

A EMERGÊNCIA DO MODELO HOLÍSTICO NOS CUIDADOS AOS MORIBUNDOS

JOÃO CARLOS MACEDO *
ROSA MARIA MALHEIRO **

RESUMO

Os autores abordam a morte humana sob o ponto de vista do modelo biomédico e do modelo holístico, defendendo a necessidade emergente da implementação deste último para a melhoria da qualidade dos cuidados e sua humanização.

PALAVRAS-CHAVE: MORTE; MODELO BIOMÉDICO; MODELO HOLÍSTICO

SUMMARY

The authors approach the human death on the biomedical model and the holistic model. They defend the emergency of the last one to improve better care and humanization.

KEY-WORDS: DEATH; BIOMEDICAL MODEL; HOLISTIC MODEL

0 — INTRODUÇÃO

O sistema actual de prestação de cuidados de saúde encontra-se alicerçado no modelo biomédico. Este modelo, compartimenta o ser humano e subjugua os profissionais de saúde a uma prática mecanicista, esquecendo a complexidade intrínseca da pessoa. Consideramos que a mudança de modelo de actuação nas estruturas de saúde, para um modelo holístico (visão do todo da pessoa, dos seus aspectos físicos, emocionais, espirituais...), contribuiria para uma melhoria da prestação dos cuidados de saúde.

"O holismo na medicina opõe-se ao tratamento impessoal por parte dos médicos e outros profissionais de cuidados de saúde como se as pessoas mais não fossem que máquinas brilhantes e complexas e casos adequados para tratamento." (Griffin, 1994:20).

Relativamente à morte humana e aos cuidados prestados nas unidades de saúde aos moribundos, afirmamos a imperiosa necessidade de mudança de visão puramente biológica

para uma prática holística da pessoa que está a morrer.

1 — MODELO BIOMÉDICO: PERSPECTIVA BIOLÓGICA

O que deparamos, nas nossas unidades de saúde, é ainda uma marcante desumanização da morte humana. Ainda se morre sozinho, desenraizado, num ambiente altamente tecnológico. E isto decorre, da negação da própria morte e da fuga aos moribundos, também porque não fomos educados para integrar a morte na vida e temos dificuldade em lidar com as nossas emoções. E neste particular residirá um dos grandes problemas que enfrentamos ao longo da nossa vida, os déficits da educação emocional.

Sandro Celano (1999) no seu livro *"Corpo e Mente na Educação: uma saída de emergência"*, faz uma afirmação que é sugestiva: *"Conquistamos o espaço, mas pouco ou nada aprendemos sobre como expandir o nosso afecto, como lidar com os nossos conflitos, carências e sonhos"* (p. 11).

No campo da saúde, o que verificamos é a operacionalização de toda a estrutura, segundo o

* Assistente na ESECG - Braga.

** Enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados de Medicina I - Mulheres do HSM.

modelo denominado biomédico. Este modelo segundo Paúl (1999) "...é a expressão máxima do dualismo cartesiano, da corrente positiva, em que a mente surge separada do corpo e em que este é visto como objecto do conhecimento, sujeito de leis universais e cujas disfunções tem causas que, quando removidas, permitem que se restabeleça o bom funcionamento da máquina" (p. 15). As nossas estruturas de saúde estão organizadas segundo este modelo, de tal forma, que alguns serviços de saúde e, nomeadamente os hospitais, assemelham-se a complexas cadeias de produção cujo corpo máquina entra na sala de verificação das peças (Paúl, 1999).

Ribeiro (1995:39) aponta aos principais características deste modelo:

- Considerar essencialmente o órgão afectado;
- Actuar de forma standardizada de acordo com o diagnóstico médico;
- Actuar com base nos juízos, rotinas e normas de organização;
- É eficiente no cumprimento das tarefas que privilegia em detrimento da comunicação;
- Distancia-se e procura resolver os problemas de forma racional;
- Dá ênfase à terapêutica que poderá ajudar o utente;
- Valoriza sobretudo o diagnóstico e tratamento;
- Lida com os aspectos objectivos da situação, desvalorizando a subjectividade e os sentimentos do tratamento;
- Realiza as actividades para o utente, não estimulando a sua participação;
- Centra-se na doença.

Estas características justificam o tipo de actuação vigente relativamente à morte. A morte acaba por não ser tratada com o devido relevo, porque o modelo biomédico tutela os profissionais, conduzindo à centralização mais na doença que na pessoa, mais nos aspectos biológicos do que na parte emocional da pessoa que está em fase terminal. Como afirma Oliveira (1999): "Os profissionais, com o seu saber e competência, tentam fazer o seu melhor, mas parecem preocupar-se mais com o corpo do paciente e seu funcionamento biológico (como se fosse um objecto), do que com a pessoa, com os seus sentimentos, dúvidas e aflições; que são por vezes evidentes, como o medo da morte, claro, e

também da dor, do desconhecido e de toda esta esquisita situação." (pp. 152-153). Isto vem ao encontro do que Goleman (1996) relata no capítulo II do seu livro, "Inteligência Emocional": "O problema é quando o pessoal médico ignora como os doentes estão a reagir emocionalmente, embora tratando da sua condição física (...) Muito frequentemente, os cuidados médicos modernos sofrem de falta de inteligência emocional" (p. 186).

A própria formação dos profissionais de saúde é deficitária, abarcando mais os aspectos da doença, da fisiopatologia em detrimento de uma abordagem mais abrangente e integral, em que os aspectos físicos, emocionais e espirituais seriam objecto de estudo para entender-se todas as variáveis que estão a interferir no estado de saúde da pessoa.

2 — MODELO HOLÍSTICO: PERSPECTIVA INTEGRAL

Actuar sob um ponto de vista holístico é ter uma visão integral da pessoa. Segundo Griffin (1994): "Holismo, que deriva da palavra grega *holos*, que significa todo, tem conotações fortemente positivas a opor a um mundo que a experiência quotidiana nos ensina ser fragmentado, superespecializado e impessoal (...) Holismo implica a síntese das partes para obter um todo" (p. 20). Transpor, esta ideia, para as questões da morte humana e para a actuação dos profissionais de saúde é, ao fim e ao cabo, humanizar os cuidados de saúde.

Quando pensamos na pessoa como um todo, em que atendemos aos aspectos subjectivos da sua situação, damos apoio emocional, valorizamos os seus sentimentos e os efeitos do tratamento e centramo-nos na sua saúde (e não na sua doença ou órgão afectado) (Ribeiro, 1995:39) mudamos de "paradigma" de actuação. Esta mudança torna-se mais benéfica para a saúde da pessoa, pois como sabemos todos os aspectos da vida dessa pessoa afectam de uma forma positiva ou negativa o seu bem-estar (numa espécie de circularidade causal)¹.

No caso do moribundo isto assume particular relevo mercê da sua vulnerabilidade na fase terminal da vida. Não mais podemos considerar apenas um corpo que morre mas antes uma vida que cessa e que com os melhores cuidados possíveis tem direito a morrer com dignidade.

Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra, que se dedicou mais de 25 anos a estudar moribundos,

¹ E aqui realçamos, a nossa posição que não é a de uma xenofobia biomédica mas antes, de uma plena integração no modelo vigente, de parâmetros que não são utilizados isto é, que sob um ponto de vista holístico não se exclua os aspectos físicos, nem a doença mas, integre-se num vasto campo não compartimentado mas antes unificado com mais níveis de organização encaixados, influenciarem-se mutuamente. Na pessoa humana, não há lugar para dualismos, a actuação deve pautar-se por atender aos aspectos objectivos e subjectivos, ao racional e ao emocional, sem comportas divisórias.

elaborou um esquema, dos processos psicológicos por que passa o doente em fase terminal:

- Negação
- Raiva/Cólera
- Negociação
- Depressão
- Aceitação

Estas fases, que não são estanques, e pelas quais poderão passar alguns moribundos (descrito no livro *On Death and Dying*, 1969 — Consultada tradução de 1996) representam um primeiro passo para compreendermos a pessoa que está neste período crítico. Simultaneamente, verifica-se a complexidade da pessoa, que passa por várias reacções psicológicas, avançando, retrocedendo ou nunca atingindo certos estádios. Isto em última análise, é uma visão holística da pessoa moribunda. A autora, ao estudar os moribundos, não se deteve só no corpo mas abarcou a escuta, a compreensão de toda a sua complexidade, tentando lutar para que a medicina, já nos anos 60, tivesse atenção a todos os parâmetros ao cuidar o moribundo e não somente o factor biológico.

A esta perspectiva, aliamos uma outra, que é preciso implementar no nosso país: os cuidados paliativos.

As unidades de cuidados paliativos (também denominados de hospícios) que tiveram o seu início no St. Christopher Hospice na Inglaterra, pela mão da médica Cicely Saunders, baseiam a sua prática numa perspectiva holística.

"Hospice is basically a concept of medical, nursing, and spiritual care for the terminally ill. Its purpose is to provide patients and families a comfortable and supportive environment to ease the period of illness before death (...) Hospice care is centered on the philosophy of humanistic medicine, which cares for the whole person, including the family." (Burnell, 1993:277-278).

A OMS considera que os cuidados paliativos têm os seguintes objectivos:²

- Reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo normal;
- Estabelecer um processo que não acelera a chegada da morte nem tão pouco atrasa;
- Proporciona alívio da dor e de outros sintomas angustiantes;
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais do tratamento do doente;

- Oferecer um sistema de apoio para ajudar os doentes a levar uma vida mais activa possível até que morram;
- Oferecer um sistema de apoio à família para que possa enfrentar a doença do doente e ultrapassar o período de luto.

Repare-se que estes objectivos remetem-nos para um holismo, que na verdade é, denunciado nas unidades de cuidados paliativos, em que as equipas são constituídas por: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, sacerdotes da religião, voluntários e família que coadjuva nos cuidados.

Basicamente, os cuidados nestas unidades têm muita pouca tecnologia, são "...quase medicamente descaracterizados (excepto quanto à procura de meios medicamentosos para a sedação da dor) e centralizados na disponibilidade do pessoal de enfermagem (...) para assegurar a cada doente o maior conforto físico possível, e a escuta e acompanhamento emocional de que terá necessidade com a aproximação da morte" (Haynal e col., 1998:234).

Temos que proceder a mudanças no sector da saúde, para conquistarmos uma melhoria do modo como se morre nos nossos dias e nas unidades de saúde. Uma primeira mudança consistirá em incrementar a formação dos profissionais de saúde, nomeadamente nos aspectos emocionais, mudando de modelo de actuação aquando da formação, isto é, do biomédico (compartimentado) para o modelo holístico. O Dr. Eric Cassel afirmava a propósito da formação médica e o contacto com os moribundos (cit. por Hendin, 1998):

"Medical students can no longer be kept away from dying patients on the grounds that there is nothing can learn from them; on the contrary, they must be encouraged to learn that communicating with and caring for those who are dying is necessary to truly be a physician" (p. 247).

Uma outra mudança necessária consiste na incrementação de políticas de cuidados paliativos, que mais não são do que unidades de cuidados holísticos. Realçamos neste item, uma temática que se encontra em voga actualmente: as unidades de cuidados paliativos domiciliários ou hospitalizações domiciliárias. Cerca de 80% das mortes, em Portugal, ocorrem em unidades hospitalares (Serrão, 1999:86), no entanto muitas pessoas em fases terminais expressam o desejo de morrer em casa. E nestas circunstâncias, a existência de recursos comunitários na área dos cuidados paliativos domiciliários seria um bálsamo para os doentes e suas famílias.

² Cf. O Astudillo, Wilson; Mendinneta Carmen; Astudillo Edgar (1994). Cuidado del enfermo en fase terminal y atención a su familia, p. 4.

Como afirma Saunders e col. (1995), "*Most cancer patients want to die at home (...) Palliative care delivered in the home setting, usually by a multidisciplinary team (...) can address these factors and increase the number who die at home*" (p. 7).

Esta terá que ser uma medida de âmbito político, o nascimento de unidades de cuidados domiciliários ao invés de cuidados hospitalizados. Para além do factor económico é, sem margem de dúvida, uma medida de humanização da morte humana e também uma visão holística dos cuidados na fase terminal da vida.

3 — CONCLUSÃO

Numa entrevista a uma jornalista do Diário de Notícias³, o cirurgião Mário Bernardo, do IPO – Lisboa, afirmou:

"As sociedades podem ser antropogénicas ou antropolíticas, de acordo com aquilo que consideram o valor do próprio homem. Uma sociedade antropogénica está virada para o homem; as antropolíticas centram-se noutros valores mais materiais. Nas antropogénicas, 100% dos cuidados paliativos pertencem à síndrome de respeito pela pessoa; nas antropolíticas vive-se a síndrome do NTOCM (Não Ter Onde Cair Morto)" (1995:224).

Com uma visão holística, a síndrome relatada em último lugar não tem sentido, isto é, o respeito pela pessoa, é um pressuposto fundamental.

O melhor caminho a percorrer é prestarmos cuidados tendo em conta que a pessoa é um todo e nunca pode ser excluída qualquer parte, sob pena de não cuidarmos humanamente. O que mais uma vez afirmamos é que a morte, não podendo ser excluída da vida, deve ser abordada sob o ponto de vista holístico, caso contrário, estaremos a contribuir para agravamento do estado de saúde das populações, por apenas tratarmos e nunca cuidarmos os moribundos.

Mudanças na formação básica dos profissionais de saúde e nas políticas de saúde na área dos cuidados no fim da vida, contribuirão necessariamente para uma melhoria na prestação de cuidados, especialmente no que concerne à sua humanização.

BIBLIOGRAFIA

- ASTUDILLO, Wilson; MENDINETA, Carmen; ASTUDILLO, Edgar. *Cuidado del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona: Ed. Universidad Navarra, 1994.
- BURNELL, George M. *Final Choices: to live or to die in a age of medical technology*. New York: Plenum Press, 1993.
- CELANO, Sandro. *Corpo e Mente na Educação: uma saída de emergência*. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.
- GRIFFIN, Anne. Holismo na Enfermagem: o seu significado e valor. *Nursing*, ano 7, n.º 82, pp. 20-22, 1994.
- GOLEMAN, Daniel. *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates, 1996.
- HAYNAL, André; PASINI, Willy; ARCHINARD, Marc. *Medicina Psicossomática — perspectivas psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores, pp. 223-236, 1998.
- HENDIN, Herbert. *Seduced by death: doctors, patients and assisted suicide*. New York: W. W. Norton & Company, 1998.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. S. Paulo: Martins Fontes, 1996.
- OLIVEIRA, Abílio. O Desafio da Morte, Lisboa: Editorial Notícias, 1999.
- PAÚL, Constança; MARTIN Ignácio; ROSEIRA, Luís. *Comunidade e Saúde. Satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto: Edições Afrontamento, 1999.
- RIBEIRO, Lisete Fradique. *Cuidar e Tratar: Formação em enfermagem e Desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa Educa/SEP, pp. 23-40. 1995.
- SERRÃO, Daniel. Ética das atitudes médicas em relação com o processo de morrer. In AAVV. *Ética em cuidados de saúde* (Coord. Daniel Serrão e Rui Nunes) Porto: Porto Editora, pp. 83-92, 1999.
- SILVA, Maria Augusta. *Em nome da vida. Portugal e o cancro*. Lisboa: Editorial Notícias, 1995.

³ Estas entrevistas encontram-se publicadas no livro "Em Nome da Vida — Portugal e o Cancro" de Maria Augusta da Silva (1995) de Editorial Notícias e foi galardoado com o Prémio Abel Salazar e Prémio Gazela/Reportagem da Imprensa.