

*Graduanda do curso de Medicina da UNIFACS. Salvador - Bahia - Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1047-2832>

Graduanda do curso de Medicina da PUC-SP. Sorocaba - São Paulo - Brasil. ORCID: [https://orcid.org/0000-0003-2041-**](https://orcid.org/0000-0003-2041-****) Doutora em Medicina. Diretora Científica de SOBRAMFA, Educação Médica e Humanismo. www.sobramfa.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8682-8770>. ****Doutora em Medicina. Diretora de Programas Educacionais em SOBRAMFA, Educação Médica & Humanismo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0651-2595>. *****Doutora em Medicina. Diretora de Publicações de SOBRAMFA, Educação Médica & Humanismo. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3958-7438>. E-mail: macbet@sobramfa.com.br

Recibido: 15-08-2022

Aceptado: 29-08-2022

Correspondencia:

Dra. Maria Auxiliadora Craice De Benedetto

Correo electrónico:

macbet@sobramfa.com.br

Relato de Experiência: Incertezas diagnósticas, continuidade nos cuidados, aprendizados que humanizam a prática médica

Relato de Experiencia: Incertidumbres diagnósticas, continuidad de la atención, aprendizajes que humanizan la práctica médica

Experience Report: Diagnostic uncertainties, continuity of care, learnings that humanize medical practice

Itana Oliveira Viana,* Gabrielle Matakas Shiguihara, ** Pablo González Blasco,*** Graziela Moreto, **** Maria Auxiliadora Craice De Benedetto.*****

Resumo

Dedicação e humanismo são qualidades essenciais para uma efetiva prática clínica. Os médicos enfrentam situações que geram incertezas a todo momento, o que traz angústia e ansiedade para eles e seus pacientes. Este artigo constitui um relato de experiência que envolve o acompanhamento de um paciente de 45 anos, o qual apresentou um quadro de sofrimento e ansiedade decorrente das incertezas e dificuldade diagnóstica decorrentes de uma Endocardite Infecciosa Atípica. Ainda que tenha sido encaminhado a inúmeros especialistas, o paciente manteve-se sob os cuidados de uma equipe médica que lhe deu suporte, equipe essa que acompanhamos em um estágio prático extracurricular. Considerando-se o paciente em sua totalidade, ou seja, em seus aspectos físico, emocional, social e cultural, a atuação dessa equipe foi essencial para a evolução do caso. A boa relação médico-paciente é fundamental para melhor resposta terapêutica. A relação médico-paciente vai muito além de um simples atendimento médico pelo fato de ter algo mais a acrescentar além de fazer perguntas, exame físico, receitar medicamentos e prescrever condutas. A incerteza na prática clínica possibilita um grande aprendizado e exalta a importância do trabalho em equipe para trazer bons resultados a todos os envolvidos.

Palavras-chave: Relação médico-paciente. Incerteza. Endocardite Infecciosa.

Resumen

La dedicación y el humanismo son cualidades esenciales para una práctica clínica eficaz. Los médicos se enfrentan a situaciones que generan incertidumbre en todo momento, lo que les trae angustia y ansiedad a ellos y a sus pacientes. Este artículo es el relato de experiencia que involucra el seguimiento de un paciente de 45 años, que presentaba un cuadro de sufrimiento y ansiedad derivado de las incertidumbres y dificultad diagnóstica derivadas de una Endocarditis Infecciosa Atípica. Aunque fue derivado a numerosos especialistas, el paciente permaneció bajo el cuidado de un equipo médico que le brindó apoyo, equipo al que acompañamos en una práctica extracurricular. Considerando

al paciente en su totalidad, es decir, en sus aspectos físico, emocional, social y cultural, la actuación de este equipo fue fundamental para la evolución del caso. Una buena relación médico-paciente es fundamental para una mejor respuesta terapéutica. La relación médico-paciente va mucho más allá de la simple atención médica porque tiene algo más que añadir además de la consulta, la exploración física, la prescripción de medicamentos y la prescripción de conductas. La incertidumbre en la práctica clínica permite un gran aprendizaje y destaca la importancia del trabajo en equipo para traer buenos resultados a todos los involucrados.

Palabras clave: Relación médico-paciente. Incertidumbre. Endocarditis infecciosa.

Abstract:

Dedication and humanism are essential qualities for an effective clinical practice. Doctors constantly face situations that generate uncertainty, which brings anguish and anxiety to them and their patients. This article is an experience report that involves the follow-up of a 45-year-old patient, who presented a picture of suffering and anxiety resulting from the uncertainty and diagnostic difficulty resulting from an Atypical Infectious Endocarditis. Although he was referred to numerous specialists, the patient remained under the care of a medical team that supported him, a team that we accompanied in an extracurricular practical internship. Considering the patient as a whole, that is, in his physical, emotional, social and cultural aspects, the performance of this team was essential for the evolution of the case. A good doctor-patient relationship is essential for a better therapeutic response. The doctor-patient relationship goes far beyond simple medical care because it has something more to add besides asking questions, physical examination, prescribing medicines, and defining conducts. Uncertainty in clinical practice allows for great learning and highlights the importance of teamwork to bring good results to all involved.

Keywords: Doctor-patient relationship. Uncertainty. Infectious Endocarditis.

INTRODUÇÃO

A escolha da medicina como profissão não é fácil, pois lidamos diretamente com a fragilidade humana e precisamos estar seguros e tranquilos para apaziguar àqueles que necessitam de nossos cuidados. A medicina exige atenção, cuidado ao próximo, resiliência e muita dedicação aos estudos, pois é uma das mais humanas profissões e permite levar conforto às pessoas desde que se seja sensível à condição do outro.¹ Aprender a colocar o doente em primeiro lugar, individualizar seu caso, incorporar valores humanísticos, melhorar a visão holística da prática clínica, crescer no modo de relacionar-se com o paciente e com a família são valores desejáveis para qualquer médico, independente da especialidade a que venha dedicar-se posteriormente.²

Com o intuito de aprimorar a nossa prática, estimular nosso raciocínio clínico e consolidar o que foi visto na teoria, nós, duas estudantes de medicina, optamos por fazer um estágio extracurricular na SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo (www.sobramfa.com.br), onde pudemos acompanhar médicos que atuam a partir de uma perspectiva generalista e de acordo com o método clínico da medicina centrada na pessoa. Tivemos a oportunidade de participar do atendimento de pacientes crônicos, com comorbidades ou em cuidados paliativos, tanto internados quanto em ambulatório. Nesses cenários, um desses pacientes adquiriu grande relevância. Este, a princípio, não tinha nada que aparentemente pudesse vir a comprometer seu bem-estar. No entanto, foi um caso de grande aprendizado tanto do ponto de vista acadêmico quanto do pessoal, motivo que nos levou a apresentar a narrativa de sua enfermidade. O paciente foi informado de que a história de sua enfermidade poderia ser publicada e assinou TCLE - estando ciente de que o anonimato foi mantido e de que se buscou ocultar algumas informações referentes ao contexto e à época do ocorrido para a preservação de identidade -, após ler previamente o texto a ser publicado.

O caso do Senhor João (nome fictício) nos impressionou por apresentar uma evolução atípica e a dificuldade de chegar a um diagnóstico, o que resultou em incertezas. Sabemos que a incerteza é uma constante na prática médica e está associada à má prática médica e dificuldade em estabelecer-se modelos de qualidade assistencial, juntamente com a ansiedade na relação médico-paciente.³ Esses tipos de relações, na prática clínica, causam preocupação para os médicos de todas as especialidades. Este tipo de dificuldade que nos foi apresentado nos permitiu lidar com uma narrativa que inicialmente parecia configurar uma história de restituição e que, durante o seu curso, evoluiu com várias intercorrências que nos fizeram pensar em uma

situação de caos.⁴ No entanto, essas intercorrências e as incertezas decorrentes puderam, aos poucos, ser solucionadas da melhor forma possível. Aprendemos que é preciso ouvir os pacientes com atenção para se identificar suas reais necessidades, pois isso permite a proposição de soluções que tenham a ver principalmente com suas crenças e visão de vida.

A HISTÓRIA DE JOÃO

João tem 45 anos e nos procurou com sintomas de fraqueza e palidez com início há 6 meses, sem comprometimento das atividades físicas diárias. O que o fez buscar nossa ajuda foi o surgimento de edema em membros inferiores (MMII) e petéquias em ambas as pernas, nos últimos dias. Relatou passado de cirurgia bariátrica sem seguimento por ter evoluído bem. Negou comorbidades e uso de medicamentos contínuos. Na ocasião, ele exercia normalmente suas atividades de trabalho e não apresentava dificuldade em relação ao convívio social e familiar. Durante o atendimento, permitimos que João se expressasse livremente para que ele se sentisse bem e confortável em todo momento. Ele se mostrou colaborativo e, ao mesmo tempo, preocupado com seus sinais e sintomas e ansioso para ser diagnosticado, tratado e liberado para realizar suas atividades diárias, pois relatou ser uma pessoa ativa.

No momento do exame físico notamos o quanto nossos conhecimentos prévios foram importantes, pois não basta dominar a teoria, temos que investigar o paciente como um todo para que possamos chegar a uma hipótese diagnóstica. Constatamos, na avaliação cardiovascular, sopro panfocal, mais acentuado em válvula aórtica, com presença de sopro aspirativo, o que fez toda a diferença para a condução do nosso paciente. A partir daí iniciamos uma minuciosa investigação para que pudéssemos tranquilizar não só o paciente, mas também seus familiares.

Foram longos dias de internamento em um Hospital Privado da Cidade de São Paulo, com melhora do cansaço e regressão das petéquias e edemas em MMII. No entanto, ele apresentava insônia mista e ansiedade. A necessidade de manter o paciente conosco visava avaliar a evolução dos exames laboratoriais e realizar exames complementares. Foram encontradas alterações nos exames de eletrocardiograma, ecocardiograma bidimensional e transesofágico (ecocardiograma com aumento importante do AE e discreto do AD, aumento da área da valva aórtica bicúspide com espessamento importante dos seus folhetos, refluxo importante, imagens sugestivas de vegetação, insuficiência mitral e insuficiência bicúspide) e ultrassonografia de abdome total, além de alguns exames laboratoriais indicando proteinúria e

hematúria, o que deixou João angustiado e impaciente ao ponto de ele dizer: *“Eu não estou sentindo nada Dr! Eu quero ir para casa ficar com minha família e trabalhar normalmente.”* Diante disso, tivemos uma conversa esclarecedora para que ele entendesse que estávamos à procura da causa dessa alteração e, assim, prevenirmos possíveis complicações.

Após um mês de internamento houve regressão da proteinúria e da hematúria. Posteriormente, após uma minuciosa investigação e ainda sem diagnóstico efetivo, optamos em liberar o paciente depois da melhora dos sintomas e da realização dos exames necessários, pois sua permanência no hospital traria mais malefícios devido à possibilidade de piora do estado geral por conta de um quadro ansioso. Desta forma, após uma boa e esclarecedora conversa, o paciente foi liberado do hospital sem quaisquer sintomas e devidamente medicado, porém, ainda em acompanhamento pela equipe. Convém lembrar que ele ainda não possuía um diagnóstico. Mantivemos contato com o paciente e sua esposa para acompanharmos longitudinalmente a evolução dele e poder intervir de maneira precoce em caso de intercorrências.

A investigação continuava, pois não podíamos deixar nosso paciente sem uma resposta. Algumas alterações nos exames laboratoriais levaram o nosso colega Reumatologista a pensar em um quadro de vasculite do tipo Angeíte Granulomatosa associada a ANCA (anticorpos anticitoplasma de neutrófilos) ou suas variantes. Por esse motivo o paciente matriculou-se no ambulatório de Reumatologia e depois foi transferido para o Hospital das Clínicas, para um grupo especializado, onde permaneceu internado. No entanto, por falta de critérios, não foi fechado o diagnóstico de Vasculite e então levantaram a possibilidade de uma Endocardite por Lúpus ou uma doença similar. A equipe de Reumatologia não obteve um diagnóstico e decidiu encaminhá-lo ao InCor, onde a equipe de Cardiologia preencheu critérios para o diagnóstico de Endocardite Infeciosa e realizou a cirurgia da troca da válvula cardíaca.

Podemos observar que até mesmo os especialistas se depararam com uma situação atípica e também estavam mergulhados em incertezas. E, como não tinham um diagnóstico definitivo, ficaram desorientados quanto ao cuidado do João. Na verdade, a incerteza é uma constante na prática médica e, ainda assim, é pouco abordada no dia a dia, especialmente em cenários didáticos.

A situação clínica de João transcendia o âmbito de ação dos médicos da SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo. Na verdade, tratava-se de um “caso” difícil até mesmo para os melhores especialistas para os quais foi encaminhado. No entanto, em nen-

hum momento a equipe deixou de acompanhar sua evolução e dar suporte aos seus familiares. Assim, um vínculo estreito foi se consolidando com sua esposa e esta informou-nos que a evolução pós-operatória havia sido insatisfatória, pois uma semana após o procedimento o paciente precisou ser transferido para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde foi mantido em isolamento, devido a insuficiência respiratória e insuficiência renal aguda (IRA), tendo sido necessário realizar intubação orotraqueal e iniciar a diálise. Após a extubação, feita sete dias depois, a acompanhante referiu que seu marido se encontrava apático, confuso e delirante em decorrência do desequilíbrio hidroeletrólítico causado pela IRA. Felizmente, ele foi evoluindo com uma melhora progressiva da consciência e do estado geral e, em relação à valvuloplastia, não houve intercorrências.

João permaneceu na UTI por um mês e, com sua melhora gradativa e não sendo mais necessária a diálise, ele foi remanejado para um quarto de isolamento, onde se buscou fortalecê-lo em preparação para a alta hospitalar com a realização de diversas estratégias terapêuticas, inclusive fisioterapia. Seis dias depois, fomos surpreendidos com um episódio de Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico e João teve de ser submetido a nova cirurgia de urgência para conter o sangramento e reverter o quadro, tendo permanecido por mais oito dias na UTI. Após esse período, retornou à enfermaria, onde foram mantidas as sessões de fisioterapia, apresentou febre e edema agudo de pulmão. Os picos febris se mantiveram de maneira esporádica e, após 28 dias, testou positivo para Covid-19. A indicação nesse momento foi transferência para o Hospital das Clínicas. Entretanto, a acompanhante apresentou-se bastante aflita e relutante por medo de comprometer todo o progresso e piorar tanto o estado físico quanto a saúde mental do seu marido. Por este motivo, retornou para o InCor, onde permaneceu mais dois dias em isolamento, e em seguida, recebeu alta e retornou para casa em regime de Home Care. No momento presente, ele está fazendo acompanhamento ambulatorial com neurologista, cardiologista e reumatologista, além das sessões de fisioterapia e melhora progressiva.

COMPREENDENDO A HISTÓRIA

João chegou relativamente bem quando veio em busca de atendimento médico, pois deambulava e se comunicava normalmente, mas a medicina sempre nos surpreende. Apenas com o surgimento de edema em MMII e petéquias, o que poderia ser uma simples doença, o exame físico cardiovascular nos fez ficarmos alertas para mudarmos a estratégia de cura e buscarmos melhores alternativas para visar o bem-es-

tar do paciente. Foram muitos encaminhamentos a especialistas para conseguirmos conceder uma resposta a João e seus familiares.

Após o diagnóstico de EI, vimos que nos deparamos com uma manifestação atípica dessa doença, visto que tanto a hemocultura para anaeróbios quanto aeróbios resultou negativa. As características fundamentais dessa doença requerem cardiopatia predisponente, bacteremia ou fungicemia, indicativos de vasculite ativa e fenômeno embólico periférico, sendo que, o diagnóstico é acurado com o advento de exames laboratoriais e de imagem, por meios dos critérios de Duke.⁵ O principal sítio de “vegetação” acometido são as valvas cardíacas, mas qualquer outra estrutura do coração pode ser afetada, como os septos, parede atrial e ventricular, cordas tendíneas e grandes vasos.⁶ Dentre as principais complicações, podem ser citadas a insuficiência cardíaca (55-85%), os fenômenos embólicos (65%), em especial o acidente vascular cerebral, insuficiência renal aguda em 30% e complicações reumatológicas, como a artrite periférica e espondilodiscite em 14% e 5% respectivamente.⁵

João foi diagnosticado com EI definida por apresentar um critério maior (ecocardiograma com imagem sugestiva de vegetação) e 3 critérios menores (condição clínica predisponente - sopro aspirativo, fenômenos imunológicos e ecocardiograma com lesões sugestivas de vegetações) e, apesar disso, em um primeiro momento, seu quadro era inespecífico e sem gravidade aparente, reforçando o conceito de que esta doença é muito variada quanto sua apresentação. Mesmo com a conduta correta segundo as II Diretrizes em Cardiologia da SBC e o estudo de Lamas, que consistiu na introdução de antibioticoterapia com Vancomicina e encaminhamento precoce para avaliação cirúrgica, o paciente evoluiu com algumas das principais complicações da EI: a IRA com necessidade de diálise e o AVC.^{7,8}

Além do comprometimento físico, também houve piora da saúde mental de João. Inicialmente, as inúmeras hipóteses e pouca certeza do diagnóstico trouxeram insegurança para o casal, tanto devido a uma ansiedade para dar um nome ao que estava comprometendo a saúde do paciente quanto para iniciar o tratamento mais adequado. Estes sentimentos não são incomuns dentre aqueles que não têm um diagnóstico e precisam conviver com os sintomas, como é descrito no trabalho de Gomes e de Nettleton. Isto se deve à incerteza do desfecho visto que, ao contrário das doenças bem estabelecidas, o curso é desconhecido e as melhores abordagens também.^{9,10}

Mais tardiamente observou-se um período de apatia durante a permanência do paciente na UTI, um

dos critérios para depressão. Segundo o trabalho de Hare e colaboradores, há uma associação importante entre esta afecção e doenças cardiovasculares (DCV), não obstante a dificuldade de diagnóstico da condição psiquiátrica, uma patologia leva à piora da outra gerando um ciclo e agravamento progressivo do quadro geral caso não haja uma intervenção adequada. Sintomas ansiosos também podem acompanhar as DCV, especialmente após eventos agudos e se desenvolverem em um quadro depressivo a médio e longo prazo.^{11,12}

Em relação à acompanhante, com quem mantivemos maior contato, ela também demonstrou uma aflição frente ao diagnóstico do marido e intervenções subsequentes, especialmente no período pós-valvuloplastia. Diferentemente do marido, cujo humor estava mais rebaixado, a esposa encontrava-se mais ansiosa e agitada. Segundo Lustosa, a internação de um familiar causa angústia e insegurança aos seus parentes devido à quebra da rotina prévia que este evento causou, juntamente com a incerteza sobre o desenrolar do novo cotidiano e medo do desconhecido, além de todos os outros agravantes como desinformação sobre o estado do paciente, impossibilidade de ajustar os horários hospitalares aos da vida diária dos acompanhantes, dificuldade no contato com o médico responsável e a necessidade de tomada de decisões difíceis.^{13,14}

Não é incomum que sentimentos negativos como angústia e medo surjam entre os familiares e pessoas próximas daqueles submetidos a intervenções cirúrgicas e internados em UTI, ainda mais com a concepção errônea de que este setor é uma sentença de morte. Muitas vezes, estes sentimentos são ignorados pela equipe de saúde, o que torna todo o período de internação um processo muito mais estressante para todos.^{14,15} Em um estudo qualitativo realizado na Bahia, foram entrevistados os acompanhantes de indivíduos internados em estado crítico sobre o acolhimento pela equipe e constatou-se que o sentimento de satisfação e seguridade era mais frequente naqueles que foram bem recebidos por todos os funcionários, ouvidos e validados, ou seja, para todos aqueles que perceberam a preocupação da equipe para com o estado do paciente e de seus familiares.¹⁶

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO: UM APRENDIZADO HUMANISTA

Felizmente, a humanização é um dos objetivos da equipe SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo, o que resultou em um acompanhamento longitudinal de João, ainda que nem sempre tivesse sido possível tal equipe assumir exclusivamente o seu cuidado. Isso se deu mediante o contato permanente com esposa, o

que permitiu que não se sentissem sozinhos e os levou a nutrir esperanças de um bom prognóstico e a suportar o sofrimento de forma mais leve. Essas atitudes, facilitadas pelas virtudes que são lapidadas através de formação contínua, costumam convergir numa expressão, simples, direta, clara: ter interesse real pelo paciente.¹⁷ O tratamento que médicos e estagiários propiciaram ao paciente, com esse tipo de acompanhamento, faz com que possamos alcançar resultados satisfatórios para os médicos, a família e principalmente para o paciente.

Para tal, é necessário buscarmos desenvolver habilidades de comunicação para que a troca de informações seja clara e acessível a todos, o que é fundamental tanto para favorecer parcerias com outros profissionais que acompanham o paciente, quanto para a compreensão dos próprios familiares que estão lidando com o enfermo. É indispensável que os profissionais tenham disponibilidade de tempo, paciência e habilidade para acolher, amparar e explicar quantas vezes for necessário o processo de doença. Ter interesse pelo cuidado amplo e integral não é o suficiente, pois é também necessário demonstrar esse interesse de forma sincera aos familiares, isto é, expressar a empatia, característica tantas vezes considerada em franco desgaste no cuidado médico. Entretanto, só conseguem uma boa comunicação com o paciente e familiares, os profissionais que são capazes de colocar-se no lugar do outro, compreender suas emoções e sentimentos e, assim, exercer a empatia.¹⁸

Apesar de a abordagem com o paciente não ter sido realizada presencialmente em sua integralidade, a equipe manteve-se constantemente à disposição, especialmente por meio de trocas de mensagens de *WhatsApp*. Colocamos em seguida alguns diálogos que consideramos elucidativos.

Conversas antes de o paciente passar pelo ambulatório de Reumatologia

Médico: *Olá João. Como você está? O médico conseguiu agendar uma consulta no ambulatório do Hospital das Clínicas para a próxima semana. Veja as instruções com atenção.*

Acompanhante: *Oi Dra! O João está bem, não tem dor e nem febre. Está tomando as medicações direitinho, mas os inchaços nas pernas, nos pés e no abdômen, estão grandes. Que ótima notícia. Eu agradeço muito pela ajuda que todos vocês estão dando ao meu marido. Vamos seguir todas as instruções. Muito obrigada por tudo!*

Conversas após a consulta no ambulatório de Reumatologia

Médico: *Olá João Como está? Como foi a consulta? Deu tudo certo?*

Acompanhante: *A consulta foi ótima e gostamos muito. Sim, deu tudo certo. E amanhã o João será internado para fazer exames. Muito obrigada pela consideração conosco. Abraços.*

Médico: *Tenho acompanhado com os meus colegas a evolução do João. Felizmente parece que a doença grave que suspeitamos não se confirmou. Por outro lado, a infecção na válvula do coração é de origem rara. A cirurgia deve ser para corrigir essa infecção resistente, tocar a válvula. Mantenha-nos informados por favor. Toda a nossa equipe está acompanhando. Obrigado.*

Acompanhante: *Que bom, fico mais tranquila em saber que o senhor estava acompanhado e eu agradeço pelas informações. Muito obrigada! A cirurgia já terminou. Deu tudo certo. Agora tem que esperar 2 dias para ver como o corpo irá reagir. Abraços.*

Conversa durante a primeira internação na UTI, logo após a valvuloplastia

Médico: *Olá, como está o João?*

Acompanhante: *O meu marido continua na UTI do In-Cor, tiraram o tubo dele e reagiu bem sem o tubo. Sobre a cirurgia do coração está se recuperando bem. Mas os médicos falaram que ele está com o quadro crítico. Estamos com fé em Deus, confiança e esperança, que o João vai melhorar e que vai dar tudo certo. Muito obrigada Dr. pela preocupação.*

Médico: *Obrigado pelas notícias. Vamos continuar rezando pelo João. Bom saber que superou o tubo. Se conseguiram tirar o tubo é um ótimo sinal. Vamos em frente. Mantenha-me informado e avise se precisar qualquer coisa. Abraços.*

Mensagem recebida da acompanhante sobre o estado do paciente

Acompanhante: *Olá Dr. O João continua progredindo, está melhorando com a fisioterapia, está com mais força muscular e tendo mais equilíbrio. Ele continua com a sonda alimentar, mas graças à Deus, ele está comendo melhor, ganhou peso e a ótima notícia é que ele saiu do quadro de desnutrição, a nutricionista já está pensando em fazer o desmame. A fala continua difícil de entender, mas ele terá consulta com Neurologista no Hospital das Clínicas. Com fé em Deus vai melhorar cada vez mais. Obrigada doutor pela preocupação. Abraços e um ótimo final de semana.*

Última mensagem recebida da acompanhante sobre o estado do paciente

Acompanhante: *Olá Dr. O João está melhorando, graças a Deus. Aos poucos está ficando mais forte, logo estará falando. Ele está comendo bem pela boca,*

a ferida sacral está quase fechando, a nutricionista começou a fazer o desmame e logo irá tirar a sonda. A fala continua difícil de entender, mas uma palavra ou outra está começando a sair! O neurologista do Hospital das Clínicas já deu alta da parte deles, agora o acompanhamento vai ser direto com a reumatologista. Fomos na consulta com a reumatologista e os exames de sangue estão melhorando. A tomografia de crânio e tórax está tudo bem. No final do mês ele passará em uma consulta no Incor com o cardiologista para ver os exames de eletrocardiograma e ecocardiograma. Está tudo se encaminhando, graças a Deus. Muito obrigada, doutor, pela consideração. Abraços.

Só em escutar as histórias dos pacientes e familiares com atenção promove, por si só, um efeito terapêutico, podendo ser observado por todos os médicos que buscam estabelecer uma boa relação médico-paciente, pois suas narrativas contêm emoções e sentimentos existentes por trás dos fatos, que são mais importantes que os próprios fatos.¹⁹ Na verdade, em qualquer caso, o paciente deve sentir que ele é a realidade mais importante com o que o médico se ocupa naquele momento.¹⁷

REFLEXÃO

Podemos destacar que a comunicação médico-paciente foi fundamental para a evolução do caso. Não podemos deixar de lado a importância da conversação com a acompanhante, que também demonstrou o forte vínculo que foi criado. Anteriormente eram apenas pessoas desconhecidas, porém, o aprofundamento do vínculo possibilitou o conhecimento do paciente como um todo e, desta forma, possibilitou uma tomada de decisões compartilhada, com o estabelecimento de metas e objetivos para alcançar o estado de saúde. Nesse processo estiveram envolvidas emoções, vulnerabilidade e confiança, as quais, quando bem trabalhadas propiciam melhores resultados terapêuticos e satisfação do paciente.²⁰ Além disso, a disponibilidade profissional colaborou para a adesão ao tratamento de forma adequada.

Nós, profissionais e acadêmicos, não devemos analisar apenas a doença, pois lidamos com vidas. O paciente é um ser humano que nos procura envolto em preocupações e inseguranças e, ao mesmo tempo, esperançoso, em busca de alívio, ajuda e confiança para o seu bem estar.²⁰ Isso foi notado na conversa que tivemos com a esposa do paciente que, além de nos manter informados, demonstrou um grau de intimidade: *“Desculpe incomodar o senhor com esse problema, mas eu confio muito no senhor e gostaria muito de ter uma opinião, pois o senhor ajudou muito o meu marido e sei da sua preocupação com ele”*. Esse elo

colaborou para a investigação e compreensão do caso, pois a participação mútua foi fundamental para que alcançássemos nosso objetivo de melhoria de saúde.

A partir desse caso, observa-se que não é tão fácil diagnosticar uma doença quanto se parece. São muitos desafios para percepção no enfrentamento da incerteza clínica. Nos debatemos com a incerteza a todo o momento e esta pode decorrer da inabilidade de aplicar a vasta gama de conhecimentos a que temos acesso a uma situação individual, da falta de informação científica ou da ausência de uma boa relação com o paciente. A partir daí observamos a importância do trabalho em equipe, pois o compartilhamento das experiências de vida traz melhor resposta nesse aspecto.

Além disso, não devemos ver apenas o paciente em si, mas todo o conjunto, levando em consideração os seus familiares. Foi exigido muito conhecimento clínico ao unir as informações para chegar a uma hipótese diagnóstica, a qual envolveu informações prévias e muita pesquisa científica. O caso nos permitiu aprofundar nossos raciocínios clínico e diagnóstico, assim como descrever novos aspectos da doença e possíveis complicações. Esse cenário de aprendizado muito nos inspirou e estimulou ao estudo.

Reconhecer que a incerteza clínica faz parte do nosso dia a dia diminui o impacto do problema e nos permite lidar melhor com as situações dela decorrentes, as quais nos obrigam a centrar com maior habilidade nos conhecimentos técnico-científicos e no comportamento humanístico, conciliando esses dois aspectos. Incertezas vão surgir para que possamos melhorar cada vez mais nossa prática clínica e nos tornarmos, além de médicos, seres humanos melhores.

Referências

1. Ribeiro MMF, Leal SS, Diamantino FC, Bianchi HA. A opção pela medicina e os planos em relação ao futuro profissional de estudantes de uma faculdade pública Brasileira. *Rev Bras Educ Med.* 2011; 35 (3): 405-411.
2. Blasco PG. A Arte Médica (I): a formação e as virtudes do médico. *Rev Bras de Med.* 2012; 69 (4): 09-17.
3. Levites MR. e Almeida LBM. de. A incerteza e suas repercussões: como se sentem os jovens médicos perante a incerteza em sua prática profissional? *Archiv Med Fam.* 2018; 20 (4): 59-74.
4. Frank AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health;* 1998; 16 (3): 197-212.
5. Magalhães CC, Serrano Jr CV, Consolim-Colombo FM, Nobre F, Fonseca, FAH e Ferreira JFM. *Tratado de Cardiologia - SOCESP.* 3ª ed. Barueri (SP): Ed Manole; 2015:812-19.
6. Alcão CA. e Moscoso II J. *Cardiologia: diagnóstico e tratamento.* 1ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Ed Medbook; 2017: 57-70.
7. Gravina CF, Rosa RF, Franken RA. II Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(3 supl.2): 1-112.

8. Lamas CC. Endocardite Infecçiosa: Ainda uma Doença Mortal. *Arq Bras Cardiol.* 2020; 114 (1): 9-11.
9. Gomes JS. Identidade social de pessoas com condições raras e ausência de diagnóstico: contribuições a partir de Hall, Honneth e Jutel. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019; 24 (10): 3701-3708.
10. Nettleton S. 'I just want permission to be ill': towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Soc Sci Med.* 2006; 62 (5): 1167-1178.
11. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P e Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J Suppl.* 2014; 35 (21): 1365-1372.
12. Pacheco AJC e Santos CSVB. Depressão em pessoas com doença cardíaca: Relação com a ansiedade e o controlo percebido. *Rev Port Enferm Saúde Mental.* 2015; (14): 64-71.
13. Lustosa MA. A família do paciente internado. *Rev SBPH.* 2007; 10 (1): 3-8.
14. Caverzan TC, Calil ASG, Araújo CS, Ruiz PBO. Humanização no processo de informações prestadas aos acompanhantes dos pacientes cirúrgicos. *Arq Ciênc Saúde.* 2017; 24 (4): 37-41.
15. Urizzi F, Magalhães CL, Bizetto ZH, Libanori FG, Carvalho GCM, Queiroz CLT. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2008; 20 (4): 370-375.
16. Federici VP e De Benedetto MAC. Sorrindo para a morte: medo ou desejo? *Ach Med Fam.* 2018; 20 (4) 191-198.
17. Blasco PG. A Arte Médica (II): a relação com o paciente. *Rev Bras Med,* 2014; 71; (a1): 13-21.
18. Moreto G, Santos IS, Blasco PG, Pessini L e Lotufo PA. Assessing empathy among medical students: A comparative analysis using two different scales in a Brazilian medical school. *Educ Med.* 2018; 19 (S2): 162-170.
19. De Benedetto MAC, Blasco PG, Castro A e Carvalho E. Once upon a time... at the Tenth SOBRAMFA International and Academic Meeting, São Paulo, Brazil. *Journal for Learning through the Arts.* 2006; 2 (1): Article 7.
20. Dario P. A relação médico-doente. Breve revisão da antiguidade à atualidade. *Rev Med (São Paulo).* 2019; 98 (3): 216-221.