Uma abordagem holística ao paciente em cuidados paliativos: Revisão narrativa da literatura

A holistic approach to the patient in palliative care: A narrative review of the literature

DOI:10.34119/bjhrv4n5-171

Recebimento dos originais: 05/09/2021
Aceitação para publicação: 04/10/2021

Laura Fernandes Artur
Acadêmica de medicina
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – Suprema
Alameda Salvaterra, 200 - Salvaterra, Juiz de Fora- MG, 36033-003
E-mail: laurafernandesartur@hotmail.com

André Filardi Bernardino
Acadêmico de medicina
Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE
Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336
E-mail: andrefb.97@hotmail.com

Daniel Henrique de Siqueira Dornelas
Acadêmico de medicina
Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE
Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336
E-mail: daniel.siqueira96@yahoo.com

Gabriela Faria Gomes
Acadêmica de medicina
Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE
Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336
E-mail: gabrielafariagomes@hotmail.com

Guilherme Artur Campos
Acadêmico de medicina
Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE
Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336
E-mail: gui_campos_94@hotmail.com

Iann Cerqueira de Araújo
Acadêmico de medicina
Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE
Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336
E-mail: iann_97@hotmail.com

Lucas Campos Amaral
Acadêmico de medicina
Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE

Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336
E-mail: lucascamposamaral@gmail.com

Marcelo Lopes de Souza Mendes
Acadêmico de medicina
Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE
Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336
E-mail: marcelolsmendes@gmail.com

Natália Xavier Pinto e Farage
Acadêmica de medicina
Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE
Praça Pres. Antônio Carlos, 8 - São Sebastião, Barbacena - MG, 36202-336
E-mail: natalia.xfarage@gmail.com

Mônica Isaura Corrêa
Médica de Família e Comunidade
Centro Universitário de Caratinga – UNEC
R. Niterói, S/n - Nossa Sra. das Graças, Caratinga - MG, 35300-345
E-mail: monicaicorrea@hotmail.com

RESUMO
O cuidado paliativo (CP) é uma ferramenta empregada para aliviar sintomas dos pacientes que possuem diagnósticos de doenças incuráveis, proporcionando uma melhor qualidade de vida em todos os aspectos, sendo ela física, espiritual, mental e social. O objetivo do presente trabalho é fazer uma revisão da literatura acerca de como a abordagem holística aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares é de extrema importância. Observa-se que a comunicação é uma ferramenta imprescindível entre as equipes de saúde e o doente/familiar no que diz respeito, principalmente, ao prognóstico, ou seja, o entendimento por parte do enfermo da sua perspectiva de vida. Aliado a isso, a espiritualidade tem se mostrado bastante eficaz na aceitação em relação ao fim da vida pelo paciente. Porém, ainda há muito que as equipes de saúde possam evoluir e tratar a morte como algo natural de todo ser humano, conversando com as famílias e preparando-as para o luto. Dessa forma, torna-se necessário que as conversas sobre fim de vida sejam cada vez mais efetivas, e que os profissionais da área tenham preparo suficiente, fazendo com que os familiares e enfermos entendam o verdadeiro sentido da finitude e não sofram de maneira avassaladora.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Abordagem Holística, Luto.

ABSTRACT
Palliative care is a tool used to relieve symptoms of patients diagnosed with incurable diseases, providing a better quality of life in all aspects, whether physical, spiritual, mental and social. The aim of this paper is to review the literature on how the holistic approach to patients in palliative care and their families is extremely important. It is observed that communication is an essential tool between health teams and the patient/relatives with regard, mainly, to the prognosis, that is, the patient's understanding of their life perspective. Allied to this, spirituality has been shown to be very effective in accepting the patient towards the end of life. However, there is still a long way for health

teams to evolve and treat death as something natural for every human being, talking to families and preparing them for grief. Thus, it is necessary that conversations about end of life are increasingly effective, and that professionals in the area are sufficiently prepared, making family members and patients understand the true meaning of finitude and not suffer in an overwhelming way.

Keywords: Palliative Care, Holistic Approach, Grief.

1 INTRODUÇÃO

Conhecido como uma abordagem multidisciplinar cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares acometidos com doenças graves, de mau prognóstico, tem-se o cuidado paliativo (CP). O CP facilita o entendimento sobre os cuidados, auxilia na tomada de decisões complexas a respeito da vida do paciente, melhora o gerenciamento dos sintomas e fornece suporte psicossocial ao doente e sua família. Este tipo de cuidado está mais relacionado à pacientes terminais (MOLIDOR et al., 2018).

Ao se tratar de doenças terminais, o câncer continua sendo uma doença comum e limitante à vida. Em 2012, foi responsável por cerca de 8 milhões de mortes. Ao avaliar os dados epidemiológicos nos Estados Unidos, o câncer só perde para as doenças cardíacas como causa mais comum de morte (AKGÜN, 2017). A maior parte dos pacientes com câncer avançado necessita de apoio, muitas vezes dado pela família ou cuidadores, que acabam desenvolvendo problemas emocionais. O CP objetiva aliviar o sofrimento desses indivíduos (HEYMANN-HORAN et al., 2018). Muitas vezes, o serviço de apoio emocional e social ao luto é fornecido pelos profissionais atuantes no CP, que exercem o cuidado de pacientes com doenças terminais e seus familiares, dando apoio desde o diagnóstico, até após a morte do paciente (AOUN et al., 2017).

A definição de CP pela Organização Mundial da Saúde (OMS) se dá da seguinte forma: uma abordagem interdisciplinar que melhora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que vivenciam o dia-a-dia da evolução de doenças fatais, exercendo prevenção e alívio do sofrimento através de tratamento da dor e de outros fatores físicos, sociais, psicológicos e espirituais (AKGÜN, 2017).

As equipes de CP trabalham enfatizando o sofrimento físico, existencial, espiritual e social não só do doente, mas de todos os envolvidos. Auxiliam e facilitam a tomada de decisões durante o curso da doença. Fornecem apoio emocional ao paciente e

cuidadores/familiares, ajudam no enfrentamento do processo de luto e na decisão e planejamento dos cuidados oferecidos ao doente (AKGÜN, 2017).

Assim sendo, o objetivo do presente trabalho consiste em fazer uma revisão da literatura acerca de como a abordagem holística aos pacientes em cuidados paliativos e seus familiares é de extrema importância no entendimento do prognóstico da doença.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS NO FIM DE VIDA

O CP pode ser realizado em modelos dicotômicos, sobrepostos e simultâneos. No modelo dicotômico, o CP se torna o foco do paciente somente depois que as opções de tratamento da patologia que acomete aquele paciente, se esgotam. Essa abordagem é tipicamente uma abordagem de tudo ou nada, ou seja, fornece ao paciente apenas a cura ou apenas o conforto. Para o modelo de sobreposição, o CP é cada vez mais focado conforme as opções de tratamento curativo se tornam mais escassas. O simultâneo inclui o CP a partir do momento do diagnóstico e dos sintomas relatados pelo paciente, é mantido durante o tratamento ativo e continua a apoiar a família durante o período de luto, após a morte do paciente. Este último, por sua vez, por mais que seja o modelo mais recomendado, ainda não é o mais utilizado (AKGUN, 2017).

Diante do processo de terminalidade, é necessário que as equipes de saúde e os familiares não considerem somente a expectativa de vida do paciente, mas sim a qualidade de vida que lhe deve ser ofertada. Sabe-se que ter consciência de que alguns indivíduos morrerão, apesar dos esforços, é uma das realidades mais difíceis enfrentadas pelos profissionais de saúde, afinal, a morte ainda é um tabu. Mesmo que não seja possível modificar essa vivência, é possível oferecer um efeito significativo, duradouro e qualificado sobre a maneira pela qual o sujeito vive até o momento da morte, o modo que a morte acontece e até mesmo as memórias que ficam da morte para a família (NÓBREGA et al., 2019).

2.2 SOFRIMENTO E COMUNICAÇÃO

As equipes constituintes de CP lidam com os domínios do sofrimento físico, existencial, espiritual e social e se tornam facilitadores na tomada de decisões complexas em qualquer estágio de uma doença sem chances de cura. Os sofrimentos existencial, psicossocial e espiritual, além de serem comuns, podem ser mais difíceis de serem identificados e quantificados por ser algo extremamente subjetivo (AKGUN, 2017).

Cuidar de um familiar acometido por doença terminal representa uma sobrecarga muito grande por parte dos cuidadores e familiares, tendo em vista a exigência física e emocional inerente a este papel, muitas vezes desempenhado sem preparo em sobreposição com outras tarefas. Originam-se, por isso, várias consequências ao nível de função física e psicológica, sintomas de ansiedade e depressão (SILVA, 2016).

Outra barreira constatada que impede o início da discussão por profissionais de saúde é o sofrimento com o potencial impacto acerca de discussões sobre cuidados de fim de vida dos pacientes e pessoas próximas a eles. Neste mesmo estudo, evidenciaram que muitos profissionais da área da saúde continuam evitando conversar com os pacientes e/ou familiares devido ao medo de destruir a esperança ou causar danos (BRIGHTON; BRISTOWE, 2016).

Outro ponto é quando a discussão é negada ou rejeitada pelos familiares do doente. Esses pacientes em fim de vida podem ficar ansiosos e se sentirem responsáveis pelo sofrimento causado daqueles de quem mais gostam. Além disso, o que seu corpo sente pode ser desconectado de seus pensamentos por causa da negação dos outros de seu estado de declínio. O paciente precisa restaurar sua consistência entre sua mente e seu corpo, e assim, restaurar a harmonia entre ele e os outros (CASULA, 2018).

Sanderson et al. (2017) relataram que reuniões de família centradas no paciente eram perturbadoras para alguns familiares e para os próprios pacientes. A presença de angústias era totalmente comum e percebida por todos. No entanto, se as reuniões de família são consideradas intervenções de curto prazo para troca de informações, planejamento de cuidados ou solução de problemas imediatos, o sofrimento pode ser considerado menos aceitável do que se fossem considerados como tendo benefícios potenciais de longo prazo para os participantes. Idealmente, as reuniões familiares devem proporcionar um ambiente onde o sofrimento e a emoção podem ser apoiados com segurança por profissionais da saúde habilidosos, experientes e bem informados

2.3 PRINCIPAIS SINTOMAS NO FIM DE VIDA

As intervenções em CP precisam começar no ato do diagnóstico e se prolongar mediante todo o tratamento, regulando o controle da dor e de todos os sintomas relatados pelo paciente. Estas medidas podem ser executadas por uma equipe multiprofissional composta por profissionais da saúde, das mais diversas especialidades, como o enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, farmacêutico, nutricionista,

fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e odontólogo (SOUZA; JARAMILLO; BORGES, 2020).

Fadiga, hiporexia, dor e dispneia são frequentemente relatados e estão entre os sintomas mais incômodos e comuns para os pacientes. Muitos desses sintomas são piorados à medida que os pacientes se aproximam da finitude. Assim como a avaliação da dor, não existe uma ferramenta de medição que seja objetiva para dispneia, fazendo com que a dispneia deva ser avaliada diretamente pelo autorrelato do paciente e deve ser notada quanto à sua qualidade, por exemplo, maior esforço para respirar, falta de ar, compressão torácica, sua intensidade e seu impacto na execução das atividades gerais (AKGUN, 2017).

Outra necessidade que deve ser controlada é o estresse. Pacientes terminais relataram que desejavam o alívio do stress físico, a suspensão de testes, das medicações e tratamentos dolorosos e desnecessários. Solicitaram o conforto, cuidado/carinho e a garantia de cuidado e gentileza quando partes doloridas do corpo fossem tocadas, na realização de testes ou utilização de medicações. Estas medidas foram eficazes no alívio do estresse (SOUZA; JARAMILLO; BORGES, 2020).

2.4 ESPIRITUALIDADE

É notório que um nível mais alto de bem-estar espiritual está significativamente melhor relacionado com o bem-estar geral dos pacientes e pouco correlacionado com sintomas de depressão, dor, desespero do fim da vida, angústia e desesperança. O bem-estar espiritual, para aqueles que têm alguma crença, é visto como uma das influências mais importantes na qualidade de vida no final da vida dos pacientes. Isso faz com que no CP, como se tem um cuidado especial com a saúde física dos pacientes, deve-se também prestar atenção suficiente ao seu bem-estar espiritual (CHEN et al., 2018).

A espiritualidade e a religiosidade têm se mostrado como consideráveis ferramentas utilizadas no enfrentamento da dor, principalmente quando se trata da dor crônica. O benefício da espiritualidade e da religiosidade na redução da percepção dolorosa pode estar vinculado com uma maior eficiência e interatividade do sistema hipotálamo-pituitária-adrenal, em resposta ao estímulo doloroso, que promovem a liberação de mediadores importantes (GABA - ácido gama-aminobutírico, serotonina, dopamina) no sistema nervoso central, que causam sensação de bem-estar (EVANGELISTA et al., 2019).

Além disso, a espiritualidade é um meio intensificador do apoio social que permite uma melhor adaptação psicológica até dos familiares, com diminuição dos sentimentos depressivos. Assim, o cuidador sente-se amparado e protegido por um ser superior, encontrando, na religiosidade, o suporte para melhor aceitação das situações vivenciadas, superação de obstáculos e enfrentamento do seu ente querido que esteja no fim de vida (NÓBREGA et al., 2019).

Ressalta-se, no entanto, que apesar de o atendimento espiritual ser um recurso curativo de grande importância na assistência a esses pacientes em CP, sua realização permanece menosprezada pelos profissionais de saúde devido a uma falta de preparo e à dificuldade encontrada de atender às necessidades espirituais de cada indivíduo, o que leva a uma carência de informações a respeito desta abordagem. Isso significa que novas investigações a respeito da temática devem ser feitas no sentido de contribuir para a construção de conhecimentos sobre os cuidados paliativos e a espiritualidade de modo a gerar subsídios para que os profissionais de saúde possam se sentir mais seguros para atender o paciente terminal (EVANGELISTA et al., 2019).

2.5 IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Gotze et al. (2016), evidenciaram que os cuidadores de pacientes paliativos têm uma qualidade de vida significativamente inferior e mais sintomas somáticos do que as pessoas que cuidam de um parente com tratamento apenas curativo, e não paliativo. Os cuidadores que são familiares são os que mais sofrem de transtornos de ansiedade e depressão. Além disso, cuidadores do gênero feminino e pessoas com idade avançada, são fatores de risco para alto sofrimento psíquico.

Neste mesmo estudo, 31,9% dos cuidadores familiares apresentaram altos níveis de ansiedade e 29,2%, altos níveis de depressão no início do cuidado domiciliar, pela dificuldade da demanda de cuidado por parte dos pacientes. Logo após a morte do paciente, fizeram uma avaliação e os sintomas de ansiedade e depressão no enlutado diminuíram de forma significativa, que pode ser explicado pelo fato de os cuidadores não terem mais que lidar com o sofrimento do doente (GOTZE et al., 2016).

Já Delalibera et al. (2016), avaliaram o nível de sobrecarga dos cuidadores e identificaram que 52% dos que participaram da pesquisa, apresentaram uma sobrecarga moderada; cerca de 26,7% apresentaram sobrecarga moderada a severa e 20% dos cuidadores não apresentaram nenhum sinal de sobrecarga. Porém, a maioria dos

cuidadores apresentaram níveis elevados de ansiedade (61,3%), depressão (69,3%) e somatização (54,7%).

Os sintomas psíquicos são advindos devido a um confronto de sentimentos, visto que mesmo sabendo da complexidade da situação de saúde do paciente e a caracterização da doença incurável como sinônimo de terminalidade, criam a expectativa de que ele permaneça vivo. As experiências vivenciadas pelos familiares são parecidas a do enfermo, no que tange a sua singularidade e se caracteriza por desejos, anseios e projetos momentâneos (NÓBREGA et al., 2019).

2.6 LUTO

O luto pode acontecer de forma antecipada, que é definido pela perda esperada vivida tanto pelo paciente quanto por sua família, na fase que compreende o diagnóstico e a morte propriamente dita; o normal, ou luto no tempo certo, que se qualifica como o evento após a morte; e o luto complicado ou patológico, quando a lamentação e angústia diante da perda daquele ente querido podem variar desde a dor da ausência, até uma tristeza que pode aparecer relacionada a ideações suicidas e outros sintomas psiquiátricos. O luto representa, de forma essencial, a resposta a um fato que é inevitável, mas que todos os seres humanos, em algum momento de suas vidas, vivenciarão esse sentimento (FERNANDES et al., 2016).

A falta e preparo para a morte é um fator de risco bastante evidente para o luto complicado. A participação de reuniões de família onde as preocupações emocionais e existenciais são debatidas de forma aberta, e as conversas são compartilhadas e testemunhadas com o paciente sobre o seu fim de vida, podem, de forma significativa, fornecer proteção contra dificuldades futuras de luto. Portanto, o significado do sofrimento que é expresso durante as reuniões de família merece um estudo mais aprofundado. O acompanhamento de forma longitudinal ajudaria a compreender as implicações positivas e negativas (SANDERSON et al., 2017).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se considerar que a assistência integral ao paciente em CP é de extrema importância em vários quesitos da vida. O apoio ao luto, alívio de sintomas no fim da vida, a espiritualidade, a atenção aos familiares e cuidadores e a comunicação familiar são algumas ferramentas utilizadas para uma abordagem holística nos pacientes em fim

de vida. O entendimento da finitude humana e a manutenção da qualidade de vida do paciente mediante uma doença que não tem cura, são fatores que interferem diretamente no prognóstico. Dessa forma, torna-se evidente que equipes de saúde tenham preparo físico, mental, espiritual e profissional para lidar com a morte, assim, a assistência ao paciente e aos familiares se torna efetiva e aumenta cada vez mais a percepção de aceitação da morte por parte destes.

REFERÊNCIAS

AKGÜN, K..M. Palliative and End-of-Life Care for Patients with Malignancy. **Clin Chest Med.** v. 38: p.363-376, 2017.

AOUN, S.M. et al. Bereavement support for family caregivers: The gap between guidelines and practice in palliative care. **PLoS ONE**. v.12, n.10: p. 1-15, 2017.

BRIGHTON, L.J; BRISTOWE, K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. **Postgrad Med J**. v.92: p.466-470, 2016.

CASULA, C. Clinical hypnosis, mindfulness and spirituality in palliative care. **Annals of Palliative Medicine**. v.7, n.1: p.32-40, 2018.

CHEN, J. et al. The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: A systematic review. **Palliative Medicine.** v.0, n.0: p. 1-13, 2018.

DELALIBERA, M. et al. Circunstâncias e consequências do cuidar: estudo prospectivo em cuidados paliativos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.7: p.2351–2362, 2018.

EVANGELISTA, C.B. et al. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm**. v.69, n.3: p. 554-563, 2016.

FERNANDES, M.A. et al. Cuidados paliativos e luto: um estudo bibliométrico. **Esc Anna Nery.** v.20, n.4: p. 1-9, 2016.

GAERTNER, J. et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. **BMJ**. v.358: p. 1-14, 2017.

GOTZE, H. et al. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. **Eur J Cancer Care.** v.27, n.2: p. 1-8, 2016.

HEYMANN-HORAN, A.V. et al. Effect of home-based specialised palliative care and dyadic psychological intervention on caregiver anxiety and depression: a randomised controlled trial. **British Journal of Cancer**. v.119: p.1307-1315, 2018.

MOLIDOR, S. et al. Palliative Care and Stroke. An Integrative Review of the Literature. **Journal of Hospice & Palliative Nursing.** v.20, n.4: p.358–367, 2018.

NÓBREGA, M.R. A importância dos cuidados paliativos na abordagem ao paciente oncológico. **Revista saúde & ciência online**. v.8, n.2: p.5-14, 2019.

SAMPAIO, C. A. C.; ALVES, F. K.; FALK, V. C. V. Arranjo socioprodutivo de base comunitária: Interconectando o turismo comunitário com redes de Comércio justo. **Turismo Visão e Ação.** v. 10, n 2. p. 244-262, 2008.

SANDERSON, C.R. et al. Patient-centered family meetings in palliative care: a quality

improvement project to explore a new model of family meetings with patients and families at the end of life. **Annals of Palliative Medicine**. v.6, n.2: p.195-205, 2017.

SILVA, S.M.A. Os Cuidados ao Fim da Vida no Contexto dos Cuidados Paliativos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.62, n.3: p.253-257, 2016.

SINGER, P. **Introdução à economia solidária**. 3ª ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2002.

SOUZA, M.C.S; JARAMILLO, R.G; BORGES, M.S. Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Enfermería Global.** n.61: p. 433-448, 2021.