

Oximoro

Alfredo José Mansur¹

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

O termo foi-me trazido por um distinguido autor nacional, Luiz Fernando Veríssimo, em escritos jornalísticos. Como palavra não habitual e cotidiana, citada por talentoso escritor, deixou sua marca na memória. O dicionário registra *oximoro* em acepção retórica como a figura na qual se combinam palavras de sentido oposto que parecem excluir-se mutuamente, mas que no contexto reforçam a expressão, uma forma de paradoxo. A busca com uso do termo *oximoro* no Google Acadêmico trouxe aproximadamente 204.000 resultados e, no PubMed, 333 resultados (11/01/2025), o que significa dizer que é uma palavra utilizada também em títulos de artigo médicos ou científicos.

A etimologia remete ao grego *oksúmoron*, ou – engenhosa aliança de palavras contraditórias –, neutro substantivo do adjetivo *oksúmos*, o, ov – que sob um aspecto simples encerra um sentido profundo, espirituoso com aparência de ninharia –, composto de *oksús*, eia, u – agudo, sutil, fino –, e *morós* – embotado, embrutecido; insípido, tolo, louco, sem bom senso, através do latim *oxymoron*,¹ a prosódia segue a latina.^{1,2} Como tal, essa justaposição, esse encontro de idéias talvez possam fazer parte do estado de coisas cotidiano recente, que evoluiu da descrição no acrônimo *VUCA* (*volatility, uncertainty, complexity, ambiguity*) para a descrição no acrônimo *BANI* (*brittle, anxious, nonlinear, incomprehensible*). O criador deste novo acrônimo-conceito foi o antropólogo norte-americano Jamais Cascio.³ Recentemente, tivemos a oportunidade de ouvir uma reflexão em situação de elevada densidade humana, na qual foi proposto, em relação aos cuidados com a saúde, talvez um novo oximoro: dignidade vs. tratamento

considerado excessivo. E assim o termo reemergiu dos locais onde repousava na memória e no cabedal da linguagem para situações da prática clínica.

O reavivar das ideias antagônicas foi trazido frente à reflexão sobre tratamento sob condições clínicas críticas e sem expectativa de superação. Almejava-se uma terapêutica de suporte, sem intervenções invasivas que pudessem ser consideradas fúteis, aumentar sofrimento ou causar efeitos colaterais. Evocou-se, então, a possibilidade de o tratamento ser considerado “excessivo”^{4,5} – antinomia entre tratamento e o seu excesso, analogamente a fármaco (remédio ou veneno), oximoros “clínicos”. No ambiente complexo dos cuidados com a saúde podem influir também os denominados protocolos.⁶ A potencial contraposição conceitual entre terapêutica de suporte (ou paliativa) e o tratamento excessivo amparado por eventual “protocolo” ou estruturas equivalentes de conduta se insere nesse exercício, diz respeito a profissionais de saúde, pacientes e familiares, inclusive em unidades de terapia intensiva.⁷

Protocolos podem ser entendidos como o conjunto de procedimentos operacionais fundamentados pela experiência clínica e científica, com a finalidade de melhor servir aos pacientes proporcionando melhores resultados de procedimentos diagnósticos e de tratamento, com suas implicações de eficiência clínica e na otimização no uso de recursos. Se entendermos o conceito de protocolos para diretrizes e *guidelines*, alguns autores salientam que elas também podem ter efeito prejudicial, dependendo da circunstância da sua aplicação, levando ao excesso de investigação, de diagnósticos,

¹Livre-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.
<https://orcid.org/0000-0002-6904-3039>

Editor responsável por esta seção:

Alfredo José Mansur. 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. Conflito de interesse: nenhum.

Entrada: 5 de março de 2025. Última modificação: 10 de abril de 2025. Aceite: 5 de março de 2025.

de investigações invasivas e de tratamento,⁴ de tal forma que o conceito de cuidado centrado no paciente torna-se menos nuclear, dando maior ênfase em obedecer aos protocolos.^{8,9}

O protocolo representa uma instância organizacional e o paciente e seus familiares representariam a instância individual. A instância individual-familiar se ampara também no conceito de autonomia, que por vezes lhes permite tomar decisões próprias, mesmo fugindo ao protocolo recomendado, uma oportunidade para que a equipe médica possa conciliar essas duas vertentes, evitando o enrijecimento terapêutico. A eventual atenuação da individualidade pode ser prejudicial para situações específicas.⁹

Diretrizes, de modo geral, sempre recomendam esses cuidados, admitindo que sua aplicação pode ser eficaz somente quando de comum acordo entre médicos e pacientes, que incluem ainda seus valores e suas preferências. Assim, decisões devem ser centradas no paciente e considerar suas preferências, seus objetivos, seu letramento em saúde, determinantes sociais da saúde em colaboração com o sistema de suporte do paciente.¹⁰

Interessante também lembrar que muitos protocolos são normalmente voltados para doenças ou intervenções e não alcançariam as individualidades clínicas dos doentes e a peculiaridade social de seus familiares; a essa limitação natural soma-se a individualidade dos profissionais de saúde e os detalhes dos recursos locais disponíveis. Os protocolos, de modo geral, têm o fluxograma de ações e, entre elas, a escuta ativa (uma “inação”) e a individualização dos pacientes podem não receber a ênfase necessária, e nem sempre dispõe de representação. Podem receber expressões que são rótulos justificadores (p. ex. segurança, qualidade etc.) ou incorrer em esquematismos que podem sacrificar

a flexibilidade natural nos processos de cuidados à saúde e o tratamento de pacientes. Ernest Cassirer,¹¹ citando Hermann Weyl, ao examinar interação entre a continuidade na intuição e a continuidade na matemática, considerou-a possível e não um “esquematismo violento” (as aspas estão no original); talvez esse adjetivo original ao esquematismo pudesse ser útil frente a um dos potenciais riscos da inflexibilidade (ou não individualização) quando lidamos com os cuidados à saúde e o sofrimento humano de pacientes e familiares.

As elaborações do conhecimento disponível na forma de protocolos, diretrizes, *guidelines* tomam por base a sua necessidade clínica. Entretanto, nem sempre há dados científicos consistentes disponíveis e há a influência dos membros da equipe que desenvolve a diretriz e, com isso, pacientes podem não ser a prioridade única da diretriz, que pode incluir a contenção de custos, necessidades da sociedade ou sofrer a influência de grupos de interesse.⁹ Percentual significativo de diretrizes se fundamenta em opiniões de profissionais familiarizados com o assunto e poucas evidências de nível I.⁸ Talvez essas limitações sejam inerentes ao conhecimento médico e à prática clínica, para a aplicação apropriada de protocolos, diretrizes, *guidelines*. Em algumas situações, essas dificuldades inerentes à prática podem remeter ao aforismo 6.52 do Tratado lógico-filosófico de Wittgenstein: “Sentimos que, mesmo que todas as questões científicas possíveis tenham obtido resposta, nossos problemas de vida não terão sido sequer tocados”.¹²

E, finalizando, recorremos a nosso protocolo rotineiro e flexível, de lembrar que a experiência e o conhecimento dos demais colegas podem aprofundar e aprimorar as reflexões ora apresentadas.

REFERÊNCIAS

- Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- Lidell HG, Scott R. Greek-English lexicon. Oxford: Oxford University Press; 1996.
- Cascio J. A educação em um mundo cada vez mais caótico. BTS. 2021;47(1):101-5. <https://doi.org/10.26849/bts.v47i1.879>.
- Moynihan R, Henry D, Moons KG. Using evidence to combat overdiagnosis and overtreatment: evaluating treatments, tests, and disease definitions in the time of too much. PLoS Med. 2014;11(7):e1001655. PMID: 24983872; <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001655>.
- Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. BMJ. 2013;347:f4247. PMID: 23820022; <https://doi.org/10.1136/bmj.f4247>.
- Mansur AJ. Protocolos. Diagn Tratamento. 2020;25(1):25-7. Disponível em: <https://periodicosapm.emnuvens.com.br/rdt/article/view/297>. Acesso em 2025 (10 de Abril).
- Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. BMC Anesthesiol. 2018;18(1):106. PMID: 30111299; <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0574-9>.
- Brichko L, Mitra B, Cameron P. When guidelines guide us to harm. Emerg Med Australas. 2018;30(6):740-2. PMID: 30456792; <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13189>.
- Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ. 1999;318(7182):527-30. PMID: 10024268; <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7182.527>.
- Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022;145(3):e18-114. PMID: 34882435; <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001038>.
- Cassirer E. The philosophy of symbolic forms. Volume three: The phenomenology of knowledge. New Haven: Yale University Press; 1957.
- Wittgenstein L. Tractatus logico-philosophicus. São Paulo: Edusp; 2022.