica do paciente. Tal sistematização não é fragmentação, perda da unidade, mas construção de unidade de observação (receptiva), pesquisa ativa (interrogatório sobre outros sintomas, antecedentes e exame físico); a interpretação se exprime no diagnóstico. Em outras palavras, a clínica exercita-se continuamente em prol da unidade do paciente como ser uno integral recebendo cuidados à saúde.

CRFs (case report form) – a informatização dos processos médicos nos *electronic medical records* trouxe a hipótese de que observações recolhidas na atividade administrativa e clínica-laboratorial pudessem ser alçadas imediatamente à qualificação de dado científico, de “variável”. Dificulta-se tal expectativa frente a duas questões: a) o registro de uma observação em variáveis isoladas pode perder a narrativa, perder a sintaxe, perder as conexões, o que significa dizer perder a qualidade clínica; b) o dado da prática, para ser trazido à alçada de dado científico, necessita revisão; não pode ser imediato, pois caso uma observação seja pré-categorizada, não se trata de observação clínica aberta, empírica, mas apenas busca de respostas específicas para perguntas específicas.

Janelas – sistemas informatizados trabalham com telas de computadores, muitas vezes denominadas janelas. Imagine-se: se construirmos para cada paciente uno, individual, um grande número de janelas, pode-se dizer que estamos fragmentando a observação para efeito de registro ou para obedecer ao “sistema”. Em seguida, devemos conciliar todas as janelas numa unidade diagnóstica e terapêutica. Assim, cada observação clínica se transforma em interessante exercício de grande fragmentação e síntese, repetida a cada paciente examinado. É de se indagar sobre a ergonomia intelectual da experiência e, ao invés do caminhar da multiplicidade para a unidade, o risco de tornar o sistema intelectualmente disfuncional. Uma tendência atual veiculada por autoridades em informática esmera-se em reunir na mesma tela a maior possibilidade de registro e interação.

Grupo versus indivíduo – prática científica estabelecida tem nos estudos cientificamente planejados o seu padrão ouro. Em geral os estudos são feitos em diferentes casuísticas.

Inicialmente, as conclusões dizem respeito a essas casuísticas, que são grupos de participantes da pesquisa mais ou menos numerosos.

Por outro lado, na prática clínica lidamos com indivíduos e não necessariamente a observação científica coligida a partir do grupo de pacientes pode ser aplicável à pessoa individual. Para traduzir a observação científica do grupo para a pessoa individual, é necessário o exame clínico, que pode harmonizar a conclusão obtida com método científico para a terapêutica individual. A tradução não é imediata, nem automática. Não é tão simples transformar a observação de múltiplos indivíduos na interpretação de um único e individual diagnóstico e terapêutica. Ensinou-me um erudito professor: as doenças como uma abstração conceitual para interpretação dos sintomas e em geral, mais frequentemente, a unidade nosológica se estabeleceu a partir da observação de múltiplas pessoas; não interpretamos uma pessoa pela doença, nós buscamos o diagnóstico de doenças a partir do exame clínico de pacientes. A doença é um sistema conceitual e o doente, um indivíduo.

Multiplicidade de exames complementares – atualmente, os exames complementares são mais disponíveis para os que podem ter acesso, ainda que existam limitações operacionais de disponibilidade de recursos. O uso apropriado e o equilíbrio entre o excesso de uso ou o uso insuficiente, têm sido objetos de estudos.^{5,6}

Exames complementares trazem informações diferentes, cada um com a sua especificidade, o que significa dizer, abrangência, alcance, ou limitação e temporalidade próprias. Conciliar as diferentes limitações, dizendo de outro modo, as diferentes informações e limitações – um exame informa números, outro informa imagem, anatomia, outro o aspecto funcional – e cada um com uma linguagem própria, quando não um jargão; tais hiatos podem suscitar a percepção de fragmentação e perda de unidade, quando não de antagonismo de informações.

Multiplicidade de opiniões – a multiplicidade de opiniões é parte da prática médica e de cuidados à saúde e fonte de enriquecimento em serviços de saúde de modo geral, por meio de trabalho interdisciplinar. Nessa multiplicidade, é importante que não se dissipe a necessidade de coordenação de diferentes opiniões profissionais (e até mesmo sociais), para alcançar no sentido terapêutico a melhor orientação. Já houve situações em que, segundo uma escola, uma determinada condição mereceria tratamento clínico e, segundo outra escola, mereceria tratamento cirúrgico. Pesquisas publicadas em segunda opinião por iniciativa dos pacientes, registraram mudança de orientação de tratamento entre 10% e 62% dos casos consultados.⁷ Portanto, a questão da multiplicidade das opiniões pode

não ser trivial. Em outro estudo, a frequência de se procurar segunda opinião em casos oncológicos variou de 1% a 88%, e foram associados a nível educacional elevado, necessidade de confirmar informação, falta de confiança em diagnóstico recebido, insatisfação com a comunicação e demanda por informação mais personalizada; nesse estudo, a discrepância diagnóstica variou entre 2% e 51%.⁸ Seria compreensível um sentimento de fragmentação nessas situações.

Multiplicidade de “especialistas” – enveredamos para uma cultura na qual hipertrofiamos o conceito de especialistas, mesmo dentro de especialidades, de tal forma que no treinamento após a graduação, pode-se gerar a cultura de especialistas de especialidades dentro da especialização. Um conceito novo a respeito seria o uso excessivo de serviços médicos no mundo – tal risco poderia ser mais impactante no caso de intervenções invasivas de alta tecnologia; para o Brasil, foi citada a frequência de angiografia coronária com indicação definida como inapropriada (20%).^{9,10}

Multiplicidade de consultas ao “Dr. Google” ou mídias sociais – a expressão tem sido reiterada por pacientes – “consultei o Dr. Google” ou as mídias sociais.^{11,12} Atualmente essas

consultas são corriqueiras, cotidianas e foram estudadas.¹¹ Entre as suas consequências, pode esclarecer, dar origem a respostas e novas perguntas etc. Mas pode também gerar preocupações infundadas, tal a multiplicidade de opções que pode aparecer. Em uma situação descrita, uma biópsia de gânglio em uma criança teria sido sugerida a partir de grupos de mídias sociais entre médicos e a recomendação foi atribuída à ansiedade dos pais.¹²

Sistemas de saúde – se os sistemas de saúde são desconectados, podem dar a impressão de se tratar de múltiplos sistemas de saúde e pode-se setorizar o paciente para ter a atenção de um fragmento (órgão, sistema, doença) em cada lugar, ou de cada doença em um lugar diferente, ou cada doença em um sistema diferente. Nessa multiplicidade, para cada etapa ou instância do sistema, haveria uma individualidade para cada paciente naquele sistema. Em outro sistema, outra individualidade para o mesmo sistema. A integração entre os sistemas teria entre seus pré-requisitos a funcionalidade dos sistemas de saúde.^{13,14}

Finalizando essas reflexões, não é demais lembrar que o conhecimento e a experiência dos demais colegas pode enriquecer, ampliar e aprofundar os comentários acima apresentados.

REFERÊNCIAS

- Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- Faria E. Dicionário Escolar Latino-português: revisão de Ruth Junqueira de Faria. 5. Ed. Rio de Janeiro: FENAME; 1975.
- Corominas J. Breve dicionário etimológico de la lengua castellana. Madrid: Gredos; 1997.
- Hirschberger J. Historia de la filosofía. Barcelona: Herder; 1994.
- O’Sullivan JW, Albasri A, Nicholson BD, et al. Overtesting and undertesting in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2018;8(2):e018557. PMID: 29440142; <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018557>.
- Størdal K, Wyder C, Trobisch A, Grossman Z, Hadjipanayis A. Overtesting and overtreatment – statement from the European Academy of Paediatrics (EAP). *Eur J Pediatr*. 2019;178(12):1923-7. PMID: 31506723; <http://doi.org/10.1007/s00431-019-03461-1>.
- Payne VL, Singh H, Meyer AN, et al. Patient-initiated second opinions: systematic review of characteristics and impact on diagnosis, treatment, and satisfaction. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(5):687-96. PMID: 24797646; <http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.02.015>.
- Hillen MA, Medendorp NM, Daams JG, Smets EMA. Patient-Driven Second Opinions in Oncology: A Systematic Review. *Oncologist*. 2017;22(10):1197-211. PMID: 28606972; <http://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0429>.
- Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. 2017;390(10090):156-68. PMID: 28077234; [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5).
- Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *Lancet*. 2017;390(10090):191-202. PMID: 28077228; [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32586-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32586-7).
- Asch JM, Asch DA, Klinger EV, et al. Google search histories of patients presenting to an emergency department: an observational study. *BMJ Open*. 2019;9(2):e024791. PMID: 30787088; <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024791>.
- Caruso Brown AE, Arthur JD, Mutrie LH, Lantos JD. Seeking a Second Opinion on Social Media. *Pediatrics*. 2019;144(5):e20190817. PMID: 31597691; <http://doi.org/10.1542/peds.2019-0817>.
- Topp SM, Abimbola S, Joshi R, Negin J. How to assess and prepare health systems in low- and middle-income countries for integration of services – a systematic review. *Health Policy Plan*. 2018;33(2):298-312. PMID: 29272396; <http://doi.org/10.1093/heapol/czx169>.
- Carvalho MS, Coeli CM, Chor D, et al. The Challenge of Cardiovascular Diseases and Diabetes to Public Health: A Study Based on Qualitative Systemic Approach. *PLoS One*. 2015;10(7):e0132216. PMID: 26171854; <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0132216>.