



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

ANA MARIA MARQUES PINTO

***PARTICULARIDADES DA RELAÇÃO MÉDICO-
DOENTE NO IDOSO***

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO
DOUTORA BENILDE BARBOSA**

FEVEREIRO 2016

ÍNDICE

RESUMO	2
ABSTRACT	4
Lista de abreviaturas:	6
I- Introdução.....	7
II- Materiais e Métodos.....	9
III- Resultados.....	10
1. A relação médico-doente e sua evolução	10
2. O doente idoso	12
3. Desafios de comunicação e relação com o idoso.....	14
4. O consentimento informado no idoso	20
5. Influência dos encontros médicos acompanhados na relação médico-doente idoso	25
6. Importância da relação médico-doente idoso: implicações clínicas.....	29
IV- Conclusão.....	37
V- Agradecimentos.....	39
VI- Referências Bibliográficas	40

RESUMO

Introdução: Nos dias de hoje, o papel crucial da relação médico-doente e a comunicação eficaz que lhe está subjacente, têm sido destacados, bem como os conceitos de autonomia do paciente, a toma de decisão partilhada, o cuidado centrado no doente e a empatia do médico. O processo de comunicação é, em geral, complexo e pode ser ainda mais complicado pela idade. Um dos maiores problemas enfrentados pelos médicos ao lidar com doentes mais velhos é que eles são, efetivamente, mais heterogêneos, devido às suas longas experiências de vida e origens culturais e ao próprio processo de senescência.

Objetivo: Compreender e realçar a importância da relação médico-doente idoso, como fator fundamental na promoção da qualidade do atendimento e da qualidade de vida dos doentes geriátricos, bem como, identificar as particularidades inerentes à interação com a pessoa idosa.

Métodos: Foi efetuada uma pesquisa com ênfase na literatura recente, sendo consultados os motores de busca Pubmed, Medline e Emedicine, com as seguintes palavras-chave: "Idoso", "Relação Médico-Doente", "Geriatrics", "Empatia", "Envelhecimento", "Comunicação".

Conclusões: O envelhecimento está associado ao desenvolvimento de um número crescente de doenças crônicas, com a conseqüente necessidade aumentada de intervenção médica, pelo que, a relação médico-doente idoso é crucial para a manutenção da saúde e bem-estar da pessoa idosa. Na maioria dos casos, um diagnóstico preciso, bem como um tratamento eficaz assentam diretamente sobre a qualidade do relacionamento. Sendo a comunicação o núcleo da habilidade clínica, o baixo nível de literacia em saúde representa mudanças no paradigma da relação médico-doente idoso, já que este tem um papel central na capacidade de discussão do doente.

O processo de consentimento informado detém desafios éticos e legais acrescidos, em cuja resolução os médicos devem atuar, utilizando uma comunicação clara e eliminando potenciais obstáculos. No sentido de melhorar a relação médico-doente idoso e a qualidade dos cuidados prestados, é necessário promover os benefícios da presença de um acompanhante na consulta. O desenvolvimento das capacidades de comunicação e relação com esta população tão particular e vulnerável e a sua aplicação na prática médica constituem um desafio importante.

Palavras-Chave: "Idoso", "Relação Médico-Doente", "Geriatría", "Empatia", "Envelhecimento", "Comunicação".

ABSTRACT

Introduction: In current days, the outstanding role of the physician-patient relationship and the effective communication that it allows has gained importance, as well as the concept of patient autonomy, the making of shared decisions, the patient-centered care and the doctors' empathy.

The process of communication is generally complex and can get even more intricate when age becomes an issue. One of the greatest challenges faced by the physicians when dealing with the elderly is their heterogeneity due to their throbbing life experience, to their diverse cultural roots and to the physiologic ageing process itself.

Objective: To understand and highlight the importance of the doctor-patient relationship in elderly patients, as a fundamental intervenient in promoting the quality of medical care and the quality of life of the individual, taking into account the specifications inherent to the ageing process.

Methods: Research was made through medical platforms such as Pubmed, Medline and Emedicine, giving emphasis to recent literature. The key-words to this purpose were: "Aged", "Physician-Patient Relations", "Geriatrics", "Empathy", "Aging", "Communication".

Conclusions: Ageing is associated with the development of a growing number of chronic diseases which, consequently, requires significant medical attention and, therefore justifying the crucial role of physician-patient relationship in maintaining the health and well-being of the elderly person.

In the majority of cases, an accurate diagnosis as well as an effective treatment are greatly supported by the quality of the relationship between the intervenients.

As communication stands as the core of the clinical ability, a low level of literacy in health casts important changes in the paradigm of physician-patient relationship, beaming its relevance in discussing elderly patients.

The informed consent contains several ethical and legal challenges and doctors are intended to act to achieve their successful resolution, through a clear and simplified communication route.

As to upgrade physician-patient relationship and the quality of medical care, it is necessary to promote the presence of the patient's care-giver during clinical consultation. The development of communication tools and the strengthening of physician-patient bonds are of unmeasurable importance when approaching this particularly vulnerable slice of the population and its practical implementation stands as substantial challenge to the physician.

Key-words: Aged, Physician-Patient Relations, Geriatrics, Empathy, Aging, Communication.

Lista de abreviaturas:

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

INE – Instituto Nacional de Estatística

I- Introdução

Uma relação médico-doente salutar é o elemento crucial da interação com os doentes, sendo este o paradigma da aptidão clínica para o exercício da medicina.

Não obstante os avanços tecnológicos, tão importantes em medicina, a empatia na relação médico-doente, entendida como a troca de sensibilidade entre ambos, tem vindo a ser novamente privilegiada. A comunicação empática na relação médico-doente define-se como uma habilidade cognitiva, passível de ser ensinada e aprendida, e que envolve a compreensão dos sentimentos do paciente, sendo, assim, essencial no encontro.(1)

Do mesmo modo que o século XX foi a era da tecnologia, tudo leva a crer que o século XXI seja a era da comunicação.

Nos dias de hoje, o papel crucial da relação médico-doente e a comunicação eficaz que lhe está subjacente têm sido destacados, bem como, os conceitos de autonomia do paciente, a toma de decisão partilhada, o cuidado centrado no doente e a empatia do médico.(2)

Para atender aqueles que sofrem, o médico deve, não somente, possuir o conhecimento científico e habilidades técnicas, mas também um entendimento da natureza humana. O doente não é apenas um conjunto de sintomas, órgãos lesados e emoções alteradas. O doente é um ser humano, simultaneamente preocupado e esperançoso, que procura alívio, ajuda e confiança.(3)

O processo de comunicação é, em geral, complexo e pode ser ainda mais complicado pela idade. Um dos maiores problemas enfrentados pelos médicos ao lidar com doentes mais velhos é que eles são, efetivamente, mais heterogêneos do que as pessoas mais jovens. A sua ampla gama de experiências de vida e origens culturais, muitas vezes influenciam a sua perceção da doença, a vontade de aderir a esquemas médicos e a capacidade de comunicar eficazmente com os prestadores de cuidados de

saúde. A comunicação também pode ser prejudicada pelo processo de senescência, o que pode implicar perda sensorial, declínio da memória, processamento mais lento de informações, diminuição do poder e influência sobre as suas próprias vidas, a aposentadoria do trabalho e separação da família e dos amigos. Numa fase em que os doentes mais idosos têm maior necessidade de comunicar com os seus médicos, a vida e as alterações fisiológicas tornam-no mais difícil.(4)

O envelhecimento populacional dominante no século XXI configura uma nova realidade, e Portugal integra esta tendência, revelando-se como um dos países mais envelhecidos da Europa.(5)

Assim, o envelhecimento como característica intrínseca às sociedades atuais, merece uma atenção particular por parte da comunidade académica e dos profissionais de saúde.

O objetivo desta tese de mestrado é compreender e realçar a importância da relação médico-doente idoso, como fator fundamental na promoção da qualidade do atendimento e da qualidade de vida dos doentes geriátricos, bem como, identificar as particularidades inerentes à interação com a pessoa idosa.

II- Materiais e Métodos

A pesquisa para a revisão literária foi realizada através do Pubmed, Medline e Emedicine desde 2005 até 2015, dando-se maior relevância aos artigos mais recentes. Os termos de pesquisa utilizados foram os seguintes: "Idoso", "Relação Médico-Doente", "Geriatria", "Empatia", "Envelhecimento", "Comunicação".

Foi, ainda, consultado um artigo da Revista da Ordem dos Médicos, relativo ao tema da “Comunicação e relação médico-doente, como benefício para o doente e para a decisão médica.”

Foi estudado um total de 45 artigos e foram consultados 2 livros.

III- Resultados

1. A relação médico-doente e sua evolução

A relação médico-doente tem sido considerada como um ponto-chave na melhoria da qualidade do serviço de saúde e baseia-se na personalização da assistência, na humanização do atendimento e no direito à informação e ao consentimento informado.

Um bom profissional não é somente aquele que detém um alto nível de conhecimentos técnicos, definindo-se também, pela sua capacidade de relação com os outros.

Relação e comunicação são conceitos distintos, mas indissociáveis, sendo que a relação se constrói e manifesta, em grande medida, pela comunicação. Esta última baseia-se em mensagens verbais (oral ou escrita), para-verbais (entoação, ritmo, tonalidade, fluidez) e não-verbais (gestos, postura, expressões faciais). A comunicação não-verbal fornece, muitas vezes, mais informação do que a verbal.

A comunicação, a relação médico-doente e o processo de consulta estão estreitamente interrelacionados, sendo que, a mudança de comportamentos ou estilos de vida só é possível através da comunicação.(2)

A relação médico-doente sofreu uma evolução ao longo dos anos. Antes das duas últimas décadas, esta era predominantemente, entre um paciente carente de ajuda e um médico cujas decisões eram inequivocamente cumpridas. Neste modelo paternalista da relação médico-doente, toda a informação dada ao doente é selecionada para o incentivar a consentir as decisões do médico.

Outrora, os doentes eram frequentemente considerados ignorantes para tomar decisões a seu favor.(3) Adicionalmente, o hiato social que separava as duas partes agravava este paradigma, tornando-se a relação médico-doente impessoal e distante.

Hoje em dia, porém, há uma nova aliança entre o médico e o doente, baseada na cooperação, em detrimento do confronto.

Assim, o cuidado de saúde centrado no doente, baseado na toma de decisão partilhada, tendo em conta as preferências e o contexto social do doente, veio substituir a relação dominada pelo médico, na qual o exercício do poder deturpa o processo de decisão por ambas as partes.

O médico, neste modelo centrado no doente, está idealmente posicionado para preencher a lacuna entre o mundo da medicina e as experiências pessoais e necessidades dos seus pacientes.

Valorizar a relação médico-doente, em detrimento da impessoalidade da ação técnica, é um tema atual e que levanta a questão da desumanização a que o livre exercício das tecnologias de que dispomos nos pode levar.(2,3) No passado, quando a tecnologia ainda era pouco desenvolvida, a comunicação verbal era indispensável ao diagnóstico. Na atualidade, o objetivo da tecnologia é, justamente, complementar a comunicação médico-doente e facilitar o acesso à informação.(1)

Não obstante a notável evolução na relação médico-doente, é de ressaltar que, a interação assimétrica e o papel paternalista assumido pelo médico no século XX, configuraram o protótipo de relação daqueles que são, hoje, os nossos idosos.

2. O doente idoso

A Geriatria é a medicina clínica dos gerontes, um grupo de homens e mulheres, cidadãos como os outros, que têm particularidades.(6)

Cerca de dois terços da população idosa do mundo reside em países desenvolvidos, pelo que, este é, irrefutavelmente, um fenómeno que se difunde a nível global.

Segundo organismos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), a terceira idade abrange os indivíduos a partir dos 60 anos, porém, este patamar foi redefinido no quadro das sociedades desenvolvidas para os 65 anos, em grande medida devido à estruturação do trabalho nestas sociedades, e da consequente generalização dos sistemas de reforma.(5)

Durante muito tempo, a expectativa de vida era curta, devido à prevalência da doença, guerra, fome, complicações no parto, às más condições de saúde pública, à ausência de intervenções médicas modernas e à falta de ação preventiva e estratégias de promoção da saúde. Estes fatores limitaram, não apenas, o número de pessoas que atingiam os 65 anos, mas aumentaram também a probabilidade de, para muitos idosos, a vida estar acompanhada de fragilidade considerável.

Desde o início do século XX ao início do século XXI, a expectativa de vida nos Estados Unidos aumentou em mais de 50%. E isso foi conseguido sem modificar o genoma humano, ilustrando, assim, o impacto sobre a longevidade e qualidade de vida da melhoria das práticas de saúde pública e hábitos pessoais de saúde, juntamente com os avanços da medicina e pesquisas sobre o envelhecimento. Não só a esperança de vida aumentou substancialmente, como a fragilidade aos 65 anos diminuiu. Em meados dos anos 70 do século passado, uma nova era na gerontologia começou, caracterizada por uma

consciência da diferença entre o envelhecimento *per se* e os problemas que podem acompanhar o envelhecimento.(7)

Segundo a OMS, em 2010, a população com idade igual ou superior a 65 anos representava 8% da população mundial, preconizando-se o seu crescimento para 16% em 2050. A Europa constitui, atualmente, a área geográfica mais envelhecida à escala mundial. Portugal integra esta tendência de envelhecimento crescente, revelando-se como um dos países mais envelhecidos da Europa. Estatísticas recentes (INE, 2012) acerca da dimensão do envelhecimento populacional no nosso país são ilustrativas desta tendência, ao destacarem a prevalência em 2011, de cerca de 19% de indivíduos no grupo etário dos 65 e mais anos. Este facto surge ainda mais realçado, quando comparado com a dimensão da proporção de jovens (0 aos 14 anos) para o mesmo período, a qual se situa nos 14,9%.(5)

Este é, portanto, um fenómeno irreversível com o qual as sociedades atuais se deparam e representa um acréscimo de desafios, a nível individual e social.

A relação empírica entre o envelhecimento e a deterioração da saúde é assumida como premissa, não obstante, todas as alterações em resposta ao desafio do ambiente continuam com o envelhecimento.

Assim, o médico é incitado a pensar o doente idoso como um ser biopsicossocial. A doença raramente é orgânica ou psíquica ou social ou familiar, mas, sim, concomitantemente todas elas.

De facto, quando o idoso procura ajuda médica, raras vezes, espera apenas que o profissional se limite a ajudá-lo no alívio de um mal-estar circunstancial.(1)

3. Desafios de comunicação e relação com o idoso

Segundo a concepção biomédica, a doença consiste num desvio de variáveis biológicas em relação à norma, sendo desprezadas as dimensões humana, vivencial, psicológica e cultural. Este conceito acarreta, logo à partida, algumas dificuldades na relação médico-doente idoso: (a) incompreensão por parte do profissional das palavras utilizadas pelo idoso para expressar a sua dor e sofrimento; (b) carência na transmissão de informações adequadas ao doente; (c) dificuldade do idoso na adesão ao tratamento.(1)

Cuidar de doentes geriátricos envolve tipicamente barreiras médicas, funcionais e sociais complexas com impacto no plano terapêutico.(8)

A etiologia orgânica que subjaz aos problemas do idoso é, frequentemente, desconhecida.

Estes doentes procuram o médico, muitas vezes, motivados pelas suas preocupações, as quais nem sempre se coadunam com aquilo que é relevante para o diagnóstico atual. Não obstante, devemos ter sempre em conta as queixas do idoso, porque, para ele, são motivo de mal-estar.

A anamnese, colhida através da entrevista ao doente, dos familiares ou de pessoas próximas, nem sempre é objetiva e credível, sendo a semiologia, comumente, fraca. Por pudor ou negação da própria velhice, alguns défices podem, ainda, ser simplesmente omissos. Deve ter-se em consideração as limitações do idoso, sobretudo nos aspetos sensoriais que dificultam a recolha e a fiabilidade da história.(9)

A cognição, a audição e a visão são componentes importantes da comunicação. A presbiacusia, ou diminuição da audição para sons de alta frequência, é uma das mais comuns e significativas alterações sensoriais que afeta as pessoas idosas.(10)

A deficiência auditiva afeta cerca de 35% -50% dos adultos mais velhos. Além disso, até 25% dos idosos possui défices visuais, e 7- 17% sofre de ambos. Estes défices

inibem a comunicação verbal e não-verbal, tornando complexa a relação com o doente idoso e agudizando o seu isolamento social.

A demência e o delírio são os dois défices cognitivos mais comuns associados ao avançar da idade. A demência consiste na perda progressiva, geralmente irreversível, das funções cognitivas superiores, como memória a curto prazo e linguagem. Em contraste, o delírio é caracterizado pelo início agudo da diminuição do estado de alerta, sendo, muitas vezes, precipitado por distúrbios metabólicos, infeções, fármacos ou outros insultos. As perturbações cognitivas dificultam a avaliação da dor e de outros sintomas, pois os doentes frequentemente sobre ou sub expressam as suas queixas.(8)

A diversidade cultural configura outro desafio com o qual os médicos, frequentemente, se deparam. A não concordância entre médico e idoso quanto ao diagnóstico e tratamento propostos, como consequência da divergência de valores e crenças, pode implicar a não adesão à terapêutica.(1)

Os adultos mais velhos com múltiplas condições crónicas podem, ainda, ser mais propensos a ter uma sensação de fatalismo e a desconfiar do impacto que a assistência médica pode ter sobre o seu estado de saúde.(11)

Além dos aspetos culturais, a relação médico-doente idoso é assimétrica, já que, o profissional detém os conhecimentos dos quais o idoso, frequentemente, é excluído. Esta assimetria, bem como as diferenças culturais e sociais, questões emocionais e variedade de padrões comunicacionais, despoletam problemas nessa relação, devido à dificuldade do médico em transmitir adequadamente informações ao idoso e, consequentemente, à dificuldade deste na adesão ao tratamento.

A barreira linguística que separa o médico do doente deve-se, em grande medida, à utilização de vocabulário médico especializado.(1) Não obstante, a maioria dos doentes com mais de 60 anos tem baixo nível educacional. Neste contexto, importa esclarecer o

conceito de “literacia em saúde”, que se define como a constelação de capacidades, incluindo a capacidade de realizar tarefas básicas de leitura, necessárias para funcionar em ambiente de cuidados de saúde. De ressaltar que, a literacia em saúde de um doente pode ser significativamente inferior ao seu nível educacional geral.

A literacia em saúde inadequada pode ter repercussão a muitos níveis, causando dificuldades de comunicação, pois limita a compreensão das informações fornecidas pelos profissionais de saúde aos doentes, levando ao pior controlo da doença e à má adesão ao tratamento.

Os idosos enfrentam opções de gestão da sua saúde cada vez mais complexas e, esta carência, prejudica a capacidade de agir de acordo com informações sobre os riscos e benefícios de determinado plano terapêutico, comprometendo a tomada de decisão partilhada. Esta população tem, portanto, dificuldade em se tornar ativamente envolvida nos cuidados de saúde.

O baixo nível de literacia dificulta, também, a auto-confiança dos doentes para comunicarem. De facto, os idosos são, frequentemente, menos assertivos na comunicação com o médico e menos propensos a fazer perguntas. Porém, a auto-confiança é um precursor para iniciar a mudança comportamental e um conceito chave no auto-cuidado e auto-gestão da saúde. Estes doentes são, ainda, menos vocacionados a participar em programas de prevenção de doença e podem, inclusivamente, sentir-se inibidos a comparecer às consultas.(10,12,13)

A doença pode ser uma fonte de gratificação para o doente idoso e, quando esta desempenha função na dinâmica familiar, a tentativa de tratamento torna-se em vão.

Uma forma comum de ganho secundário é aquela que tem função comunicativa, isto é, o uso do sintoma ou do boicote às medidas terapêuticas como forma de expressar sentimentos, como o de raiva da família, do médico ou da instituição. Outras vezes, os

mesmos recursos poderão ser utilizados como forma de pedir ajuda ou de expressar sentimentos como carência afetiva, desamparo e insegurança.

O doente idoso também pode fazer do mecanismo de negação, defesa na sua relação com a doença e com o médico. Há indivíduos idosos, cujo amor-próprio se baseia em determinados atributos físicos, tendo, por isso, dificuldade em lidar com limitações que comprometam esta área, encarando a doença como vergonhosa. Estas reações emocionais no doente idoso podem gerar dificuldades no estabelecimento da aliança com o médico.(1)

As limitações de tempo, as interrupções, o atendimento de chamadas telefônicas, a arrogância, são igualmente, importantes barreiras para uma boa comunicação, funcionando como fatores negativos da relação médico-doente.(2,14)

O latente conflito de perspectivas, existente em toda a relação médico-doente idoso, configura um desafio, não menos importante que os anteriormente descritos. O médico encara o idoso e as suas necessidades com o intuito de definir o conteúdo e a forma do serviço a ser prestado, imbuído da sua autonomia profissional. O doente, em compensação, entende a sua doença em função das exigências da vida quotidiana e de acordo com o seu contexto cultural, tendo percepções e preferências para os cuidados que divergem, muitas vezes, das do seu médico.(1,15)

Voigt et al., no seu estudo sobre a definição de prioridades em clínica geral, demonstraram que os médicos dão mais importância a questões relacionadas com a cognição, a imunização e a medicação, do que os doentes.(16)

No que concerne à participação dos doentes nos seus cuidados, pode existir também um conflito de perspectivas, pois os idosos centram a sua definição de envolvimento na "relação de carinho", "abordagem centrada na pessoa" e não em "participação ativa na tomada de decisões".(17)

Assim, é possível que, durante o acompanhamento clínico, a interação médico-paciente idoso não se desenvolva de forma satisfatória.

Os médicos enfrentam, muitas vezes, conversas difíceis com os idosos sobre o prognóstico, a transição para cuidados paliativos e outros assuntos delicados.

Declínio funcional, internamentos repetidos, agravamento do quadro ou diagnóstico de uma doença terminal, são importantes gatilhos para o diálogo sobre o prognóstico. No entanto, muitos médicos encaram as questões como meramente factuais e não como oportunidades para explorar objetivos e receios dos idosos. Escutar os doentes e responder às suas emoções com empatia, também exige tempo, que é, como já referido, muitas vezes limitado.(8,18)

Se a discussão sobre o prognóstico de doentes com uma doença progressiva grave, como o cancro ou insuficiência cardíaca congestiva, é difícil, a complexidade que subjaz às discussões com doentes muito idosos que não têm uma condição claramente terminal, será ainda maior.

Muitos idosos estão interessados no seu prognóstico global, pois este influencia escolhas de vida pessoais, motivando-os, por exemplo, a organizar as finanças para cuidados de longa duração.(19)

No entanto, no caso dos doentes mais idosos com cancro avançado, as preferências por informação prognóstica e por um papel ativo na tomada de decisão de tratamento não são facilmente previsíveis, sendo, muitas vezes incompatíveis com as perceções dos médicos. Estes devem, assim, inquirir sobre as preferências do idoso antes de compartilhar as estimativas de prognóstico.(10,20,21)

O princípio ético da beneficência deverá reger todas as decisões do médico, sendo a aplicação desta premissa, relativamente simples no que respeita a idosos saudáveis, independentes e ativos. Torna-se complexa, quando estão em causa, idosos cujas doenças

se vão agravando progressivamente. Nesse caso, o profissional deverá respeitar o princípio ético da vulnerabilidade.(6)

Algumas crenças, como a de que os doentes idosos não têm nenhuma dificuldade com a polimedicação ou sobre a responsabilidade do doente na adesão, representam uma barreira para explorar as preferências do doente, nomeadamente aquando da revisão da medicação preventiva e podem dificultar consultas detalhadas, enviesando o paradigma de uma relação eficaz.(22,23)

4. O consentimento informado no idoso

Antes de executar qualquer procedimento de diagnóstico ou terapêutico, a comunicação clínica com os doentes é imprescindível. Esta deve considerar a natureza e a finalidade da intervenção proposta, incluindo potenciais riscos e benefícios, bem como as alternativas, incluindo a não submissão ao procedimento.

Assim, uma comunicação eficaz médico-doente é a base da tomada de decisão partilhada e desempenha um papel clínico-terapêutico no consentimento informado, a fim de melhorar a assistência ao doente.

O consentimento informado é um delicado processo de comunicação entre o médico e o doente, necessário para que, este último, autorize qualquer intervenção médica. Não representa, simplesmente, a aquisição da assinatura do paciente, sendo sim baseado no diálogo entre médico e doente, cujo sucesso depende da força da relação entre ambos.

Este diálogo é particularmente delicado em geriatria. A procura do consentimento é parte de uma relação respeitosa com uma pessoa mais velha.

O processo de consentimento informado deve ser adaptado à compreensão do idoso; é essencial fornecer informações adequadas e acessíveis para cada caso individual, especialmente na presença de possíveis défices coexistentes (de que são exemplo o declínio cognitivo, a presbiacusia e os distúrbios visuais) que podem limitar a capacidade de participar ativamente no processo.

O consentimento informado está em sintonia com a importância da autonomia do doente, que lhe permite aceitar ou recusar qualquer procedimento médico, sendo a base de um correto processo de consentimento livre e esclarecido.(24)

Porém, subjacente à velhice, surge a dependência, cujo incremento se deve, em grande medida, às patologias do foro mental, nomeadamente as demências. Ao traduzir

uma minimização em termos de capacidades funcionais, esta coloca limitações ao nível da participação e decisão dos idosos, comprometendo o exercício da sua cidadania.(5)

Também no domínio da saúde, verifica-se que, devido ao drástico aumento na esperança de vida, ao longo dos últimos 50 anos, o número de idosos que necessitam de procedimentos cirúrgicos está a crescer. Isto representa um novo desafio, devido a fatores interferentes relacionados com a idade, incluindo problemas cognitivos e sensoriais, frequentes nesta faixa etária.

A informação médica tem um impacto significativo no processo de tomada de decisão, especialmente para doentes idosos, onde a qualidade da comunicação é essencial para obter a completa compreensão do paciente.(24)

Geralmente, as orientações provindas do médico constituem ordens que os idosos sentem que precisam de cumprir passivamente para seu próprio bem, adotando a internalização das mesmas, norteados pelo precário conhecimento sobre os seus direitos.(1)

No entanto, investigações recentes, sublinham que a necessidade de informações mais detalhadas está a aumentar, especialmente em doentes idosos. Em particular, foi demonstrado que a informação correta aprimora a adesão do paciente e os resultados pós-operatórios, reduzindo a ansiedade pré-operatória e a dor pós-operatória.

A informação médica que precede a assinatura do termo de consentimento informado, geralmente inclui uma explicação detalhada a respeito de: 1) características da doença; 2) diferentes possibilidades terapêuticas; 3) benefícios e eventuais riscos de complicações, incluindo as taxas de mortalidade do procedimento proposto; 4) alternativas razoáveis para o procedimento proposto, incluindo nenhum tratamento; 5) direito do paciente de retirar o seu consentimento a qualquer momento antes do procedimento.

O objetivo primário é facilitar a assistência ao doente, fornecendo informação concisa que seja compatível com as expectativas deste, nível de educação, compreensão, personalidade e características éticas e psicológicas. Isto torna-se particularmente importante, quando se discutem os riscos relacionados com o procedimento proposto.

Todas as modalidades não-verbais da interação também devem ser consideradas, para demonstrar interesse, envolvimento e presença. Um elevado nível de atenção deve ser empregue, a fim de reduzir o impacto negativo de potenciais barreiras de comunicação, tais como défices sensoriais, comprometimento cognitivo e outras condições, como diferenças culturais, dor, ansiedade, afasia, que podem dificultar a compreensão plena de informações e dissimular a capacidade do paciente de consentir.(24)

Atualmente, a premissa de que o consentimento informado representa o cerne de qualquer discussão pré-procedimento é amplamente reconhecida. No entanto, as emergências médicas ou cirúrgicas constituem uma derrogação a este facto, uma vez que, os requisitos habituais de consentimento livre e esclarecido não se aplicam. A obtenção do consentimento informado implicaria o protelar das intervenções, com as respetivas consequências sobre a vida ou o bem-estar do doente.(25)

Os principais elementos do consentimento informado incluem a divulgação de informação inequívoca, a capacidade de tomada de decisão, a ausência de qualquer coerção e o acordo.

A "capacidade" ou "competência" são considerados termos jurídicos utilizados na medicina, e que se referem ao conjunto de habilidades necessárias no processo de consentimento informado.

Os idosos correm um risco aumentado de doenças neurológicas severas, frequentemente associadas a disfunção cognitiva.

Assim, importa fazer a distinção entre idosos com funcionamento cognitivo preservado e aqueles com comprometimento cognitivo leve, moderado ou grave (com ou sem um diagnóstico certificado).

No primeiro caso, o clínico deve fornecer as informações necessárias e recordar o consentimento através da remoção de barreiras de comunicação para uma decisão competente. Défices sensoriais, baixo nível literário, diminuição da capacidade de comunicar, receios dos custos do tratamento devem ser cuidadosamente avaliados. A presença de uma testemunha torna-se particularmente importante para atestar a precisão do procedimento de consentimento informado, no caso do idoso analfabeto ou com dificuldade na compreensão da língua escrita.

Quanto aos idosos com comprometimento cognitivo, a aquisição de consentimento informado deve considerar os diferentes níveis de capacidade de tomada de decisão do doente. A avaliação da mesma, pode ser particularmente difícil, mesmo no caso de demência leve, sendo que, o grau de capacidade necessária para tomar decisões varia de acordo com a complexidade de cada situação.

No caso dos doentes com nomeação de um representante legal, este tem o dever de assinar o termo de consentimento informado.

Uma avaliação exaustiva das competências do doente idoso deveria incluir a maioria, se não todos, os seguintes componentes: 1) entrevista clínica e diagnóstico; 2) testes neuro psicológicos; 3) avaliação da capacidade funcional (por exemplo a capacidade para viver de forma independente); 4) revisão das normas legais.

Não obstante a irrefutável importância da informação obtida desta avaliação, ressalve-se que a mesma não é exclusiva para avaliar a capacidade de tomada de decisão do idoso.

De facto, o consentimento informado não deve ser considerado um evento isolado, mas parte integrante da complexa relação entre o médico e o doente.(24)

Ao longo dos últimos 50 anos, a doutrina do consentimento informado tornou-se um pilar central na prática ética da medicina, revestindo-se, no caso do doente idoso, de notáveis particularidades.(25)

5. Influência dos encontros médicos acompanhados na relação médico-doente idoso

Devido a um declínio geral no seu estado, o idoso tende a ser um utilizador assíduo dos serviços de saúde, sendo a tríade médico, doente, acompanhante, um fenómeno comum na prática geriátrica. Cerca de 20% a 50% dos doentes idosos são acompanhados durante a sua visita médica de rotina. Na maioria dos casos, a terceira pessoa é um membro da família consistentemente envolvido e, maioritariamente, do sexo feminino.(10,26,27)

A OMS caracterizou a família como o primeiro agente social envolvido na promoção da saúde e no bem-estar.(2)

No que concerne à influência da presença de um acompanhante na dinâmica de relação médico-doente idoso, os estudos mostraram-se um pouco díspares.

Shields et al., encontraram poucas diferenças na comunicação médico-doente idoso nas visitas acompanhadas, comparativamente com as não acompanhadas, e, portanto, nenhuma evidência de que a presença de um acompanhante desvie a atenção dos médicos das preocupações dos doentes. Os clínicos acompanharam as questões sociais, discutiram o diagnóstico e recomendações de tratamento com a mesma profundidade em ambas as visitas, não tendo sido encontradas diferenças no nível de participação na tomada de decisão entre os dois grupos. As questões levantadas pelos doentes foram, ainda, alvo de maior atenção, em relação às dos seus acompanhantes.

Um achado estatisticamente significativo deste estudo, prende-se com o fato de que, os médicos, em visitas acompanhadas, fizeram discursos mais extensos. Os profissionais vivenciam a visita acompanhada como sendo mais complexa e com mais necessidade de estrutura.

Os autores advogam, portanto, que a presença de uma terceira pessoa facilita a comunicação médico-doente idoso e conduz a novas questões, não afetando negativamente a relação médico-doente idoso.(28)

No caso concreto dos doentes idosos com cancro, os acompanhantes desempenham um papel chave na interpretação do diagnóstico médico, oferecendo explicações e encorajando os doentes a cumprir seu plano de tratamento.(10)

Ishikawa et al., reforçaram a contribuição significativa dos acompanhantes no processo de comunicação médico-doente, nomeadamente no fornecimento de informações e despoletar de questões.

Os resultados indicaram que, geralmente, os acompanhantes agem como defensores do doente, mostrando concordância com a informação que este fornece ao médico e facilitando o seu discurso. Também atuam como a voz do doente, providenciando informação, fazendo questões ao médico e estabelecendo a ponte entre este e o doente, repetindo e clarificando as informações do profissional, bem como, esclarecendo o discurso do doente. Raramente, os acompanhantes comportam-se de forma passiva, participando minimamente no diálogo. Invulgarmente, alguns aparentam adotar um papel antagonista na visita médica, criticando o paciente e/ou tentando influenciá-lo, apelando à autoridade do médico. Em alguns casos, ainda, os acompanhantes usam a visita para discutir os seus próprios problemas de saúde com o médico.(26)

De facto, há estudos que contrapõem o benefício da presença de uma terceira pessoa na consulta médica.

Wolff et al., revelaram que a presença de um familiar está associada a uma comunicação menos centrada no doente, no caso de idosos com problemas de saúde mental.(29)

Giocalone et al., demonstraram que os cuidadores não compreendem as necessidades de informação dos seus pacientes idosos com cancro e, ainda, que as preferências de informação do doente idoso não podem ser previstas com precisão, conversando com familiares.(30)

Estudos adicionais, focando as discussões médico-doente idoso sobre a atividade física, revelaram que estas ocorrem mais frequentemente em visitas diádicas do que na presença de um acompanhante.(31)

O estado de saúde do idoso influencia tanto as suas expectativas, como a intenção dos acompanhantes em participar na comunicação; pacientes com pior estado de saúde têm expectativas mais altas sobre a assistência do acompanhante e os acompanhantes de tais pacientes também têm intenções mais elevadas de auxiliar.(26)

Por outro lado, os idosos mais doentes estão menos satisfeitos com a qualidade dos cuidados de saúde que recebem, do que as suas contrapartes mais saudáveis.

Estes dados destacam o valor potencial dos acompanhantes no auxílio dos médicos para satisfazer as necessidades informacionais e interpessoais dos seus doentes idosos mais vulneráveis.(32)

Adicionalmente, estudos sugeriram que a pior saúde física é a principal razão para os doentes necessitarem de acompanhamento para irem ao hospital, mas não necessariamente para comunicarem com o médico durante a consulta. Já os idosos com um estado de saúde mental mais débil, tendem a confiar numa terceira pessoa para fornecer informação e fazer questões ao médico.(26)

A família é, de fato e na maioria das vezes, um fator indispensável de suporte e colaboração no processo terapêutico, sendo insubstituível como fonte de segurança e afeto para o doente idoso. Caberá ao profissional de saúde valorizar a participação dos familiares, fazendo-os aliados e colaboradores.(1)

Dado o incremento da população idosa e da doença crónica que carece de cuidados de longa duração, a coordenação do cuidado profissional em instituições médicas e o autocuidado em casa torna-se cada vez mais essencial. O acompanhante, como prestador de cuidados em casa, pode dar um contributo significativo para os médicos sobre a saúde do paciente, particularmente em relação aos aspetos psicossociais da experiência de doença do idoso.(26)

Deve-se, assim, fortalecer o relacionamento entre a tríade, pois essa rede de autonomia/dependência é fundamental para o cuidado e para a saúde do idoso. Contudo, é preciso superar a dimensão autoritária ou paternalista dessa relação e caminhar no sentido de possibilitar a expressão da autonomia remanescente do doente.(1)

A integração mais sistemática dos acompanhantes no processo de cuidados de saúde, pode beneficiar a qualidade dos mesmos, para uma população de doentes particularmente vulnerável.(32)

6. Importância da relação médico-doente idoso: implicações clínicas

É a qualidade do encontro que determina a sua eficiência. Os doentes idosos desejam que o médico seja amistoso, cordial, gentil, carinhoso e solidário no seu sofrimento, oferecendo-lhes o apoio emocional de que carecem. Pretendem ser acolhidos de forma cuidadosa e personalizada e construir com os seus prestadores de cuidados de saúde um relacionamento respeitoso e educativo, o que é consistente com os valores profissionais fundamentais (Tabela 1).

Cuidar de indivíduos idosos, é algo que transcende a objetividade da conduta terapêutica.(1,33)

Os idosos apresentam problemas e limitações relacionados com o próprio processo de senescência, com as doenças de que geralmente sofrem e com a sociedade onde estão inseridos, o que implica uma visão global do complexo biopsicossocial que é o idoso. A avaliação do idoso deverá superar a avaliação clínica, que é a prática habitual nas nossas instituições de saúde, considerando, também, as áreas onde o idoso é habitualmente deficitário, como o estado físico, mental, funcional, social e nutricional.(9) O médico deve, por exemplo, considerar o quão os fatores sociais facilitam ou impedem as recomendações de tratamento e gestão da doença de uma forma eficiente.(34)

É imprescindível estar atento à sua qualidade de vida, à capacidade de autonomia, aos apoios de que dispõem, para assim dar resposta aos seus problemas, valorizando todas estas condicionantes. Só assim, poderá ser elaborado um plano reconhecendo a natureza única dos problemas do doente geriátrico e que responda às suas reais necessidades, contribuindo, deste modo, para atingir o conceito de saúde da OMS: “Bem-estar físico, mental e social...”.(1,35)

Tabela 1 – Atributos desejáveis ao médico. Adaptado de Vianna et al., 2010.

Atributos	Definições
Empatia	Capacidade de se colocar no lugar do outro, de compreender o seu sofrimento, as suas angústias e dúvidas, sem se confundir com ele.
Continência	Capacidade de conter, ou seja, tolerar dentro de si toda a carga de pensamentos e sentimentos que o doente possa expressar durante o atendimento, sem retaliações.
Humildade	Capacidade de reconhecimento das suas limitações humanas e profissionais.
Respeito para com as diferenças	Não assumir uma postura moralista e não desqualificar as queixas do doente, já que, os sintomas podem ser de natureza física ou emocional.
Curiosidade	Estar recetivo ao questionar permanente das próprias hipóteses e às hipóteses construídas pelo doente.
Capacidade de conotar positivamente	Ter disponibilidade interna para procurar novos sentidos para os comportamentos dos doentes.
Capacidade de comunicação	Ter competência para o estabelecimento de comunicação eficiente, num ambiente de respeito para com as diferenças culturais que separam médico e doente.

O processo de relação com o doente idoso requer compaixão, habilidade e sensibilidade extra para conhecer a sua realidade, ouvir as suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem a sua adaptação ao estilo de vida exigido pelo envelhecimento e pela doença. Também aos familiares deve ser tolerada a necessidade de tranquilização e apoio para realizar mudanças e estabelecer novos padrões comportamentais, mas infelizmente, por falta de preparação, o médico nem sempre tem a capacidade para fornecê-los.(1,2,36)

A doença provoca um sentimento de isolamento nos idosos, que anseiam que os seus sentimentos, ideias e dúvidas sejam entendidos por outrem. Assim, no processo diagnóstico e terapêutico, a familiaridade, a confiança e a colaboração estão altamente implicadas no resultado da prática médica.

O relato da verdade na consulta é um importante instrumento terapêutico, sendo que, a informação diminui o sentimento de isolamento do idoso, colaborando no surgimento de cooperação mútua na relação médico-doente.

A satisfação do doente idoso está relacionada com a quantidade de informação recebida e com a participação ativa no tratamento, sendo esta uma premissa particularmente importante no caso do doente com patologia crónica. Este deve, inclusivamente, dominar certas técnicas para aplicá-las sobre si mesmo, como no caso dos doentes diabéticos insulino-tratados.(1) A autogestão eficaz é um componente-chave da gestão de doenças crónicas.(37)

Envolver os doentes mais velhos no estabelecimento de metas parece ser especialmente importante nas áreas de autocuidado, que exigem mais ajustes comportamentais de estilo de vida, tais como exercício físico e dieta.(38)

Também a adesão às recomendações de tratamento está em consonância com a participação dos doentes no encontro médico, já que, os que participam ativamente são mais aderentes à medicação e têm melhores resultados de saúde.(23)

A tomada de decisão compartilhada é, assim, a abordagem ideal; Naik et al., demonstraram o desejo de pessoas idosas em trocar informações e expressar preferências pelos cuidados, contrariando a noção de que, estes doentes evitam participar na tomada de decisão médica.(15,39)

Definir prioridades de saúde com os doentes, nomeadamente com os que experienciam várias comorbidades, é eticamente desejável e medicamente apropriado.(40)

O doente idoso frequentemente comparece com uma acrescida carga de temores, provocada pelo desconhecimento sobre quem vai atendê-lo e quanto tempo terá que aguardar. Também a perplexidade sobre os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, aos quais será submetido, pode ser fonte de ansiedade. Se o médico se mostrar disponível para ouvir os desígnios do idoso de forma não preconceituosa, terá maior possibilidade de aliviar as suas ansiedades.(1)

Todos os humanos são frágeis, contudo, os idosos doentes estão sobejamente fragilizados, pelo que merecem, do ponto de vista da etnicidade social, uma discriminação positiva. Esta, porém, não deve confundir-se com a postura paternalista do médico, devendo respeitar-se a autonomia do idoso, em termos de decisões preventivas e terapêuticas, minimizando a intervenção dos familiares, que poderão não ser os intérpretes ideais do melhor para o doente.(6)

Na relação médico-paciente idoso, defender a autonomia é reconhecer que ambos devem ter espaço e voz no processo, com respeito às diferenças de valores, expectativas e objetivos, reconhecendo a pessoa doente como o sujeito do processo terapêutico. As

tecnologias médicas, assim como os médicos e demais profissionais de saúde, devem colocar-se como meios que podem e devem ser utilizados pelos doentes idosos no processo saúde-doença.(1)

O número crescente de doentes idosos e o conseqüente incremento no consumo de serviços de saúde por parte destes, impõe a necessidade de uma maior compreensão desta população vulnerável. A má comunicação pode comprometer os esforços para proporcionar um bom atendimento ao doente, afetando negativamente a sua satisfação bem como a dos familiares.(4,39)

As falhas na comunicação médico-doente idoso incentivam, concretamente, erros relacionados com a toma de medicação, alguns dos quais podem resultar em complicações, danos ou lesões no doente.(41)

Portanto, existem fatores relacionados ao estabelecimento de contextos favoráveis a uma relação médico-doente idoso baseada na cooperação e no desenvolvimento conjunto da tarefa terapêutica (Tabela 2).

O espaço terapêutico deve facilitar a comunicação, mantendo a privacidade, evitando interrupções, sendo o mais confortável possível.(1)

Devido à probabilidade de se comunicarem mal, os idosos permanecem ansiosos e necessitam de tempo adicional; importa, por isso, que o médico não se mostre apressado ou desinteressado.

No que concerne à adesão do doente às recomendações de tratamento, os estudos demonstraram que esta é maior após os encontros em que o médico está frente a frente com o paciente, até porque, é uma estratégia simples para minimizar as distrações.(4)

Tabela 2 – Principais fatores relacionados com a melhoria da comunicação e relação com os doentes idosos. Adaptado de Vianna et al., 2010 e de Robinson et al., 2006.

Atender com hora marcada e com o menor tempo de espera possível.
Oferecer um espaço de atendimento confortável e que preserve a privacidade.
Tratar o doente pelo nome.
Conceder tempo extra.
Evitar distrações.
Sentar-se frente a frente.
Manter o contacto visual.
Ouvir.
Falar devagar, com clareza e em voz alta.
Usar palavras simples e frases curtas.
Focar um tema de cada vez.
Simplificar e anotar as instruções.
Frisar, frequentemente, os pontos mais importantes.
Dar ao doente a oportunidade de fazer perguntas e se expressar.

A comunicação não-verbal é um aspeto importante no processo de diagnóstico e terapêutico, especialmente em geriatria. Muitos idosos sofrem de défices auditivos, pelo que, dependem muito mais de vias de comunicação não-verbal.(42)

O contato visual é uma das formas mais poderosas de comunicação não-verbal, pois facilita a centralização no doente, deixando-o mais confortável para fornecer informações adicionais. Tem ainda implicações positivas para a compreensão e adesão do idoso.

Muitas das dificuldades associadas à não adesão podem, ainda, ser sobejamente reduzidas escutando atentamente o doente.(4,43) Ressalve-se, ainda, a importância do contexto no qual é fornecida a informação; Weiss et al., no seu estudo sobre o aconselhamento médico de adultos mais velhos sobre atividade física, demonstraram que

os esforços do profissional na orientação do doente podem ter melhor impacto quando a informação é fornecida no contexto de um problema de saúde.(44)

Quando comunicamos com o idoso, a palavra não deve ser gritante, porque este sofre de presbiacusia e não ouve sons de alta frequência, e deve ser clara e cadenciada porque o idoso, por vezes, requer mais tempo para a intuir.(9)

Não deverá ser utilizada terminologia médica, mesmo que básica, evitando tornar as informações excessivamente complicadas ou confusas. As perguntas abertas facilitam a autêntica narrativa dos doentes, permitindo estabelecer confiança e criando momentos de emoção; esses momentos são saudáveis e representam oportunidades empáticas.(4,8)

A escrita é uma forma mais perene de comunicação e oferece ao doente a oportunidade de rever, mais tarde, o que foi dito em ambiente de consulta.

Finalmente, e após se ter fornecido as devidas explicações, dar aos doentes a oportunidade de fazer perguntas permitir-lhes-á expressar quaisquer receios; ao médico caberá determinar se o idoso entendeu completamente as informações e instruções que lhe foram facultadas.(4)

As relações médico-doente de longa data constituem o cerne dos cuidados primários.(45) É frequente que os idosos procurem discutir os seus problemas, simplesmente para obter acesso aos profissionais de saúde.(14)

Uma relação médico-doente eficaz aumenta a adesão às recomendações de tratamento e promove a satisfação do doente com os cuidados de saúde.(2,12,46–48) Durante os encontros médicos, a comunicação eficiente influencia de forma positiva a recuperação dos doentes, o controlo da dor e o seu estado psicológico.(10)

De facto, 25% dos benefícios derivados da prática médica não dependem das capacidades técnicas do profissional ou do efeito dos fármacos, mas são resultado terapêutico da própria palavra do médico.(1)

O impacto da relação médico-doente é especialmente importante quando estão presentes doenças graves, como o cancro. Neste domínio, os estudos sugerem que os médicos podem melhorar a qualidade do atendimento através da comunicação sobre a doença, riscos e benefícios da quimioterapia e discussão das preferências do doente idoso.(2,49)

Também a gestão bem-sucedida de diabetes, com o objetivo de evitar a miríade de complicações associadas à doença e melhorar a qualidade de vida, envolve a interação considerável entre o doente e o seu médico, sendo que a confiança no profissional pode influenciar a adesão do idoso às recomendações de gestão da diabetes.(11)

IV- Conclusão

A compreensão das capacidades, da esperança do doente e dos seus desejos é fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença com o envelhecimento.(7)

Os doentes idosos necessitam de um atendimento integral, tomando em consideração, além das suas queixas imediatas, situações sociais, económicas, familiares, emocionais, que não encaixam no estrito espaço e tempo de consulta. O médico deve ser responsável pela efetiva promoção da saúde, ao considerar o idoso na sua integridade física, psíquica e social, e não somente do ponto de vista biológico.(1)

A avaliação do idoso deve assentar numa abordagem global ou multidimensional, efetuada, não somente por um médico, mas por uma equipa multidisciplinar.

Tendo em conta que o envelhecimento está associado ao desenvolvimento de um número crescente de doenças crónicas, com a conseqüente necessidade aumentada de intervenção médica, a relação médico-doente idoso é crucial para a manutenção da saúde e bem-estar da pessoa idosa.(14) Na maioria dos casos, um diagnóstico preciso, bem como um tratamento eficaz assentam diretamente sobre a qualidade do relacionamento.(3)

Porém, esta é uma população particular, cujas especificidades se repercutem na sua interação em sociedade e, nomeadamente em ambiente de saúde; a própria visão dos idosos daquilo que deve ser a sua relação com o médico difere da ótica das novas gerações, uma vez que estão imbuídos naquele que era, outrora, o papel do médico.

Sendo a comunicação o núcleo da habilidade clínica, o baixo nível de literacia em saúde representa mudanças no paradigma da relação médico-doente idoso, já que esta tem um papel central na capacidade de discussão do doente.(10)

A abordagem e gestão de qualquer intervenção médica em doentes idosos é sobejamente mais complexa do que nos mais jovens: o processo de consentimento

informado detém desafios éticos e legais acrescidos, em cuja resolução os médicos devem atuar, utilizando uma comunicação clara e eliminando potenciais obstáculos.(24)

No que concerne à tríade médico-doente-acompanhante, é necessário explorar as suas características, a fim de promover os benefícios da presença de um acompanhante, na relação médico-doente e melhorar a qualidade dos cuidados.(26)

Equilibrar o foco nos problemas do idoso com os seus sentimentos e valores, humanizando a relação médico-doente é fundamental, não obstante, a educação médica enfatiza o conhecimento biomédico em detrimento das competências relacionais. Como resultado, muitos médicos não têm as habilidades necessárias para se envolver em diálogos desafiadores de forma eficaz.(8)

Os paradoxos e incertezas que cercam o envelhecimento persistem nas novas gerações. A capacidade de os doentes idosos participarem no processo de tomada de decisão é frequentemente duvidada, simplesmente por terem atingido uma certa idade.(50,51) No entanto, sem o entendimento da capacidade da pessoa mais velha, o clínico está menos preparado para motivar o doente a adotar novas estratégias terapêuticas e de promoção da saúde.(7)

O tema da relação médico-doente idoso é, ainda, pouco explorado. O desenvolvimento das capacidades de comunicação e relação com esta população tão particular e vulnerável e a sua aplicação na prática médica constituem um importante desafio que carece de profundas transformações na cultura e educação médica.

V- Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, meu orientador, e à Doutora Benilde Barbosa, minha co-orientadora, todo o suporte e profissionalismo durante a realização deste artigo de revisão.

Agradeço, também, à minha família, ao meu namorado e aos meus amigos, o apoio e a motivação prestados ao longo deste trabalho.

VI- Referências Bibliográficas

1. Vianna L, Vianna C, Bezerra A. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2010;34(1):150–9.
2. Gomes M. A comunicação e relação médico-doente como benefício para o doente e para a decisão médica. *Revista Ordem dos Médicos N°148*. 2014;79–81.
3. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg*. 2007;5(1):57–65.
4. Robinson TE, White GL, Houchins JC. Improving communication with older patients: tips from the literature. *Family Practice Management*. 2006;13(8):73–8.
5. Luz HRA. Sociologia do envelhecimento. In: *Geriatría fundamental- Saber e Praticar*. 2014. p. 65–74.
6. Serrão D. Ética em Geriatría. In: *Geriatría fundamental- Saber e Praticar*. 2014. p. 423–9.
7. Cohen GD. The Geriatric Patient. In: *Principles And Practice Of Geriatric Psychiatry*. 2006. p. 3–15.
8. Delgado-Guay MO, De La Cruz MG, Epner DE. “I don”t want to burden my family’: handling communication challenges in geriatric oncology. *Ann Oncol*. 2013;24:30–5.
9. Veríssimo R, Barbosa B, Veríssimo MT. Particularidades clínicas do doente idoso. In: *Geriatría fundamental- Saber e Praticar*. 2014. p. 130–5.
10. Amalraj S, Starkweather C, Nguyen C, Naeim A. Health literacy, communication, and treatment decision-making in older cancer patients. *Oncology*. 2009;23(4):369–75.
11. Nguyen H, Kirk JK, Saldana S, Sara A. Correlates of physician trust among rural older adults with diabetes. *Am J Health Behav*. 2014;37(5):660–6.
12. Liang CY, Wang KY, Hwang SJ, Lin KC, Pan HH. Factors affecting the physician-patient relationship of older veterans with inadequate health literacy: an observational study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(610):354–60.
13. Raymond M, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, et al. Health risk appraisal for older people 5: self-efficacy in patient-doctor interactions. *Prim Health Care Res Dev*. 2011;348–56.
14. Clarke LH, Bennett E V, Korotchenko A. Negotiating vulnerabilities: how older adults with multiple chronic conditions interact with physicians. *Can J aging*. 2014;33(1):26–37.

15. Naik AD, Schulman-Green D, McCorkle R, Bradley EH, Bogardus ST. Will older persons and their clinicians use a shared decision-making instrument? *J Gen Intern Med.* 2005;20(7):640–3.
16. Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H, Dierks M-L, Junius-Walker U. Priority setting in general practice: health priorities of older patients differ from treatment priorities of their physicians. *Croat Med J.* 2010;51(6):483–92.
17. Bastiaens H, Royen P Van, Rotar D, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care : a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns.* 2007;68:33–42.
18. Thai JN, Walter LC, Eng C, Smith AK. Every patient is an individual: clinicians balance individual factors when discussing prognosis with diverse frail elderly adults. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(2):264–9.
19. Smith AK et al. Discussing overall prognosis with the very elderly. *N Engl J Med.* 2012;29(6):997–1003.
20. Ahalt C, Walter LC, Yourman L, Eng C, Pérez-stable EJ, Smith AK. “ Knowing is Better ” : preferences of diverse older adults for discussing prognosis. *Gen Intern Med.* 2011;27(5):568–75.
21. Elkin EB, Kim SHM, Casper ES, Kissane DW, Schrag D. Desire for information and involvement in treatment decisions : elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *J Clin Oncol.* 2007;25(33):5275–80.
22. Schuling J, Gebben H, Johannes L, Veehof G, Haaijer-ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity : the view of Dutch GPs . A qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2012;13(1):1.
23. Tarn DM, Mattimore TJ, Bell DS, Kravitz RL, Wenger NS. Provider views about responsibility for medication adherence and content of physician-older patient discussions. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(6):1019–26.
24. Giampieri M. Communication and informed consent in elderly people. *Minerva Anesthesiol.* 2012;78(2):236–42.
25. Agroning M, Maletta G. Forensic Evaluation of the Older Patient. In: *Principles And Practice Of Geriatric Psychiatry.* 2006. p. 164–6.
26. Ishikawa H, Roter DL, Yamazaki Y, Takayama T. Physician-elderly patient-companion communication and roles of companions in Japanese geriatric encounters. *Soc Sci Med.* 2005;60(10):2307–20.
27. Wolff JL et al. Going it together: persistence of older adults' accompaniment to physician visits by a family companion. *J Am Geriatr Soc.* 2013;60(1):106–12.

28. Shields CG, Epstein RM, Fiscella K, Franks P, McCann R, McCormick K, et al. Influence of accompanied encounters on patient-centeredness with older patients. *J Am Board Fam Pract.* 2005;18(5):344–54.
29. Wolff JL, Roter DL. Older adults' mental health function and patient-centered care : does the presence of a family companion help or hinder communication? *Gen Intern Med.* 2011;27(6):661–8.
30. Giacalone A, Talamini R, Spina M. Can the caregiver replace his / her elderly cancer patient in the physician – patient line of communication? *Support Care Cancer.* 2008;1157–62.
31. Adelman RD, Greene MG, Friedmann E, Ory MG, Snow CE. Older patient – physician discussions about exercise. *J Aging Phys Act.* 2011;19:225–38.
32. Wolff JL, Roter DL. Medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Arch Intern Med.* 2008;168(13):1409–15.
33. Amy C, Lorraine F, Marlene C. Examining older adults' perceptions of health care providers. *Genetics and Gerontology.* 2007;6–12.
34. Ory M, Yuma PJ, Wade A. Physician discussion about social activities in primary care encounters with older adults. *South Med Assoc.* 2008;718–24.
35. Saleem T, Khalid U, Qidwai W. Geriatric patients' expectations of their physicians: findings from a tertiary care hospital in Pakistan. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:1–10.
36. Carlat D. The Psychiatric Interview of the Older Patient. In: *Principles And Practice Of Geriatric Psychiatry.* 2006. p. 51–8.
37. Wensing M, Wetzels R, Hermsen J, Baker R. Do elderly patients feel more enabled if they had been actively involved in primary care consultations? *Patient Educ Couns.* 2007;68:265–9.
38. Heisler M, Cole I, Weir D, Kerr EA, Hayward RA. Does physician communication influence older patients' diabetes self-management and glycemic control? Results from the health and retirement study (HRS). *J Gerontol.* 2007;62(12):1435–42.
39. Hanson LC, Winzelberg G. Research priorities for geriatric palliative care: goals, values and preferences. *J Palliat Med.* 2013;16(10):1175–9.
40. Wrede J, Voigt I, Bleidorn J, Hummers-pradier E, Dierks M, Junius-walker U. Complex health care decisions with older patients in general practice: patient-centeredness and prioritization in consultations following a geriatric assessment. *Patient Educ Couns.* 2013;90(1):54–60.
41. Mira JJ, Orozco-beltrán D, Pérez-jover V, Martínez-jimeno L, Gil-guillén VF, Carratala-munuera C, et al. Physician patient communication failure facilitates

- medication errors in older polymedicated patients with multiple comorbidities. *Fam Pract.* 2013;30(1):56–63.
42. Stepanikova I, Zhang Q, Wieland D, Eleazer GP, Stewart T. Non-verbal communication between primary care physicians and older patients: how does race matter? *J Gen Intern Med.* 2012;27(5):576–81.
 43. Gorawara-bhat R, Dethmers DL, Ann M. Physician eye contact and elder patient perceptions of understanding and adherence. *Patient Educ Couns.* 2013;92(3):375–80.
 44. Weiss DR, Wolfson C, Yaffe MJ, Shrier I, Puts MTF. Physician counseling of older adults about physical activity: the importance of context. *Am J Heal Promot.* 2012;27(2):71–5.
 45. Nidiry MAJ, Gozu A, Carrese JA, Wright SM. The closure of a medical practice forces older patients to make difficult decisions: a qualitative study of a natural experiment. *J Gen Intern Med.* 2008;23:1576–80.
 46. Ha J, Anat D, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J.* 2010;10:38–43.
 47. Lee Y, Lin J. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationship and health outcomes. *Soc Sci Med.* 2010;71:1811–8.
 48. Verlinde E, Laender N, Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *Int J fo Equity Heal.* 2012;11 (12):1–14.
 49. Gironés R, Torregrosa D, Inma JG, Jose M, Tenias M, Rosell R. Lung cancer chemotherapy decisions in older patients: the role of patient preference and interactions with physicians. *Clin Transl Oncol.* 2012;14:183–9.
 50. Pe MD, Lorenzo MD, Luna A, Osuna E. Elderly patients also have rights. *J Med Ethics.* 2007;33:712–6.
 51. Higashi RT, Tillack AA, Steinman M, Harper M, Johnston CB. Elder care as “frustrating” and “boring”: understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *J Aging Stud.* 2012;26(4):476–83.