

Relação Médico-Paciente idoso

Doctor-Elderly patient relationship

Luiz Felipe José Ravic de Miranda¹

RESUMO

¹ Geriatria, Hospital Santo Ivo - OAB-MG. Belo Horizonte - MG, Brasil.

Trata-se de revisão acerca da delicada relação médico-paciente idoso, envolvendo os aspectos que se relacionam com os riscos de perda da autonomia, da esperança, da perspectiva de vida com qualidade. São consideradas as condições especiais do idoso, especialmente a sua potencial fragilidade e a necessidade de ser cuidado e de cuidador, as interrelações familiares e as necessidades de controle quanto à preservação de sua saúde.

Palavras-chave: Relações Médico-Paciente; Pacientes; Idoso; Relações Profissional-Paciente; Geriatria; Assistência a Idosos.

ABSTRACT

This is a review about the delicate relationship doctor-elderly patient, involving the aspects related to the risks of loss of autonomy, of hope, of the perspective of life with quality. The elderly special conditions are taken into account, especially their potential fragility and the need of care and caregivers, the family interrelationships and the needs of control regarding the preservation of health.

Key words: Physician-Patient Relations; Patients; Aged; Professional-Patient Relations; Old Age Assistance.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESSOA NA CONDIÇÃO DE PACIENTE

A Medicina é a profissão que expressa o esforço humano, seja pela ciência ou pela arte, em busca do bem-estar biopsicossocial-cultural-espiritual de todas as pessoas.

O envelhecimento é um processo que começa a partir do nascimento, instala-se de forma definitiva após os 60 anos de idade, sendo identificado como terceira idade. No Brasil, considera-se idoso o indivíduo com mais de 60 anos; contudo, o idoso frágil é aquele que tem 80 anos ou mais ou aquele com 60 anos portador de déficit cognitivo ou de imobilidade, que o torna dependente nas atividades de vida diárias básicas ou instrumentais.

Tratar do ser humano é uma arte. Estão em jogo todas as habilidades do médico, tanto do ponto de vista técnico, isto é, seu conhecimento das doenças com seus respectivos desdobramentos, as lesões de órgãos-alvo, a debilidade do organismo que é afetado aguda ou cronicamente por alguma(s) doença(s), como o conhecimento da natureza humana, seja do homem ou da mulher, seus dramas, a psicologia

Recebido em: 30/11/2009
Aprovado em: 10/02/2010

Instituição:
Hospital Santo Ivo - OAB-MG. Belo Horizonte - MG, Brasil

Endereço para correspondência:
Luiz Felipe José Ravic de Miranda
Hospital Santo Ivo - OAB-MG. Belo Horizonte - MG, Brasil
Rua Martinho Campos, 25
Bairro: Cruzeiro.
CEP: 30364-740
Belo Horizonte - MG, Brasil
Email: ravicmiranda@gmail.com

de cada um, o respeito à intimidade, como revelar da melhor maneira um diagnóstico, principalmente quando compromete a vida do doente.

Conhecer bem a pessoa humana que precisa ser ajudada, ter sensibilidade ao problema de saúde do paciente é já meio caminho andado para se estabelecer o diagnóstico preciso e iniciar o tratamento adequado.

Em verdade, a relação paciente-médico poderia ser definida, como já o fez um grande expoente da Medicina moderna, como: é o confronto entre uma confiança e uma consciência.

O ser humano possui algumas características que o médico deve conhecer e respeitar:

- **Intimidade:** significa o “eu”, o mundo interior de cada um, o santuário humano, o lugar que só pode entrar ele próprio, a não ser que revele a outro. Nenhuma intimidade é igual à outra. A pessoa é absoluta, no sentido de única e irreduzível a qualquer outra coisa.
- **Manifestação:** a manifestação da intimidade se realiza através do corpo, da linguagem e da ação. O rosto representa externamente a pessoa. Pode-se dizer que o rosto é o espelho da alma. Cruzar o olhar com alguém é entrar em comunicação com ele. A partir de gestos e expressões do rosto, podem-se verificar atitudes de alegria, tristeza, compreensão ou desprezo, ameaça, ternura, saudação, etc. Outra forma do homem manifestar a sua interioridade é por meio do diálogo. O paciente precisa do diálogo e para isso o médico deve ter tempo para escutá-lo. Sem comunicação verdadeira não há boa relação médico-paciente.
- **A capacidade de dar e a liberdade:** o paciente extrai algo de sua intimidade e o entrega ao médico como algo valioso, no caso, sua saúde, e exerce sua liberdade aplicando o tratamento proposto.

O ser humano é um fim em si mesmo. É um princípio moral fundamental. “Atua de tal modo que trates a humanidade, seja em tua própria pessoa ou na pessoa do outro, sempre como um fim, nunca só como um meio” (Kant). Esse princípio deve ser claro para o médico, nunca se acostumando com a banalização do sofrimento humano, nem caindo na tentação de tratar a doença e não o doente, alguém com um nome e sobrenome, que tem uma história de vida por trás e que, no momento, sofre e passa por um período de debilidade.

A pessoa no espaço e no tempo

“A pessoa não é só um alguém, mas um alguém corporal” (Julian Mariás). Somos também nosso corpo e, portanto, encontramos-nos limitados no tempo e no espaço. Os homens e mulheres são pessoas que vivem suas vidas no mundo e, portanto, estão instalados dentro dessas coordenadas. A “instalação” no tempo e espaço é uma realidade que afeta muito profundamente o ser. A dimensão temporal do ser humano constitui seu traço central. O homem luta contra o tempo, trata de deixá-lo para trás, estar por cima dele.

A primeira maneira de tentar superar o tempo é guardar memória do passado e o segundo modo é desejar converter o presente em algo que permaneça. Fazer com que as coisas boas durem, que o amor não se murche, que os momentos felizes se detenham e que a morte não chegue.

A complexidade do ser humano, a conexão entre razão e vontade, sentimentos e tendências, sua história, seus projetos, sua família fazem do homem ou mulher paciente um ser biopsicossocial e quanto mais o médico conhece e respeita essa realidade, melhor pode interagir com seu paciente, no caso, o idoso fragilizado.

Família, suporte social e cuidador

O idoso frágil necessita de suporte familiar, de algum parente próximo, esposa, marido ou filhos que cuidem dele, que o ajudem, muitas vezes, com auxílio financeiro. Muitas vezes a tarefa de atender o idoso recai sobre um cuidador, que não necessariamente pertence à família, mas que pode exercer sua função com muito esmero e afeto, talvez mais que qualquer membro da família, fazendo dessa tarefa a razão de ser de sua vida.

O cuidador deve estar atento ao gerenciamento da saúde do idoso, suas doenças, horário das medicações, banho, mobilizá-lo no leito periodicamente, caso esteja acamado, evitando, assim, úlceras de pressão, devendo também zelar pela sua alimentação adequada, vacinação em dia, etc.

É preferível que o idoso permaneça no calor de um lar, de um ambiente familiar propício, sempre que esteja adequado às suas necessidades. Quando ocorrem situações em que a família não consegue suprir as exigências básicas de saúde do idoso, po-

de-se pensar na sua institucionalização em um asilo, de forma mais ou menos permanente ou em casa de repouso para os anciãos durante um período do dia ou da semana.

No Brasil não dispomos, em geral, de asilos com boa infraestrutura, com períodos de recreação, lazer, atendimento médico e espiritual. Em países desenvolvidos, essa situação ocorre com mais frequência.

A religiosidade é um fator importante que lhe dá suporte psicológico, estrutura ética para encarar a vida e os seus problemas, inclusive quando se trata de assuntos relacionados à saúde e ao envelhecimento. Ter uma crença e apoiar-se na fé conduz o ser humano a um equilíbrio que lhe leva a enfrentar melhor sua doença e suas limitações.

Atendimento ao idoso

Um dos princípios da geriatria/gerontologia é não acrescentar anos à vida, mas vida aos anos.

O atendimento ao idoso, principalmente o ancião frágil, leva tempo. A consulta não pode se restringir à simples aquisição de dados clínicos, mas deve constar de anamnese bem feita, uma revisão completa dos sistemas fisiológicos, avaliação cognitiva global, que inclui cognição, comunicação e humor, atividades de vida diária e instrumentais, mobilidade, escala de depressão geriátrica, avaliação nutricional, história familiar, avaliação do cuidador, avaliação ambiental, exames complementares, medicações em uso.

Após a obtenção de todos esses dados, estabelecem-se os diagnósticos principais e o plano de cuidados, o tratamento e a eventual reabilitação.

Identificação

Os dados referentes ao registro de informações do paciente idoso devem ser anotados na ficha de identificação. É importante que se anotem o grau de escolaridade, quem é o cuidador e se há grau de parentesco entre cuidador e paciente.

Queixa principal detalhada

O que traz o paciente à consulta? Há quanto tempo tem os sintomas?

Revisão dos sistemas fisiológicos principais

Não é diferente da anamnese do adulto, porém é mais completa, devendo-se acrescentar alguns dados. Comentaremos alguns itens que habitualmente não se verificam na história clínica do adulto jovem.

- Geral: verificar se há febre; mal-estar; astenia; se a aparência está bem cuidada; se é cooperativo ao exame.
- Órgãos dos sentidos: entre as perguntas habituais ao adulto jovem, fazer também o *teste de Snellen* (verificar a acuidade visual a 3 metros de distância); se faz uso de prótese auditiva e se está adaptado, verificar o teste do sussurro (falar a 60 cm de cada ouvido); verificar se há dificuldade para conversação com três ou mais pessoas, data da última consulta ao oftalmologista e ao otorrino.
- Pele e anexos: verificar se há úlceras de decúbito.
- Aparelho cardiovascular: verificar se há perda da consciência e hipotensão ortostática.
- Aparelho geniturinário: observar prostatismo, incontinência urinária, noctúria, urgência miccional.
- Aparelho digestivo: disfagia, engasgo, incontinência fecal.
- Sistema nervoso: distúrbios da fala, zumbido no ouvido.
- Sistema músculo-esquelético: síndrome do ombro doloroso.

Avaliação da funcionalidade global

Atividades de vida diária básicas (segundo Katz, 1963, e Likert, modificados)

- Constitui-se de seis funções básicas:
- Banhar-se
- Vestir-se
- Uso do banheiro
- Transferir-se (da cama para a cadeira, e vice-versa)
- Controle esfinteriano (micção e evacuação)
- Alimentar-se

Para cada uma dessas funções avalia-se se há independência ou dependência parcial ou completa. Quando há certo grau de dependência, isto se deve ou à imobilidade parcial ou completa ou a déficit cognitivo.

Atividades instrumentais de vida ordinária

- É capaz de preparar as refeições?
- É capaz de tomar os remédios na dose certa e horário correto?
- É capaz de fazer compras?
- É capaz de controlar seu dinheiro ou finanças?
- É capaz de usar o telefone?
- É capaz de arrumar a casa?
- É capaz de lavar e passar a própria roupa?
- É capaz de fazer pequenos trabalhos domésticos?
- É capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?

A essas perguntas, verifica-se se necessita de ajuda parcial, não precisa ser ajudado ou é incapaz de executar essas tarefas.

Mobilidade

Observar a marcha: se anda sozinho, com ajuda, se precisa de muleta, andador, cadeira de rodas ou se é imóvel. Avaliar se sobe escadas (cinco degraus).

Fazer o teste “*Get up and go*” (teste qualitativo) e “*Timed up and go*” (teste quantitativo). O paciente deve ser orientado a levantar-se de uma cadeira sem apoiar os braços, caminhar 3 metros, dar a volta e retornar, sentando na cadeira. Se a duração for inferior a 10”, não há imobilidade; se demorar mais que 30” há algum grau de imobilidade; e entre 10 e 20”, pode haver certo grau de imobilidade.

Marcha, equilíbrio e quedas

- Verificar início da marcha, cadência, se a base é alargada, comprimento e altura da passada, desvio do trajeto, *swing* dos braços.
- Fazer o teste de Romberg.
- QUEDAS: história de quedas no último ano e fratura.

O médico deve estar muito atento a marcha e perda de equilíbrio e procurar evitar a todo custo as quedas, pois a primeira pode ser a última. Quando o paciente cai e fratura algum osso (o fêmur é particularmente importante e supõe reabilitação mais demorada, com queda na qualidade de vida, quan-

do fraturado), deve-se estar particularmente atento à imobilidade do paciente, pois pode haver complicações secundárias como trombose venosa profunda, embolia pulmonar e infecções secundárias, como pneumonia.

Cognição

Entre os vários testes idealizados para avaliação cognitiva, o Minimental, elaborado por Folstein e Folstein, em 1975, ganhou força por ser de simples execução, rápido e abrangente. Há pontuação específica para cada item. Se o paciente responde corretamente a todas as perguntas, a soma perfaz 30 pontos.

Minimental de Folstein (1975), adaptado por Brucki et al. (2003)

- orientação temporal: Ano; mês; dia do mês; dia da semana; semestre/ hora aproximada (total 5 pontos, sendo um ponto para cada item);
- orientação espacial: Estado; cidade; bairro ou nome da rua próxima; local geral (que local é este aqui); andar específico (consultório, sala) (total 5 pontos, sendo um ponto para cada item);
- registro: repetir GELO, LEÃO e PLANTA (3 pontos);
- atenção e cálculo: subtrair $100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65$ (1 ponto para cada acerto);
- memória de evocação: Quais os três objetos perguntados anteriormente?(3 pontos);
- nomear dois objetos que estão presentes na sala (2 pontos);
- repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto);
- comando de três estágios: Apanhe a folha de papel, dobre-a ao meio e a coloque no chão (1 ponto para cada ação correta);
- escrever uma frase completa que tenha início, meio e fim (1 ponto);
- ler e executar: FECHER OS OLHOS (1 ponto);
- copiar o diagrama: Copiar dois pentágonos com interseção (1 ponto).

Pontuação final (escore = 0 a 30 pontos).

Para pessoas com 11 anos de escolaridade ou mais, um total de 26 pontos ou menos supõe déficit cognitivo; se a pessoa tem menos de quatro anos de escolaridade, 16 pontos ou menos já denotam algum

grau de demência. Na doença de Alzheimer, há perda significativa da orientação temporal e da memória de evocação.

Outro teste para avaliação de perda de memória recente é a lista de palavras para fixação e recordação. Mostra-se ao paciente uma lista de 10 palavras e pede-lhe para memorizá-las. De acordo com o número de palavras acertadas, pode-se inferir se a memória está ou não comprometida.

Teste do relógio (Score de Shulman)

Revela o grau de desorganização visuoespacial do paciente. A pontuação varia de zero a cinco.

Teste de reconhecimento de figuras

- Mostram-se 10 figuras e pede-se ao paciente para que reconheça e nomeie cada uma delas; depois, escondem-se as figuras e pede-se para recordá-lhes o nome (avalia-se então a memória incidental);
- Após um minuto, repete-se a operação, mostrando-lhe as figuras por 30" e lhe pedindo para memorizar. Em seguida, escondem-se novamente as figuras e pede-se para que nomeie cada uma delas; avaliar a memória incidental após um minuto.
- Após dois minutos, repete-se a operação.
- Após cinco minutos, pede-se para recordar as figuras sem mostrar-lhe novamente. Há um escore específico para cada um desses itens. Quando alterado, isto é, o paciente diz menos figuras que o esperado em cada situação, pode-se inferir alteração na memória ou, eventualmente, algum grau de depressão, que o torna desconcentrado.

Fluência verbal

- Animais
- Plantas
- Verifica-se a quantidade de palavras que o paciente consegue falar em um minuto.

Humor

Para avaliar se o paciente está deprimido, costuma-se aplicar duas escalas:

- **A primeira baseia-se no DSMIV e consta de nove itens.**

São sintomas de depressão maior. O paciente deve responder sim ou não. Caso a resposta seja afirmativa em quatro dessas perguntas e os sintomas durarem pelo menos duas semanas, o paciente estará deprimido e necessitará de tratamento.

- a. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos.
- b. Humor deprimido (sente-se triste ou vazio).
- c. Perda ou ganho significativo de peso ou diminuição ou aumento do apetite.
- d. Insônia ou hipersonia.
- e. Agitação ou retardo psicomotor.
- f. Fadiga ou perda de energia.
- g. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada.
- h. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se.
- i. Pensamento recorrente de morte, ideação suicida.

- **A segunda escala de depressão geriátrica (lesavag)** consiste em 15 itens. Se o paciente pontuar em cinco destas perguntas, ou seja, se a resposta dada é a que está em negrito, estará deprimido.

- a. Você está basicamente satisfeito com a vida?
Sim **Não**
- b. Você se aborrece com frequência?
Sim Não
- c. Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?
Sim Não
- d. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?
Sim Não
- e. Você sente que sua situação não tem saída?
Sim **Não**
- f. Você tem medo que algum mal lhe aconteça?
Sim Não
- g. Você acha que sua situação é sem esperança?
Sim Não
- h. Você acha maravilhoso estar vivo?
Sim **Não**
- i. Você sente que sua vida está vazia?
Sim Não
- j. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?
Sim Não
- k. Você se sente com mais problemas de memória que a maioria?
Sim Não

- l. Você deixou muitos dos seus interesses ou atividades?
Sim Não
- m. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?
Sim Não
- n. Você se sente cheio de energia?
Sim Não
- o. Você se sente feliz a maior parte do tempo?
Sim Não

A escala do DSMIV nem sempre é precisa para o paciente idoso. Já a outra pode revelar a situação específica do idoso, pois detalha melhor as situações de vida diária.

Comunicação

Verificar parte auditiva, visual e linguagem. Se há deficiência nos órgãos dos sentidos ou em um deles e/ou dificuldade na linguagem, seja por afasia, devido a acidente vascular cerebral prévio ou demência, a comunicação com o meio exterior estará prejudicada.

Avaliação nutricional

Alguns dos itens propostos no questionário são sugeridos a partir da Triagem Nutricional subjetiva.

- Verificar se teve doença que lhe fez perder peso.
- Se consome menos de duas refeições ao dia.
- Se consome verduras, hortaliças, uma porção de leite.
- Se consome álcool diariamente.
- Perda de peso de 5 Kg nos últimos seis meses.
- Verificar índice de massa corporal estabelecido pela relação $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{altura}^2$
- Se o IMC for inferior a 25, revela algum grau de subnutrição.

Polifarmácia

O objetivo do geriatra nem sempre é deixar o paciente compensado clínica e laboratorialmente como o adulto jovem. Não há termo de comparação entre as duas faixas etárias. Para o paciente idoso, com 80 anos ou mais, deixá-lo com glicemia de jejum até 160 mg/dL e PA=160X90 mmHg pode ser menos inócuo

que mantê-lo com vários medicamentos. Segundo Beers, quanto mais drogas são associadas, mais risco de se terem efeitos colaterais, instabilidade postural, quedas, *delirium*, etc.

Infecção

É comum que o idoso que contrai alguma infecção não apresente sintomas clássicos ou estes não se revelem de forma exuberante. O médico e a família devem estar atentos quando o paciente idoso apresentar-se mais prostrado ou com quedas ou instabilidade postural, *delirium*, com ou sem febre, pois esses sinais e sintomas podem revelar alguma infecção urinária, do trato respiratório superior ou inferior ou em algum outro foco.

Ambiente social

O ambiente social do paciente idoso deve estar adaptado a ele, no sentido de facilitar-lhe os movimentos e as atividades de vida diárias básicas, a locomoção dentro de casa. Devem-se evitar tapetes que podem levar o ancião a escorregar e cair, tendo risco de fraturas, escadas sem corrimão, sapatos que escorregam, objetos e roupas de uso diário que se situam muito acima de sua altura, levando-o a subir em banquinhos ou escadas. Principalmente quando há algum grau de demência entre os idosos, deve-se facilitar seu deslocamento de um lado para outro.

A alimentação do paciente com demência ou com Parkinson deve ser administrada devagar, tanto quando o próprio paciente o faz ou o cuidador, para evitar que engasgue.

Lista de problemas e terapêutica

Logo que se tem conhecimento do paciente como um todo, do seu ambiente familiar, da casa em que vive, estabelece-se um plano de cuidados, visando melhorar sua qualidade de vida.

Essa estratégia visa ao tratamento clínico, procurando reduzir drogas potencialmente tóxicas ao idoso, caso esteja fazendo uso, como cinarizina, flunarizina, benzodiazepínicos, digoxina, diuréticos no período da tarde ou à noite, para evitar noctúria, entre outras drogas. Além disso, fazer um treinamento com

a família e/ou cuidador orientando-os a lidar corretamente com o idoso e suas doenças. Por fim, verificar se o ambiente em que vive está adaptado a ele.

O tratamento inclui reabilitação do paciente, quando necessário, aplicação da fisioterapia, terapia ocupacional e até acompanhamento psicológico. Claro que nem sempre é fácil conciliar essa gama de cuidados, principalmente em serviços públicos ou mesmo quando o paciente dispõe de um convênio médico. Tendo em vista todos esses aspectos e tendo uma visão global do paciente idoso, torna-se mais fácil seu acompanhamento.

REFERÊNCIAS

1. Yepes Stork R., Aranguren Echevarria, J. Fundamentos da antropología. Um ideal de la excelência humana. 4ª ed. Navarra, Espanha: EUNSA; 1999.
2. López M. Fundamentos da clínica médica: a relação paciente-médico. Rio de Janeiro: Medsi; 1997.
3. Reuben DB. Principles of geriatric assessment. In: Halter J, editor et al. Hazzard´ Principles of Geriatric and Gerontology Medicine. 6th ed. New York: Mcgraw Hill; 2009.
4. Antonucci T, Schulz R. Families, Social Suport, and Caregiving. In: Halter J., editor et al. Hazzard´ Principles of Geriatric and Gerontology Medicine. 6th ed. New York: Mcgraw Hill; 2009.