

RELATO DE EXPERIÊNCIA

EXPERIENCE REPORT

Para uma proposta de educação destinada a cuidadores de idosos, focada em cuidados paliativos

*Education proposal for elderly caregivers about the
palliative care*

Milena Yuri Suzuki

RESUMO: O estudo objetivou desenvolver uma proposta de educação para cuidadores de idosos, envolvendo os cuidados paliativos. A elaboração desta proposta de curso embasou-se na literatura explorada, cuja busca se deu em artigos recuperados das bases de dados Pubmed e Bireme; resulta também de experiências anteriores da pesquisadora que convive, junto a outros profissionais, com as questões humanas, especialmente em situação de cuidados paliativos, oferecendo acompanhamento a pacientes, familiares e cuidadores. Nesta proposta de curso destinado a cuidadores na terminalidade, as aulas foram agrupadas em cinco eixos que abordam o cuidado a partir do enfoque biopsicossocioespíritual, em uma interface que se nos configura, neste estudo, como fundamental para que os cuidadores possam ressignificar sua prática do cuidado e promover qualidade de vida na terminalidade.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Educação; Cuidadores de idosos.

ABSTRACT: *The study aimed developing an education proposal for elderly caregivers about palliative care. This proposal was embased on literature; the search was made through database Pubmed and Bireme. The classes were grouped into five areas that cover care from the viewpoint biopsicossociospiritual; this proposal is essential*

for caregivers reframing their practice of care and promote quality of life on the terminality.

Keywords: *Palliative Care; Education; Elderly Caregivers.*

Introdução

Em decorrência do processo de envelhecimento, o ser humano apresenta modificações diversas quanto aos aspectos biopsicossociais: ocorre a diminuição das capacidades físicas, lentidão no processamento de informações e modificações fisiológicas, um conjunto de transformações que é, via de regra, denominado senescência. Existe ainda o envelhecimento patológico, ou senilidade, caracterizado pela síndrome de fragilidade, quando o idoso apresenta diversas comorbidades. Dentre as mais comuns, destaca-se a disfunção no sistema imunológico, neuroendócrino e sarcopenia. O indivíduo pode ser considerado frágil, se houver presença de cinco critérios: redução da força de preensão, fadiga, nível reduzido de atividade física, lentidão da marcha e perda de peso não intencional (Fried *et al.*, 2004).

A fragilidade em idosos é, por conseguinte, caracterizada por declínios nas reservas funcionais e fisiológica, aumentando, dessa forma, a vulnerabilidade para a morbidade e mortalidade. Em decorrência do acúmulo de sintomas, bem como de necessidades médicas e sociais, é fundamental que se avalie o grau de habilidade funcional para que se possa planejar um tratamento, pois o idoso fragilizado pode apresentar diversos comprometimentos e dificuldades para desempenhar atividades básicas de vida diária (ABVD's) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD's). A categoria das ABVD's inclui: utilização do banheiro; alimentar-se, vestir-se, cuidar-se, deambular e tomar banho sozinho. Já as AIVD's consistem na habilidade de o indivíduo realizar, por conta própria, as seguintes tarefas: usar o telefone, comprar e controlar as finanças, preparar comida, limpar a casa, utilizar transporte e tomar medicações (Santos, 2011).

Nessa perspectiva, o idoso pode estar classificado em uma das três modalidades: independente; semi-dependente; e dependente. O idoso é considerado independente quando possui a capacidade de sobreviver sem auxílio para a realização das atividades

instrumentais e básicas de vida diária e autocuidado. O idoso é semi-dependente quando necessita de alguma assistência para a realização dessas atividades; e dependente quando o indivíduo é incapaz de realizar grande parte dessas atividades sem ajuda, devido às limitações físicas, cognitivas ou ambas (Canatch & Tebes, 1991).

Além disso, aspectos cognitivos podem acarretar dependência devido à perda de autonomia, que é a capacidade de autogovernança e tomada de decisões (Neri, 2005; Ribeiro, 2006). A esse respeito, Oliveira & Alves (2010, p.95) dizem que

(...) cada indivíduo é um Estado em si mesmo; cada indivíduo, enquanto não violar direitos alheios, é o seu próprio soberano, é autônomo. A autonomia entendida como um princípio ético é uma forma de liberdade pessoal baseada no respeito pelas pessoas, na qual os indivíduos têm o direito de determinar seu curso de vida enquanto esse direito não infringir a autonomia dos outros (Hosgtel & Gaul, citados em Diogo, 1997).

Sobre a capacidade de o ser humano de se autogovernar, de escolher o que deseja para si, de ter a liberdade de avaliar acontecimentos internos ou externos etc., Oliveira & Alves (2010, p.95) afirmam que, a partir do critério da autonomia, tal capacidade criou

Uma reviravolta completa na relação médico-paciente. Emerge uma relação não mais de sujeito (médico) e objeto (paciente), mas de sujeitos (médico e paciente). [o que, a nosso ver, é extensivo à relação com qualquer outro profissional, cuidador familiar ou profissional]. Agora, trata-se de sujeitos autônomos, que estabelecem relações interpessoais, compartilham decisões em parceria e no gozo de plenos direitos (Pessini & Barchifontaine, 1996). A relação entre pacientes e profissionais tem um novo comportamento, no qual se reconhece a capacidade de decisão do paciente; este é o marco do princípio da autonomia; nesse sentido, o consentimento informado, representa o respeito à pessoa com suas convicções e crenças.

Entretanto, surgem, como principais limitadoras da autonomia do idoso, as síndromes demenciais, que acometem 10% dos indivíduos, apresentando alta prevalência nos idosos. No Brasil, a principal demência é a Doença de Alzheimer (D.A.), seguida da demência vascular, demência por corpos de Lewy e as demências frontotemporais.

Nesse contexto de dependência, o idoso necessita, de fato, de um cuidador que possa auxiliá-lo a realizar diversas atividades da vida diária ou mesmo realizá-las por ele. Há duas modalidades de classificação para o cuidador: o informal e o formal; o primeiro é, geralmente, um membro familiar, muitas das vezes do sexo feminino que se responsabiliza pelos cuidados do idoso sem ser remunerado; e o cuidador formal é o profissional contratado e remunerado para exercer suas funções em uma residência ou em outros equipamentos de saúde.

Dentre as tarefas do cuidador, destacam-se: o auxílio nas atividades básicas de vida diária; o estímulo à comunicação, a realização de exercícios físicos e lazer; o acompanhamento do idoso nas consultas e exames e o cuidado da medicação por via oral (Ravagni, 2008).

Ao tratar de idosos, muitas vezes, os cuidadores lidam com questões relativas à morte e à finitude que acarretam, inevitavelmente, sentimentos de tristeza e desespero (Doll, 2007).

A respeito da morte ou finitude humana, Oliveira & Alves (2010, p.93) aprofundam algumas construções, mostrando que, além de ela ser um direito de todo o ser humano, é uma condição humana não somente privativa aos idosos, atingindo qualquer pessoa e em qualquer idade. Segundo os autores, a maior certeza da condição humana - a morte -, é

(...) quase sempre tratada como um assunto relegado a um segundo plano, constituindo intrínseca peculiaridade do *Homo sapiens sapiens*, o único ser vivente que tem a consciência da sua própria finitude (Freud, 1974, citado em Siqueira-Batista, 2004). A finitude da vida leva o ser humano ao desconforto e ao confronto entre viver e morrer, paradoxo este que remete aos pré-conceitos de definição.

Considerando este fato, é imprescindível um preparo dos cuidadores de idosos em maior condição de fragilidade, pois o confronto com uma situação de ameaça e letalidade pode gerar sentimentos desfavoráveis, os quais podem interferir na boa prática do cuidado (Py & Oliveira, 2011).

Gutierrez & Barros (2012, p.256), ao situarem a relevância dos cuidados paliativos no âmbito da saúde pública brasileira, objetivaram destacar, acerca da assistência paliativa, de que é preciso a “humanização do cuidado a todas as pessoas, principalmente àquelas que se encontram nos últimos momentos de uma vida repleta de experiências, vivências e aprendizados únicos de cada pessoa”.

As autoras, a partir dos depoimentos obtidos em entrevistas com cuidadores de idosos em particular, explicitaram um pouco do perfil desses profissionais:

O profissional da saúde que trabalha em cuidados paliativos deve ter uma sensibilidade aflorada, a fim de perceber e lidar com as emoções, sentimentos, dores, crenças e valores de pacientes e de seus familiares. Para tanto, além de um lado humano maior que a racionalidade humana, este profissional precisa ser preparado para lidar com seus próprios anseios e sentimentos, como também dos pacientes que estão próximos da terminalidade de suas vidas e de seus familiares (Gutierrez & Barros, 2012, p.256).

As autoras, finalmente, apontam o despreparo que verificaram nesses profissionais que lidam com a terminalidade da vida, argumentando em favor de uma filosofia dos cuidados paliativos:

Pela importância do preparo dos profissionais, a filosofia dos cuidados paliativos deve ser divulgada e explorada de forma mais abrangente, pois é nítido o despreparo de muitos profissionais diante do processo de morrer e da morte de pacientes, e da maneira de como devem agir perante os seus familiares que também estão passando por esse momento tão doloroso (Gutierrez & Barros, 2012, p.256).

Na verdade, o idoso que vivencia a progressão de uma doença que, inexoravelmente, o levará à morte, mantém-se em estado de ansiedade diante dessa realidade, inclusive temendo uma dor sem possibilidade terapêutica. Teme esse doente a

distanásia, ou seja, a morte lenta, ansiosa, com muito sofrimento, cf. Siqueira-Batista, R. & Schramm, F.R., 2004; Pessini (2007).

De forma similar se mantém a pessoa que cuida desse idoso, familiar ou mesmo o cuidador-profissional, que passa a ser afligida pelo mesmo sentimento, o que acaba repercutindo profundamente em sua vida pessoal; exige-se, pois, que esse cuidador deva estar atento a si mesmo e atentar para algumas das competências requeridas para um bom cuidado ao idoso: cumplicidade, gratificação, pendência, frustração e espiritualidade (Py & Oliveira, 2011).

Relativamente ao luto antecipatório do cuidador, isso deverá ser trabalhado, a fim de permitir-lhe uma elaboração psíquica durante a progressão do acontecimento, a resolução de pendências e facilitar seu desligamento do idoso (Torres, 2000).

Py & Oliveira (2011) propõem uma capacitação profissional de cuidadores baseada numa sistemática de encontros vivenciais que fundamentem a competência técnica numa base ético-existencial, a fim de minimizar tensões e rearranjar o mundo interno desse cuidador; assim, o cuidador tem oportunidade de ressignificar sua existência e preparar-se para a prática de cuidado com idosos na terminalidade.

Em decorrência do envelhecimento, percebe-se a crescente necessidade e importância dos cuidadores formais e informais de idosos, os quais, provavelmente, acompanharão seus pacientes idosos durante o processo de terminalidade e, muitas vezes, até o momento da morte. Portanto, é necessária a capacitação desses cuidadores para os cuidados paliativos, a fim de garantir a qualidade de vida do idoso na finitude, assim como o bem-estar biopsicossocial do próprio cuidador.

Os objetivos deste estudo são, pois, os de orientar cuidadores de idosos sobre os cuidados paliativos. Como objetivos específicos: - Promover o autocuidado entre os cuidadores de idosos; - Informar o cuidador sobre as técnicas de comunicação com o idoso moribundo; - Trabalhar o luto antecipatório; - Permitir a ressignificação da prática de cuidado para idosos na terminalidade.

Em termos de passos metodológicos, para este estudo sobre os cuidados paliativos, primeiramente realizou-se uma busca de literatura, especialmente de artigos científicos bem atuais, em duas bases de dados, Pubmed e Bireme, sendo que as combinações verbais utilizadas na busca desses artigos foram: “cuidados paliativos”, “educação para a velhice”; “cuidadores” e “idosos”. Após a etapa de busca, procedeu-se

a fase de seleção dos artigos para leitura de acordo com tais combinações verbais; posteriormente houve a leitura dos artigos selecionados em número de dez, cuja problematização está desenvolvida na introdução deste artigo em que se incluíram também observações arbitrárias de oralidade, informais, sobre estas práticas cotidianas junto a idosos de idade avançada, advindas de profissionais que atuam neste campo, mas muito especialmente as desta pesquisadora, que estenderam o estudo, até chegar à elaboração de uma proposta de educação por meio da realização de um curso destinado a cuidadores de idosos, focado nos serviços paliativos, proposta esta embasada nos conhecimentos motivados a partir da literatura aqui explorada.

Proposta de educação para cuidadores de idosos, a partir de um curso sobre cuidados paliativos

A proposta de educação inclui dinâmicas em grupo; música; cinema; palestras; debates em grupo; leitura; escrita; visualização; relaxamento e dramatização. As aulas são agrupadas em cinco eixos, que serão explicitados a seguir, em seus objetivos, conteúdo programático; e respectivas referências: (1) *percepção sobre a morte e o processo de morrer*; (2) *conceitos sobre a morte; sinais e sintomas nas últimas 48 horas* (3) *o cuidador e os cuidados paliativos*; (4) *o luto antecipatório*; (5) *a comunicação com o idoso na terminalidade*; e (6) *o manejo do estresse do cuidador*.

Sobre tema (1), a ***Percepção sobre a morte e o processo de morrer / Conceitos sobre a morte***, os objetivos colocados foram: (i) Propiciar um momento de reflexão para que o cuidador possa perceber como é sua visão sobre a morte e o processo de morrer; (ii) Conceituar a questão da morte. O conteúdo programático versou sobre os seguintes temas: 1. Tanatologia, a ciência da educação para a vida. 2. Noções sobre os conceitos de morte. Como estratégias de ensino: - Realizar uma breve apresentação sobre a tanatologia; - Solicitar que os cuidadores se reúnam em grupos para realizar uma dinâmica acerca da visão que cada um possui sobre a morte; - Apresentar uma música cujo conteúdo traga uma mensagem sobre a brevidade da vida e a morte; após a escuta da música socializar o que os idosos sentiram e o que puderam relacionar com sua autopercepção acerca da morte; - Realizar uma apresentação sobre os conceitos de

morte; - Apresentar um vídeo que faça com que as pessoas idosas reflitam sobre a própria morte e, posteriormente, socializar os sentimentos que surgiram nos cuidadores após assistir ao vídeo; - Socializar os resultados.

O tema (2), *Sinais e sintomas nas últimas 48 horas / O cuidador de idosos e os cuidados paliativos*, tem os seguintes objetivos: - Fornecer informações sobre os sinais e sintomas das últimas 48 horas do paciente moribundo, a fim de que o cuidador consiga identificá-los; - Orientar sobre o papel do cuidador de idosos nos cuidados paliativos. Para este tema, colocou-se o seguinte conteúdo programático: - O cuidar do moribundo nas últimas 48 horas; - Finitude e os cuidados ao fim da vida; - Noções sobre a prática dos cuidados paliativos para os cuidadores de idosos. As estratégias de ensino buscam: - Realizar uma apresentação sobre os sinais e sintomas das últimas 48 horas do paciente moribundo; - Solicitar que os cuidadores se reúnam em grupos para debater sobre o papel do cuidador na terminalidade e, posteriormente, socializar os resultados das discussões; - Apresentar um vídeo em que os cuidadores possam identificar os sinais e sintomas das últimas 48 horas do paciente moribundo; - Realizar uma dramatização sobre o cuidador e o paciente moribundo, a fim de que demonstrem na prática os cuidados paliativos e o papel do cuidador na terminalidade; - Discutir em plenária a percepção da dramatização.

O tema (3), *Luto antecipatório*, tem como objetivo: - Apresentar ferramentas que permitam que os cuidadores possam elaborar psicologicamente o luto, resolver pendências e facilitar o desligamento do idoso. O conteúdo programático versa sobre as seguintes unidades: - Luto antecipatório; - Resolução de pendências; - Espiritualidade. Quanto às estratégias de ensino: - Realizar uma apresentação sobre o luto antecipatório; - Introduzir um estudo de caso que aborde a resolução de pendências, solicitar que se reúnam em grupos para discuti-lo e, posteriormente, socializar os resultados das discussões; - Apresentar uma poesia e um vídeo que abordem a espiritualidade e, posteriormente, socializar o que sentiram e o que puderam relacionar com sua espiritualidade; - Solicitar que cada cuidador escreva uma carta para um Ser Supremo.

O tema (4), *Comunicação com o idoso*, objetiva: - Apresentar ferramentas que possam facilitar a comunicação com o idoso moribundo; - Orientar o cuidador para que possa identificar as possíveis falhas de comunicação e evitá-las. Como conteúdo programático, as seguintes unidades: - Técnicas da escuta ativa; - Importância da

comunicação não-verbal; - Barreiras e entraves na comunicação. As estratégias e ensino incidiram sobre: - Desenvolver uma dramatização sobre as possíveis falhas de comunicação; - Discutir os assuntos principais que surgiram na dramatização em plenária; - Realizar uma dinâmica em que os cuidadores irão se reunir em pequenos grupos e cada grupo receberá uma imagem que representa uma cena de comunicação não-verbal; posteriormente cada grupo irá apresentar a cena aos demais cuidadores, os quais decodificarão a mensagem não-verbal da cena; - Apresentar um vídeo que aborde as barreiras e falhas na comunicação e, posteriormente, solicitar que os cuidadores identifiquem as cenas e apresentem possíveis soluções para evitar que isso venha a ocorrer no cuidado que prestam.

O tema (5) intitulado *Manejo do estresse do cuidador*, tem como objetivos: - Prevenir a sobrecarga do cuidador; - Estimular o autocuidado. O conteúdo programático versa sobre: - Informações sobre sinais e sintomas do estresse, bem como sua evolução. - Importância do autocuidado, a fim de prevenir a sobrecarga; - Técnicas de autocuidado. Como estratégias de ensino: - Aplicar o instrumento que identifica a sobrecarga no cuidador; - Realizar uma apresentação sobre os principais sinais e sintomas do estresse e importância do autocuidado; - Convidar os cuidadores para participar de um relaxamento e alongamento.

Considerações finais

A preparação de cuidadores de idosos para lidar com os aspectos relevantes diante do processo de morte e o morrer poderia beneficiar tanto a pessoa cuidada quanto o cuidador.

O cuidador estará, certamente, sensibilizado para dar a atenção adequada ao idoso a partir dos aspectos biopsicossocioespirituais, compreendendo-o como um ser heterogêneo: “cada idoso é um idoso”; portanto, haverá uma maior possibilidade de que as crenças, necessidades espirituais, últimos desejos e pendências sejam atendidos.

Certamente, esse cuidador bem-preparado se mostrará mais atento aos sinais e sintomas, especialmente os das últimas 48 horas, o que facilita o controle de sinais e

sintomas, por meio da transmissão de informações aos profissionais que podem estar intervindo nos cuidados paliativos.

Os erros de comunicação entre cuidador e idoso podem ser minimizados, com o idoso poderia se beneficiando de um contato humano humanizado no seu processo de morte.

O cuidador estará preparado para lidar com o luto e a morte, e sofrerá menos com a sobrecarga, ao saber identificar esses acontecimentos e manejá-los adequadamente, contribuindo, assim, para uma melhor qualidade no cuidado do idoso terminal.

Portanto, considera-se fundamental a educação dos cuidadores de idosos focada nos cuidados paliativos, a fim de promover um bom cuidado e qualidade de vida para o idoso até os últimos momentos, e ressignificar a prática do cuidado para o cuidador.

Para tanto, é necessário, pois, que se desenvolvam cursos para os cuidadores que abordem a temática dos cuidados paliativos ou incluir uma proposta de educação nos presentes moldes em cursos já existentes.

Referências

Araújo, M.M.T. (2011). *Comunicação em cuidados paliativos: proposta educacional para profissionais de saúde*. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo (SP).

Burlá, C. & Py, L. (2008). Finitude e os cuidados ao fim da vida. *In: Born, T. (Org.). Manual do Cuidador da pessoa idosa: cuidar melhor e evitar a violência*. Brasília (DF).

Canatch, L. & Tebes, J.K. (1991). The nature of elder impairment and its impact on family caregiver's health and psychosocial functioning. *The Gerontologist, 31(2)*: 246-55.

Corrêa, S.R. (2011). O cuidar do moribundo nas últimas 48 horas. *In: Santos, F.S. (Org.). Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo (SP): Atheneu.

Doll, J. & Py, L. (2007). O idoso na relação com a morte. *In: Neri, A.L. (Org.). Qualidade de vida na velhice: um enfoque multidisciplinar*, 279-300. Campinas (SP): Alínea.

Gutierrez, B.A.O. & Barros, T.C.de. (2012, agosto). O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. *Revista Temática Kairós Gerontologia, 15(4)*, "Finitude/Morte & Velhice", pp.239-258. Online ISSN

2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

Neri, A.L. (2005). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas (SP): Alínea.

Oliveira, I.R.de & Alves, V.P. (2010, nov.). A pessoa idosa no contexto da bioética: sua autonomia e capacidade de decidir sobre si mesma. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(2), pp.91-98. On line ISSN 2176-901-X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperado em 02 fevereiro, 2012, de:
URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5368/3848>.

Pessini, L. (s/d.). *A Bioética é um grito por dignidade humana*. (Entrevista). Recuperado em 02/12/2012, de:
<http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Entrevista&exibir=integra&id=41>.

_____. & Barchifontaine, C.de P. (2000). Pesquisa com seres humanos. In: *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo (SP): Loyola.

_____. (2007). *Distanásia - Até quando prolongar a vida?* São Paulo (SP): Loyola.

Py, L. & Oliveira, J.F.P. (2011). Um cuidador a ser cuidado. In: Moritz, R.D. (Org.). *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*, 89-99. Brasília (DF): Conselho Federal de Medicina.

_____ (2011, dez.). Cuidador e finitude. *Revista Portal de Divulgação*. Recuperado em 17 dezembro, 2011, de:
<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>

Ravagni, L.A.C. (2008). O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. In: *Cuidar melhor e evitar a violência – Manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.

Ribeiro, D.C. (2006). Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cad. Saúde Pública*, 22(8), 1749-1754. Recuperado em 02 novembro, 2012, de
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800024&lng=en.

Santos, F.S. (2011). Cuidados Paliativos em Geriatria. In: *Cuidados Paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo (SP): Atheneu.

Siqueira-Batista, R. & Schramm, F.R. (2004). Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, 9(1): 31-41. Recuperado em 30 nov., 2012, de:
<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19821.pdf>.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. (2ª ed.). Lisboa (Portugal): Climepsi Editores.

Recebido em 02/03/2013

Aceito em 20/03/2013

Milena Yuri Suzuki – Bacharel em Gerontologia. Pós-Graduada em Cuidados Paliativos. Gerontóloga na *Instituição de Longa Permanência Assistência Social Dom José Gaspar*, Guarulhos (SP).

E-mail: milenayurisuzuki@hotmail.com