

# Conteúdo e forma

Alfredo José Mansur<sup>1</sup>

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

O diálogo entre conteúdo e forma é ancestral. Com base em um sistema de referência, essa relação pode ser julgada condizente, divergente ou desproporcional, entre muitos outros qualificativos possíveis. O conceito de forma tem sido estudado ao longo da história por diferentes especialistas em lógica, filosofia, retórica, moral, legislação, estética, música, artes plásticas, entre outros ramos do conhecimento.<sup>1</sup> O interesse amplo é compreensível, pois o diálogo do conteúdo com a forma é cotidiano e se apresenta sob miríade de nuances da atividade clínica e das circunstâncias vividas por médicos e profissionais de saúde de modo geral.

**Etimologia** – atribui-se a evolução do termo do latim *forma*, provavelmente por meio do etrusco, a partir do grego *morfé*, e refere-se tanto à arte quanto à técnica, às leis, à linguagem. O termo é considerado especialmente plástico em francês e em latim, pois serviu para traduzir muitos termos de origem grega como *eidos*, ideia (em contraste com imagem), forma (em contraste com matéria), contorno, esquema, essência, quididade, modelo, marca, sinal característico.<sup>1</sup> Dado o alcance semântico, não surpreende que o termo forma permaneça atual e estimule reflexões.

**Quadro clínico** – O conjunto de dados obtidos no exame de pacientes (conteúdo nosológico) pode ser reunido no conceito de quadro clínico (forma). É interessante que o adjetivo proteiforme é um dos qualificativos para descrever o quadro clínico em certas doenças ou circunstâncias clínicas. As manifestações que compõem o quadro clínico podem ser também descritas em relação ao tempo (agudo, subagudo, paroxístico, crônico) e qualificadas com o emprego de outros adjetivos, como florido, exuberante, sutil, entre outras expressões também aplicáveis às formas.

Forma peculiar da relação entre conteúdo e forma é a sua expressão nas várias etapas do exame clínico:

1) sintomas – pode haver desproporção entre preocupações e sintomas de pacientes e o fundamento nosológico que o embasa. Nesse caso, o fundamento anatomopatológico ou fisiopatológico serve como padrão de referência para avaliar a proporcionalidade dos sintomas em relação ao seu padrão de referência.

A eventual desproporção dos sintomas pode ser avaliada segundo diferentes categorias:

- a) intensidade – há a preocupação ou queixa ampliadas, sem base nosológica por um lado; por outro lado, há condições nas quais há pouca preocupação ou escassas queixas frente a condições clínicas potencialmente graves. Ambas as situações são reconhecidas na elaboração diagnóstica.
  - b) excesso – a preocupação ou a queixa podem ser supervalorizadas e serem transformadas em ameaça de doença iminente (“pré-doença”) ou em real doença. O neologismo *medicalização* tem sido frequentemente utilizado para essa circunstância, como uma desproporção desnecessária da forma para o conteúdo que se apresenta.
  - c) rótulos – questões relacionadas ao estilo de vida e à qualidade da vida moderna podem ser rotuladas em diferentes jargões, entre eles o jargão psicológico. O neologismo *psicologizar* tem sido usado para descrever essas circunstâncias, que por vezes são agrupadas em rótulos tais como o “estresse”, “psicológico” etc., que de tanto uso, esvaziaram o significado e passaram a lugar comum da linguagem cotidiana.
- 2) sinais – os sinais podem emoldurar o quadro de modo a torná-lo mais compreensível ou, pelo contrário, podem turvar

<sup>1</sup>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

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesses: nenhum declarado

Entrada: 19 de agosto de 2015 — Última modificação: 19 de agosto de 2015 — Aceite: 24 de agosto

a sua compreensão. Há doenças que se exteriorizam por sinais, há doenças que não se exteriorizam por sinais ou só o fazem muito tardiamente. A desproporção da doença na forma de seus sinais pode ser mesmo uma característica de algumas doenças, muitas delas potencialmente graves.

- 3) diagnóstico – estrutura conceitual básica (portanto, forma) de reunir os sintomas e achados de exame clínico (conteúdo) em um conjunto significativo.<sup>2</sup> O diagnóstico pode também ser entendido como descritor – em algumas situações doentes, casuísticas, experiências são reunidos em torno de um diagnóstico. Em várias situações, pode ser possível desequilibrar a propriedade dessa estrutura de reunião, seja fazendo diagnóstico em excesso,<sup>3</sup> seja deixando de fazê-lo.
- 4) tecnologia diagnóstica – atualmente, algumas substâncias identificadas no organismo (biomarcadores)<sup>4</sup> podem ser entendidas como indicadores de risco de doença ou de evolução para uma determinada doença. Caso a hipótese não venha a se confirmar, seria isso uma desproporção ou um aumento da interpretação da forma, baseado em dados obtidos em um momento do paciente.

O emprego de tecnologia refinada ou avançada pode ser entendido, às vezes, como um excesso de forma em relação ao conteúdo que se apresenta. A forma que se busca pode ser a própria imagem em seus vários métodos, algumas delas acompanhadas do risco de exposição à radiação.<sup>5</sup> Nesse particular, o excesso pode ser temperado pela discussão sobre o valor incremental que algumas imagens podem trazer para o tratamento de pacientes em uma sociedade que já foi qualificada como inclinada à afeição de imagens. Em estudo prévio, foi estimado que entre 20% e 50% de exames de imagem realizados trouxeram pouco benefício ao paciente.<sup>6</sup>

- 5) terapêutica – a terapêutica pode decorrer do excesso da forma “diagnóstico”, ampliando o significado dos dados

clínicos obtidos no exame do paciente e levando-o a tratamento medicamentoso, quando não cirúrgico. Há estudos de intervenções cirúrgicas que posteriormente foram entendidas como intervenções placebo.<sup>7</sup>

- 6) evolução no longo prazo – em geral, a evolução no longo prazo para decisões terapêuticas é feita com base em estimativas de probabilidade, e baseadas em experiências anteriores. A estimativa seria uma forma atribuída à evolução de uma determinada condição clínica, e pode tanto superestimar quanto subestimar risco.<sup>8</sup>

**Intervenções diagnósticas ou terapêuticas** – ainda que o conceito possa não ser novo em Medicina, o conceito de propriedade de uso de algumas intervenções faz parte da cultura médica contemporânea – admite-se que, em algumas situações, pode verificar excesso.<sup>9,10</sup> Seria o entendimento de que a forma da intervenção destoaria da real necessidade do paciente (conteúdo). Tal desproporção pode ter estímulos clínicos, econômicos, culturais e medico-legais.<sup>9</sup>

**Medicamentos e equipamentos** – o uso de propaganda faz parte da sua divulgação. Etimologicamente o termo propaganda é, em sua acepção primeira, a divulgação. Na segunda acepção, há a ideia de exaltação das qualidades,<sup>11</sup> donde é mais fácil se entender que a propaganda pode incidir, em desproporção, no aumento das qualidades em relação ao conteúdo que divulga ou enfoque específico do interesse do divulgador. É de se indagar em que medida isso pode permear questões relacionadas à saúde e seus cuidados.

Finalizando, não deixamos de lembrar que a experiência de outros colegas pode ampliar e aprofundar as reflexões sobre a correspondência entre forma e conteúdo nos inúmeros detalhes que fazem parte da prática clínica.

## REFERÊNCIAS

1. Cassin B. Dictionary of untranslatables: a philosophical lexicon. Princeton: Princeton University Press; 2014.
2. Kushner I, Greco PJ, Saha PK, Gaitonde S. The trivialization of diagnosis. *J Hosp Med.* 2010;5(2):116-9.
3. Bobbio M. O doente imaginado: os riscos de uma medicina sem limites. São Paulo: Bamboo Editorial; 2014.
4. Folsom AR, Yao L, Alonso A, et al. Circulating Biomarkers and Abdominal Aortic Aneurysm Incidence: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Circulation.* 2015 132(7):578-85.
5. Smith-Bindman R, Miglioretti DL, Johnson E, et al. Use of diagnostic imaging studies and associated radiation exposure for patients enrolled in large integrated health care systems, 1996-2010. *JAMA.* 2012;307(22):2400-9.
6. Mark DB, Anderson JL, Brinker JA, et al. ACC/AHA/ASE/ASNC/HRS/IAC/Mended Hearts/NASCI/RSNA/SAIP/SCAI/SCCT/SCMR/SNMMI 2014 health policy statement on use of noninvasive cardiovascular imaging: a report of the American College of Cardiology Clinical Quality Committee. *J Am Coll Cardiol.* 2014;63(7):698-721.
7. Johnson AG. Surgery as a placebo. *Lancet.* 1994;344(8930):1140-2.
8. Jørstad HT, Colkesen EB, Boekholdt SM, et al. Estimated 10-year cardiovascular mortality seriously underestimates overall cardiovascular risk. *Heart.* 2015 Aug 10. pii: heartjnl-2015-307668. doi:10.1136/heartjnl-2015-307668. [Epub ahead of print]
9. Huang X, Rosenthal MB. Overuse of Cardiovascular Services: Evidence, Causes, and Opportunities for Reform. *Circulation.* 2015;132(3):205-14.
10. Bradley SM, Bohn CM, Malenka DJ, et al. Temporal Trends in Percutaneous Coronary Intervention Appropriateness: Insights From the Clinical Outcomes Assessment Program. *Circulation.* 2015;132(1):20-6.
11. Houaiss A, Villar MS, Franco FMM. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.