

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LAURA POOCH RODRIGUES

TERAPIA DA DIGNIDADE: **uma revisão narrativa de literatura**

PORTO ALEGRE

2021

LAURA POOCH RODRIGUES

TERAPIA DA DIGNIDADE: **uma revisão narrativa de literatura**

Trabalho apresentado como requisito parcial para a conclusão de Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Remor

PORTO ALEGRE

2021

AGRADECIMENTOS

À Maria de Lourdes, minha avó, que sempre tratou da morte como parte da vida. Que me ensinou que velórios podem ser lugar de risada pelas boas lembranças. Que não tem medo de morrer, e mesmo assim valoriza a vida mais do que qualquer pessoa que conheço.

À Sofia, minha filha, que acompanha dentro de mim essa escrita que não é nem de perto sobre morte, e sim sobre vida. Que me traz esperanças de viver mais intensamente, de olhar com curiosidade para o mundo de novo, e vivenciar o tempo com gratidão.

"Tempo de vida é a vida que se coloca no tempo que se tem."

Elisabeth Kübler-Ross.

RESUMO

A Terapia da Dignidade é uma abordagem breve e individualizada, que permite que o paciente discuta questões individuais importantes para a manutenção de sua dignidade, a fim de responder às angústias psicossociais e existenciais que aparecem no fim da vida. Sua eficácia é comprovada em diferentes estudos, porém há pouca divulgação desta temática dentro dos Cuidados Paliativos no Brasil.

Objetivos: Desenvolver uma revisão narrativa de literatura a fim de ampliar a fundamentação teórica sobre a Terapia da Dignidade para futuras pesquisas e trabalhos no campo, estabelecendo relações com outras produções e auxiliando na consolidação dessa abordagem dentro dos Cuidados Paliativos.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica utilizando os termos “Dignity Therapy”, “Palliative Care” e “End of Life” nas seguintes bases de dados: PsycINFO e PubMed. Do total de 94 artigos encontrados, 11 cumpriam os critérios de seleção previamente denominados, tendo sido considerados no presente estudo.

Resultados: A Terapia da Dignidade é uma intervenção não farmacológica em cuidados paliativos que oportuniza um espaço de fala e de reflexão sobre a vida e a dignidade na terminalidade. Mostra-se útil e eficaz na diminuição dos sintomas de distresse, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão e diminuição do sentimento de fardo para os outros. Também auxilia no enfrentamento da proximidade da morte e mostra benefícios importantes no suporte aos familiares.

Conclusão: A Terapia da Dignidade, é uma ferramenta terapêutica e sua aplicação em pessoas que se encontram em final de vida auxilia na diminuição do sofrimento e facilita a adequação dos cuidados ao sentido de dignidade de cada pessoa.

Palavras-chave: Terapia da Dignidade; Cuidados Paliativos; Fim de Vida.

ABSTRACT

Dignity Therapy is a brief and individualized approach, which allows the patient to discuss individual issues that are important for the maintenance of their dignity to respond to the psychosocial and existential anxieties that could appear at the end of life. Its effectiveness is shown in different studies, but it is still not a well-known approach within palliative care.

Objective: Develop a narrative literature review to broaden the theoretical foundation on Dignity Therapy for future research and work in Palliative Care, establishing relationships with other productions and helping to consolidate this approach.

Methods: A literature search was carried out using the terms “Dignity Therapy”, “Palliative Care”, and “End of Life” in the following databases: PsycINFO and PubMed. Ninety-four articles were found, 11 of them fulfilled the previously named selection criteria and having been considered in this study.

Results: Dignity Therapy is a non-pharmacological intervention in palliative care that provides a space for speech and reflection on life and dignity in terminality. It has been shown to be effective in decreasing symptoms of distress, anxiety, depression and lessening the feeling of burden for others. It also helps in coping with the proximity of death and shows important benefits in supporting family members.

Conclusion: The Dignity Therapy is a therapeutic tool and its application in people who are at the end of life helps to reduce suffering and facilitates the adequacy of care to each person's sense of dignity.

Keywords: Dignity Therapy; Palliative Care; End of Life.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	DESENVOLVIMENTO	9
2.1	CONCEITO DE DIGNIDADE	9
2.2	TERAPIA DA DIGNIDADE	10
3	METODOLOGIA	14
3.1	REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA	14
3.2	MÉTODO DE BUSCA	14
4	RESULTADOS	18
5	DISCUSSÃO	22
6	CONCLUSÕES	26
	REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014), Cuidados Paliativos é uma estratégia que precisa ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional, que “objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais”. O paciente precisa ser visto como ser biográfico, ativo, com direito à informação e autonomia plena para as decisões sobre seu tratamento.

Uma pessoa pode se manter em cuidados paliativos por muitos anos, entretanto, a proximidade da morte pode gerar desconfortos físicos e mentais ainda mais acentuados. Chochinov et al. (2005) trazem que uma das maiores dificuldades das equipes de cuidados paliativos é manter o senso de dignidade dos pacientes que enfrentam o processo de morrer.

A partir disso, a Terapia da Dignidade é desenvolvida como uma abordagem breve e individualizada, permitindo que o paciente discuta questões individuais importantes para a manutenção de sua dignidade, a fim de responder às angústias psicossociais e existenciais que aparecem no fim da vida. Como resultado, desenvolve-se junto com a pessoa um documento de legado a ser deixado para seus familiares, para que sua vida seja lembrada após a morte. As questões trabalhadas na Terapia da Dignidade também podem servir de orientação à equipe de cuidados paliativos, que assim tem a possibilidade de oferecer um serviço mais individualizado e específico para as necessidades relacionadas à dignidade do paciente.

De acordo com Julião et al. (2013) a preservação da dignidade se relaciona intimamente com a assistência prestada, com a sensibilidade dos profissionais de saúde e cuidadores e com a intensidade dos cuidados. Assim, podemos ajudar a manter o senso de dignidade à medida que os pacientes estejam em ambientes acolhedores, que proporcionem um cuidado integral e uma boa prevenção e manutenção de sintomas.

Sendo assim, a Terapia da Dignidade torna-se um instrumento importante dentro dos cuidados paliativos, observando-se a relevância de sua divulgação por entre os profissionais da saúde, para que assim continuem a prática de bons cuidados e desenvolvimento da área. A partir disso cria-se a necessidade de materiais de qualidade e de base para pesquisa científica, bem como aplicação dentro das equipes de Cuidados

Paliativos, a fim de proporcionar um cuidado cada vez mais especializado e digno no período de proximidade da morte.

A presente Revisão Narrativa de Literatura tem por objetivo ampliar a fundamentação teórica sobre a Terapia da Dignidade para futuras pesquisas e trabalhos no campo, estabelecendo relações com outras produções e auxiliando na consolidação dessa abordagem dentro dos Cuidados Paliativos. É necessário compreender melhor a temática da dignidade no processo de final de vida, para que mais pessoas que passam pelos cuidados paliativos tenham acesso a esse instrumento e se beneficiem de seus resultados.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 CONCEITO DE DIGNIDADE

O termo dignidade já foi amplamente discutido na área médica e social, mas poucas vezes relacionado ao período de fim de vida. A partir do estudo de Van der Maas et al. (1991), observou-se pela primeira vez o termo dignidade associado a doenças incuráveis. O trabalho baseou-se em entrevistas com médicos que haviam participado do processo de eutanásia/suicídio assistido de cerca de sete mil pessoas falecidas, buscando-se as principais razões apontadas pelos pacientes na época como motivos que os levaram a tomar essa decisão. De acordo com os médicos, a perda de dignidade tinha sido o motivo mais frequentemente apontado pelos pacientes (57%). Outros motivos incluíam a dor isolada (5%); a dor como parte de uma constelação sintomatológica (46%); a dependência de terceiros (33%) e a ausência de vontade ou desinteresse em estar vivo (23%).

Dignidade, então, passou a fazer parte dos estudos a respeito da terminalidade, demonstrando a necessidade de trazer essa temática para o contexto dos cuidados paliativos Donato et al. (2016). Em 2002, o psiquiatra Harvey Max Chochinov desenvolveu o Modelo da Dignidade em Doentes em Fim de Vida. No referido trabalho, o objetivo era entender a percepção da dignidade e as variáveis que a influenciam. Os resultados indicaram que as preocupações em relação à perda da dignidade na terminalidade vinham em sua maioria de pacientes mais jovens (média de 62 anos), frequentemente em internação hospitalar. Qualidade de vida e satisfação com a vida foram variáveis importantes encontradas associadas à dignidade ameaçada, além de depressão, ansiedade e sentimento de desesperança. Apesar desses resultados, o número de pacientes que apresentaram esses sintomas era baixo em comparação aos que não tinham preocupação com a perda da dignidade. Assim, entendeu-se a possibilidade de que um ambiente acolhedor e com cuidados paliativos de qualidade interfiram significativamente na manutenção da dignidade diante do fim da vida.

O Modelo da Dignidade em Doentes em Fim de Vida baseia-se em três categorias principais: Preocupações Relacionadas com a Doença (fatores físicos e/ou psicológicos que interferem no senso de dignidade), Recursos Pessoais de Dignidade (recursos psicológicos e espirituais) e Recursos Sociais de Dignidade (contexto ambiental-social) Chochinov et al. (2002). Seguindo esses fatores estudados e as diretrizes apontadas pelo Modelo da Dignidade

em Doentes em Fim de Vida, foi proposta a Terapia da Dignidade (*Dignity therapy*), por Harvey Max Chochinov e seus colaboradores em 2005 (Chochinov et al., 2005).

2.2 TERAPIA DA DIGNIDADE

Harvey Max Chochinov é professor de psiquiatria na Universidade de Manitoba (Canadá) e diretor do Centro de Pesquisa de Medicina Paliativa de Manitoba. Seus trabalhos têm auxiliado a desenvolver novas perspectivas sobre cuidados paliativos e atenção em fim de vida, além de explorar diferentes dimensões psiquiátricas dentro dessa área, como depressão, desejo de morrer, vontade de viver e dignidade no fim da vida. O professor Chochinov é apontado como autor principal no que se refere ao desenvolvimento da Terapia da Dignidade.

A Terapia da Dignidade foi desenvolvida inicialmente para aquelas pessoas em fim de vida que se encontrassem em sofrimento existencial ou psicológico. Porém, atualmente, a ideia é oferecer a intervenção a todos pacientes que expressem qualquer tipo de sofrimento. Sendo assim, a Terapia da Dignidade será oferecida para qualquer pessoa que esteja lidando com a terminalidade próxima (idealmente com um prognóstico de no máximo 6 meses de vida e no mínimo 2 semanas). O objetivo da terapia é indicar o aumento de sentido, propósito e bem estar no final da vida, e não exclui pacientes que estejam lidando bem com a proximidade da morte, pois mesmo assim a intervenção tende a gerar benefícios importantes. (Chochinov et al., 2011). Apesar disso, alguns pacientes não são elegíveis para realizar a intervenção, como por exemplo pacientes com depressão severa ou com diminuição importante das capacidades cognitivas.

De acordo com Julião et al. (2014), a Terapia da Dignidade é criada para responder à angústia psicossocial e existencial dos doentes em fim de vida a partir de uma abordagem breve e individualizada. Com ajuda do profissional, o paciente é chamado a relatar suas questões de vida mais importantes, organizando-as de modo que sejam lembradas após sua partida através da criação de um legado. Previamente ao início da intervenção e após a concordância do paciente, o terapeuta entrega uma folha com as perguntas norteadoras, para que o paciente possa refletir sobre as questões sozinho e estar mais preparado. A intervenção é feita em cerca de três encontros (podendo variar), de 30 a 60 minutos, ao pé do leito (hospitalar, clínico ou residencial), e as discussões com o terapeuta são gravadas em áudio.

Posteriormente, o terapeuta as transcreve e edita em um documento final a ser aprovado pelo paciente, que após a concordância o entrega a algum familiar ou ente querido.

O documento de legado é a base da formação da Terapia da Dignidade. Cada legado será reflexo do que o paciente terá no seu pensamento e capacidade psicológica no momento, e irá garantir que suas ideias sobre o futuro dos entes queridos seja passada. Pensando em relação à generatividade, o legado transforma um futuro até então inexistente em algo palpável. De acordo com Julião (2014), “transformando na presença tangível, sustendo a memória ao serviço de quem vive para além da perda de quem se ama”. A representatividade desse processo se mostra em uma consciência de durabilidade para além da morte.

O processo de terminalidade pode envolver uma sensação de inutilidade, ausência de significado e propósito de vida, o que se mostra uma ameaça importante à dignidade. Assim, a Terapia da Dignidade, associada a criação de um legado desenvolve a ideia de algo que perdura após a morte, recriando sentido na vida do indivíduo. Desse modo, obtemos um documento que expressa e representa quem foi a pessoa no fim de sua vida e como ela gostaria de deixar sua imagem para seus entes queridos.

Há divergências entre os pesquisadores a respeito do formato do documento de legado. Alguns defendem a ideia de um legado de livre expressão, que possa contar com vídeos e áudios, por exemplo. Porém, Chochinov (2011, p.66, 183) indica diversas vantagens do documento escrito, como o desenvolvimento da doença, que impede a visualização real do que a pessoa é para além das limitações do corpo que está morrendo. É necessário também levar em conta que a intervenção é feita ao pé do leito, e pode ser interrompida a qualquer momento por outros profissionais de saúde, ou mesmo por limitações físicas do paciente. Um documento escrito seleciona o que é realmente significativo daquele momento, fazendo um recorte do que ainda há de saudável e vivo na pessoa. Além disso, é importante pensar em quem ficará com o legado. Por vezes, será uma das últimas lembranças que a família terá da pessoa, e poder lembrar o que a pessoa era para além da doença marca um propósito de dignidade importante ao paciente.

Desse modo, de acordo com Julião (2014), “a importância do documento de legado prende-se com dois aspectos distintos, mas interligados: em primeiro lugar, o aumento do sentido de intensidade presente – durante a Terapia da Dignidade – pela vivência dos momentos vitais que o doente partilha; e em segundo lugar, o garante de que o que foi partilhado pode ser capturado e preservado para o futuro.

Em relação ao conteúdo da intervenção, podemos observar que é embasado em um conjunto de perguntas norteadoras (Figura 1.) que se originam da categoria “Perspectivas Conservadoras de Dignidade”, do Modelo da Dignidade mencionado anteriormente. São abordadas as seguintes temáticas: Continuidade do Eu, Preservação de Papéis, Manutenção de Orgulho Próprio, Manutenção de Esperança e Autonomia, e Preocupação com o Futuro. Cada uma delas refere-se aos aspectos psicológicos e existenciais que mais demonstraram influência no sentido do eu e da dignidade inerente (Chochinov et al., 2011, p. 42). É a partir dessas perguntas que se desenvolverá uma reflexão acerca da vida e das áreas de sofrimento, abordando aspectos de sentido e propósito. As perguntas de preocupação com o futuro são especialmente importantes, por permitirem abordar assuntos relevantes após sua morte, como o cuidado com seus familiares.

Quadro 1 - Perguntas norteadoras da Terapia da Dignidade adaptadas de Chochinov et al. (2005).

1. Fale-me um pouco da sua história de vida, particularmente as partes que recordas, ou pensas serem as mais importantes?
2. Quando é que se sentiu mais vivo?
3. Existem coisas específicas que queira que a sua família saiba sobre você? Existem coisas particulares que queira que sua família recorde?
4. Quais são os papéis mais importantes que desempenhou em sua vida? (familiares, profissionais...)
5. Por que esses papéis são tão importantes para você e o que pensas ter atingido com eles?
6. Quais são os seus maiores feitos e de quais se sente mais orgulhoso?
7. Existem coisas específicas que queira dizer aos seus entes queridos?
8. Qual é o seu desejo para o futuro em relação aos seus entes queridos?
9. O que aprendeu com a vida que gostaria de passar aos outros?
10. Que conselhos ou palavras gostaria de deixar para (filho(a), cônjuge, amigos, outros)?
11. Existem palavras ou instruções que gostaria de deixar para sua família para os ajudar a preparar o futuro?

12. Na criação deste documento, gostaria de deixar outras coisas ditas?

Fonte: Adaptado de Julião & Barbosa (2012).

No geral, a Terapia da Dignidade engloba questões do momento presente, valorizando a vida no formato que se apresenta no momento, sem deixar de pensar em um futuro, auxiliando na elaboração da própria morte como também na elaboração do luto por parte dos familiares.

Ao realizar a intervenção, o terapeuta precisa levar em consideração os diferentes aspectos da “tonalidade do cuidar”, que de acordo com Julião et al. (2014), “é um pilar essencial dos cuidados conservadores de dignidade e apoia-se na premissa: tu interessas.” Considerando a relação cuidador-paciente como um espelho, o reflexo que o doente vê em seu cuidador deve reforçar a sua dignidade (Chochinov et al., 2004). Desse modo, de acordo com o autor, o cuidador/profissional da saúde deve desenvolver algumas competências seguindo a ideia A,B,C e D dos Cuidados Conservadores de Dignidade (Chochinov, 2007):

- A (*Attitude* – Atitude): Tratamento que privilegiava o respeito e a valorização individual (Chochinov, 2006). “A atitude é como a lente de cada encontro clínico e a dignidade reflete a clareza do que se observa” (Chochinov, 2011, p. 30).
- B (*Behaviour* – Comportamento); Refere-se ao respeito pelo outro a partir dos gestos, cuidado com o espaço físico e atenção ao tempo de qualidade com a pessoa.
- C (*Compassion* – Compaixão); Caracteriza-se pelo ímpeto de olhar o sofrimento e querer cuidar, tendo consciência das necessidades do outro de maneira empática, focando no alívio de seu sofrimento.
- D (*Dialogue* – Diálogo): Muito além de uma conversa unilateral, “reconhece a essência da pessoa como ser comunicacional, que necessita expressar sentimentos, angústias, dúvidas ou até mesmo certezas e determinações” (Julião et al., 2014).

Essas competências são essenciais para a aplicação da Terapia da Dignidade, e influem diretamente no sentido de dignidade e no valor da intervenção com o paciente, constituindo-se em premissas básicas de humanização no cuidado e se relacionam diretamente com os propósitos dos cuidados paliativos.

3 METODOLOGIA

3.1 REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

A temática que norteia o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso é a chamada “Terapia da Dignidade” (Chochinov et al., 2005); e a partir disso, a pergunta de pesquisa que se pretende responder com ele é: “O que é a Terapia da Dignidade e qual sua utilidade e benefícios observados em pacientes em final de vida internados em cuidados paliativos?” Desse modo, são estabelecidos os seguintes objetivos: “Identificar a utilidade e benefícios advindos da aplicação da Terapia da Dignidade em pacientes em final de vida em cuidados paliativos”.

O método escolhido para responder esta pergunta foi a revisão de literatura. Esse tipo de pesquisa têm um papel fundamental para a educação continuada, pois permite ao leitor adquirir e atualizar conhecimento em curto espaço de tempo e com uma linguagem acessível. No geral, os trabalhos de Revisão Narrativa de Literatura são mais amplos em relação a outros tipos de revisão, pois abarcam diversos tipos de material de pesquisa, além de uma análise com implicação mais pessoal. Este tipo de estudo possibilita trabalhar com uma temática ampla, cujas fontes da pesquisa podem ser mais restritas (Cordeiro et al., 2007). Os resultados não fornecem respostas quantitativas para as questões propostas inicialmente, e se propõe a discutir o desenvolvimento ou “estado da arte”, sob um ponto de vista teórico ou contextual.

3.2 MÉTODO DE BUSCA

Foram estabelecidos os critérios de inclusão evidenciados na Tabela 1, formulados a partir da temática apresentada e das palavras-chave selecionadas segundo os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) - “Terapia da Dignidade/ Dignity Therapy” AND “Cuidados Paliativos/Palliative Care AND “Fim de vida/ End of life”. As estratégias de busca puderam variar em função das particularidades de cada base de dados (ver Tabela 2).

Tabela 1 - Seleção de critérios de inclusão e exclusão

Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
Artigo em formato eletrônico	Artigos incompletos ou com acesso restrito, após comprovação no portal de periódicos CAPES
Disponibilidade em português, inglês ou espanhol	Artigos não adequados ao tema
Recorte temporal de 2011 a 2021 (10 anos)	Artigos de revisão de literatura
Pacientes em internação domiciliar ou hospitalar em Cuidados Paliativos	

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

As bases de dados selecionadas para pesquisa foram PsycINFO e PubMed, a fim de se recolher e analisar as informações de acordo com a temática da revisão. Em cada uma utilizou-se os descritores selecionados, e após foi feita a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, gerando os números listados na Tabela 2.

Tabela 2 - Resultados de buscas nas bases de dados

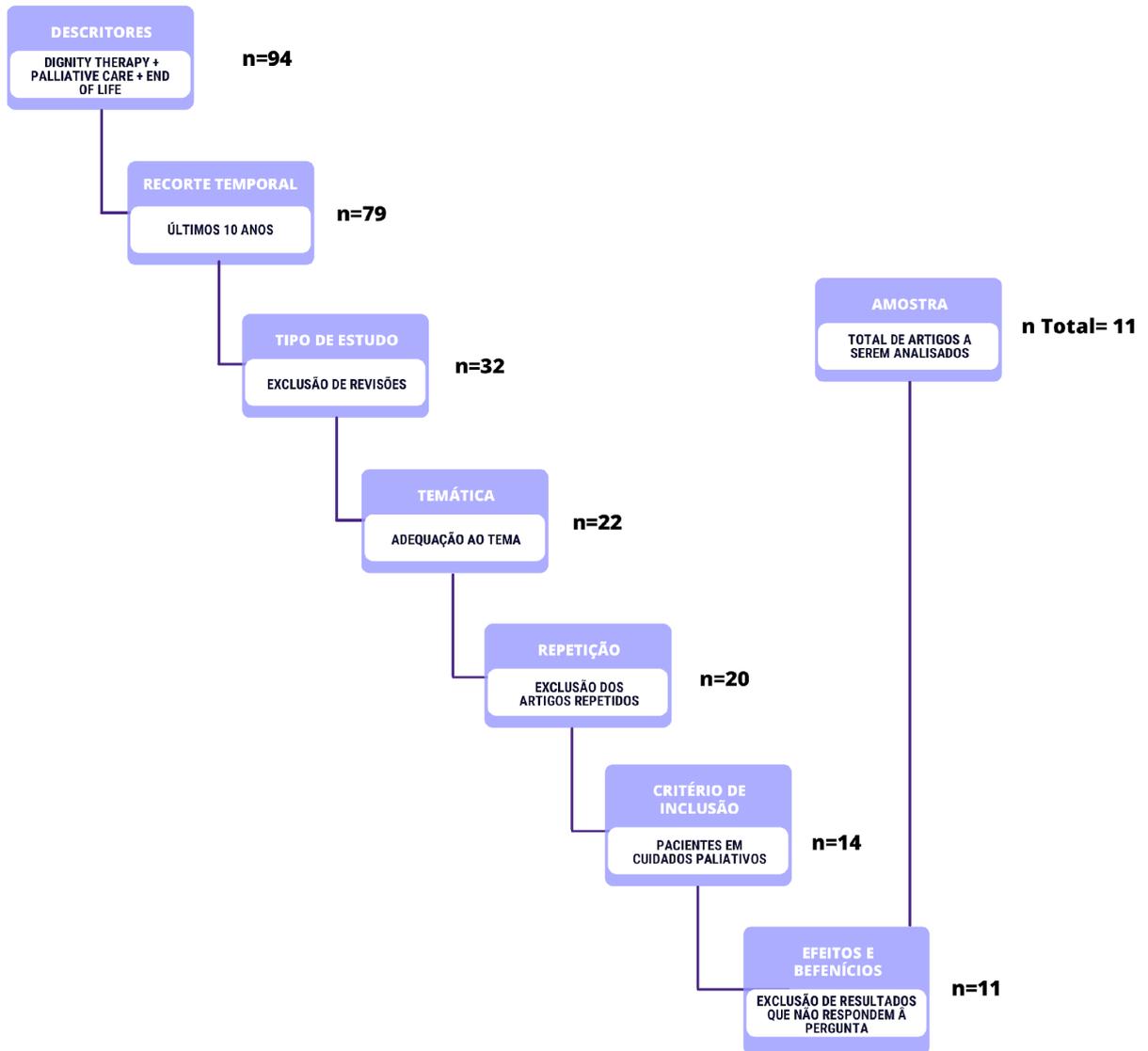
	PsycINFO	PubMed
Estratégia de busca (sintaxe)	Abstract: Dignity Therapy <i>AND Any Field</i> : Palliative Care <i>AND Any Field</i> : End of Life <i>AND Document Type</i> : Journal Article <i>AND Year</i> : 2011 <i>To</i> 2021	(dignity therapy[Title/Abstract]) <i>AND</i> (palliative care)) <i>AND</i> (end of life)

Resultados a partir das palavras-chave	Dignity Therapy n=249 DT+Palliative Care n=59 DT+PC+End of life n=34	Dignity Therapy n=121 DT+Palliative Care n=88 DT+PC+End of life n=60
Últimos dez anos	n= 31	n= 48
Exclusão de revisões	n=23	n= 9
Artigos relacionados ao tema	n= 13	n= 9
Exclusão de artigos repetidos	n=13	n=7
Pacientes em Cuidados Paliativos	n=8	n=6
Exclusão de artigos sem resultados de relevância para as questões propostas	n=5	n=6
N total= 11		

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

O total de artigos obtidos inicialmente foi de 94, aplicando as palavras-chave nas duas bases de dados. A partir disso, iniciou-se o processo de seleção a partir dos critérios de inclusão e exclusão: Estudo de 2011 a 2021 (total de 79 artigos); Exclusão de revisões (total de 32 artigos). Em seguida, analisou-se a temática dos artigos a partir da leitura do título e resumo, com critério de adequação ao tema, restando 22 estudos. Com a exclusão dos artigos repetidos encontrados nas duas plataformas, o resultado final foi de 20 artigos, que posteriormente passaram a análise da metodologia, para que se identificasse o critério de Pacientes em Cuidados Paliativos. Após esse processo, foi feita a análise dos resultados a fim de identificar quais deles trazem possíveis respostas sobre efeitos e benefícios da Terapia da Dignidade. Para análise final e leitura completa restaram 11 artigos. O processo de seleção dos artigos encontra-se no fluxograma abaixo:

Figura 1 - Fluxograma de pesquisa nas duas bases de dados selecionadas



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

4 RESULTADOS

A presente revisão incluiu 11 artigos (ver Tabela 3), dentre eles sete Ensaios Clínicos com análise quantitativa (3,4,7,8,9,10,11), três de análise qualitativa (1,2,6) e um estudo de caso (5). Todos os estudos analisados tem como participantes pessoas com mais de 18 anos de idade, sendo a maioria de idosos. A maioria portadores de câncer, os participantes se enquadravam nos critérios de um prognóstico mínimo de 2 semanas de vida. Em todos os artigos participaram doentes do sexo masculino e feminino. Foram selecionados estudos apenas onde os participantes se encontrassem ligados a um serviço de Cuidados Paliativos de alguma instituição, sendo em internação hospitalar ou domiciliar/hospice.

De acordo com os estudos analisados, podemos inferir algumas respostas às perguntas iniciais da presente revisão. Em relação ao questionamento “Qual sua utilidade e benefícios observados em pacientes em final de vida internados em cuidados paliativos?”, os resultados observados como utilidade se referem a criação de espaço de fala, onde o paciente possa refletir sobre sua vida, valores, crenças e legado para futuras gerações. Também é um espaço que oportuniza a reconciliação com pessoas importantes (a partir das reflexões geradas) e resolução de pendências.. Também é relatada a importância da relação com o terapeuta, por esse possibilitar um olhar de compaixão e valorização. De acordo com Ho et al. (2017), ter sua narração de vida e suas conquistas valorizadas geram um aumento da sensação de dignidade, o que retoma a importância da “tonalidade do cuidar” mencionada por (Chochinov et al., 2004).

Como resposta aos benefícios, podemos encontrar majoritariamente o aumento da dignidade no período de fim de vida, diminuição dos sintomas de distresse, diminuição dos sintomas de ansiedade, diminuição nos sintomas de depressão, diminuição nos sintomas da Síndrome de Desmoralização, auxílio no enfrentamento da ideia de proximidade da morte, suporte aos familiares e diminuição do sentimento de fardo para os outros.

Tabela 3 - Principais informações e resultados dos estudos analisados na presente revisão de literatura

Nº	Autor(es) e ano da publicação	País do estudo	Tipo de estudo	Amostra (Participantes)	Contexto do estudo	Quem aplica a terapia da dignidade?	O estudo define o que é a Terapia da dignidade? (Sim/Não)	Resultados (Utilidade e benefícios descritos)	O estudo avalia os resultados objetivamente? (Sim/Não)
1	Testoni et al. (2019)	Itália	Análise qualitativa	5- ambos os sexos	Internação domiciliar em CP	“conselheiro treinado”	sim	Espaço de fala. Oportunidade de reflexão sobre a vida e valores. “Empoderar” e ajudar a desenvolver uma forma específica de sabedoria no final da vida.	não
2	Li et al. (2014)	Taiwan	Análise qualitativa	9 - ambos os sexos	Internação domiciliar em CP	Profissional de saúde que trabalha em CP	sim	Efeito benéfico no senso de dignidade do paciente.	não
3	Julião et al. (2014)	Portugal	Ensaio Clínico Randomizado	80 - ambos os sexos	Internação hospitalar em CP	Profissional especializado em TD	sim	Benefícios em relação a depressão e ansiedade a curto prazo.	sim
4	Houmannet al. (2014)	Dinamarca	Ensaio Clínico	80 - ambos os sexos	Internação domiciliar e hospitalar em CP	Psicólogos especializados em TD	sim	Aumento do senso de propósito, dignidade e desejo de viver. Diminuição da ideia de ser um fardo para os outros. Aumento dos sintomas	sim

5	Hall et al. (2013)	Reino Unido	Estudo de caso	17-ambos os sexos	Internação em CP	não consta	sim	depressivos. Apresenta-se como suporte para pacientes com alto nível de distresse.	não
6	Vuksanovic et al. (2017a)	Austrália	Análise qualitativa	56 - ambos os sexos	Internação hospitalar ou domiciliar em CP	Psicólogo especializado em TD	sim	Importância na expressão de sentimentos, crenças, valores. Efeito benéfico nos sintomas de depressão e ansiedade em pelo menos 30 dias.	não
7	Vuksanovic et al. (2017b)	Austrália	Ensaio Clínico Randomizado	56-ambos os sexos	Internação hospitalar ou domiciliar em CP	Psicólogo especializado em TD	sim	Aumento da generatividade. Benefícios na integridade do ego, sentido e aceitação da proximidade da morte. Benefícios observados para as famílias.	sim
8	Julião et al. (2017)	Portugal	Ensaio Clínico Randomizado	80-ambos os sexos	Internação em CP	Psicólogo especializado em TD	sim	Diminuição da síndrome de desmoralização, e do desejo de morte. Efeito benéfico no sofrimento psicológico	sim

9	Scarton et al. (2018)	EUA	Ensaio Clínico Randomizado	326	Hospice ou domiciliar em CP	Profissionais da saúde treinados em TD (psicólogos, enfermeiro, psiquiatras).	sim	Aumento do senso de dignidade, sentido da vida e auxílio na preparação para a morte.	sim
10	Rudilla et al. (2016)	Espanha	Ensaio Clínico Randomizado	70	internação domiciliar em CP	psicólogo	sim	Diminuição de distresse, dependência, ansiedade. Aumento da sensação de paz, qualidade de vida e suporte social. Aumento dos níveis de depressão.	sim
11	Ho et al. (2017)	Cingapura	Ensaio Clínico Randomizado	126 famílias (1 paciente + um familiar)	Internação domiciliar ou hospice - CP	Pesquisadores treinados em TD	sim	Melhora do senso de dignidade. Diminuição de distresse para pacientes e familiares.	sim

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

5 DISCUSSÃO

A maior parte das intervenções feitas com objetivo de diminuir o sofrimento que comumente acompanha as pessoas no final de vida é farmacológica, visando a diminuição da dor. Entretanto, esse período da vida pode acompanhar outros sofrimentos que não físicos, como ansiedade, depressão, angústias. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014),

“Cuidado Paliativo é definido como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento impecáveis da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (p.5)

Desse modo, a Terapia da Dignidade surge como uma abordagem que, ao contrário da maioria das intervenções nesse contexto, não foca nos sintomas, e sim na sua potencialidade para melhorar o significado e propósito de vida dos doentes em quem é aplicada (Chochinov et al., 2005). A partir desse olhar, foca-se na melhora da vida que ainda há dentro daquele contexto de terminalidade, e em todas as possibilidades que aquela vida apresenta. Assim, um dos pontos principais dentro da intervenção é a relação que se estabelece com o terapeuta, que precisa ser horizontal, sincera, de valorização da escuta e dos aspectos emocionais. Daí observa-se a importância do terapeuta ser treinado como Terapeuta da Dignidade, o que não observamos em todos os estudos analisados. Não basta ser psicólogo (e não é necessário que seja), ou ter experiência em Cuidados Paliativos. A abordagem e olhar necessários para essa intervenção tem suas especificidades, e podem influenciar na eficácia do processo terapêutico.

Considerando-se os diversos resultados obtidos pelos trabalhos realizados, podemos observar principalmente o aumento da dignidade no período de fim de vida, como também a diminuição dos sintomas de distresse, de ansiedade, e de depressão. Porém, é importante salientar que os sintomas de depressão ainda são um aspecto estudado da real eficácia da intervenção, pois foi observado um retorno dos sintomas ou até mesmo o aumento deles após o período de 30 dias em alguns estudos.

Outro resultado interessante é a diminuição dos sintomas da Síndrome de Desmoralização, muito comum em pacientes que vivenciam o período de terminalidade.

Desmoralização é descrita como um sentimento de impotência, desesperança, desespero e isolamento social. Nas condições da doença, a pessoa pode apresentar-se ainda mais fragilizada, com ideias de morte e sem sentir significado em sua vida e sentindo-se um fardo para os outros. Na situação de terminalidade, essa síndrome é comum e pode prejudicar muito o processo e morrer com dignidade e sem tanto sofrimento, além de ser potencialmente traumática para familiares e cuidadores que experienciam esse processo com o paciente.

Em relação às características das amostras dos estudos incluídos nesta revisão, observamos uma variedade de locais onde os estudos foram feitos, mas uma unidade entre eles: todos são países que ocupam os melhores lugares para se morrer, de acordo com o ranking mundial de qualidade de morte/ desenvolvimento de cuidados paliativos. (The Economist Intelligence Unit, 2015). O Reino Unido ocupa o primeiro lugar, seguido da Austrália. Taiwan na posição 6, Estados Unidos 9, Cingapura 12, Dinamarca 19, Espanha 23 e Portugal 24. Esses países compartilham algumas características, como um bom desenvolvimento de Cuidados Paliativos - acesso, formação capacitada e políticas públicas, bem como ampla divulgação dos tratamentos e possibilidades diante da terminalidade para a população.

É necessário entendermos os motivos do Brasil não ter sido encontrado como originário de nenhum dos estudos encontrados na pesquisa desta revisão. De acordo com o ranking mencionado, o Brasil ocupa o 42º lugar em relação a qualidade de morte e desenvolvimento de cuidados paliativos. A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) traz que as atividades relacionadas a Cuidados Paliativos ainda precisam ser regularizadas na forma de lei. Ainda há no Brasil um grande desconhecimento e preconceito relacionado aos Cuidados Paliativos, principalmente entre os médicos, profissionais de saúde, gestores hospitalares e o poder judiciário. Infelizmente, ainda se confunde atendimento paliativo com eutanásia e há um enorme preconceito com relação ao uso de opióides, como a morfina, para o alívio da dor.

Outra questão importante no panorama atual brasileiro é a formação dos profissionais de saúde, que deveriam desde a graduação ter contato com essas questões. Ainda segundo a ANCP, “a graduação em medicina não ensina ao médico como lidar com o paciente em fase terminal, como reconhecer os sintomas e como administrar esta situação de maneira humanizada e ativa”. Esse é um assunto pouco mencionado nas graduações, e a disponibilidade de pós graduação e especializações na área ainda é pequena. A capacitação do

profissional em lidar com a morte e contexto de terminalidade dentro na saúde é essencial para a evolução dos cuidados paliativos no país e a desmistificação do assunto entre a população.

Como uma das limitações pontuadas neste estudo, a faixa etária de maiores de 18 anos observada em todos os estudos analisados nesta revisão contempla uma maioria de idosos. É possível que a eficácia da Terapia da Dignidade seja diferente em uma população mais nova, com diferentes implicações dentro do contexto terminal. Tanto em relação a aceitação da própria morte, como a aceitação dos familiares frente a essa situação podem ser mais complicadas. Seria interessante uma análise dos estudos feitos até então com essa população, a fim de se observar as diferenças na eficácia e nos resultados da aplicação da intervenção.

Além da análise da faixa etária, é necessária a investigação da influência das variáveis culturais. Diferentes culturas têm diferentes modos de lidar com a morte, conseqüentemente, os resultados da aplicação da Terapia da Dignidade podem variar. De acordo com um dos estudos incluídos nesta revisão (Ho et al., 2017), muitas famílias asiáticas não estão acostumadas ou confortáveis com a expressão das emoções e afeições, mesmo em tempos de separação ou perda. Como a comunicação é um dos pontos principais da intervenção, ela precisaria se dar de modo adequado às culturas não ocidentais, daí a importância de estudos e aplicação em diferentes sociedades. Considerando-se ainda o grande desenvolvimento dos Cuidados Paliativos dentro de países como Taiwan e Cingapura.

Apesar do critério desta revisão, de incluir apenas estudos com pacientes em internação, é importante salientar que existem estudos que avaliam a eficácia da Terapia da Dignidade também nos familiares desses pacientes. Dentro do contexto de cuidados paliativos, a família costuma estar constantemente envolvida nas decisões de saúde e no cuidado diário do paciente. O fluxo de interação e comunicação nos cuidados paliativos se baseia em uma tríade: doente, família e profissionais de saúde (Hauser & Kramer, 2004). O impacto da Terapia da Dignidade nos doentes e nas famílias inclui uma maior proximidade do paciente com os familiares e uma comunicação mais eficaz, o que resulta em uma melhor aceitação do estado de saúde (Julião et al., 2014).

Em suma, A Terapia da Dignidade mostra-se um importante instrumento dentro dos Cuidados Paliativos, como intervenção não medicamentosa e que prioriza a humanização dos cuidados. É através da expressão das emoções, angústias, medos e vontades e da aceitação da

sua condição atual de saúde que constrói-se a possibilidade de uma melhoria da qualidade de vida na terminalidade. Assim, mostra-se a necessidade de um enfoque maior no conforto psico-social-espiritual na proximidade da morte. De acordo com a Dra. Ana Claudia Quintana Arantes, em seu livro “A morte é um dia que vale a pena viver”, “diante do alívio do desconforto físico, o que aparece em seguida é a expressão de outros sentimentos, como o emocional e espiritual.” Daí mostra-se um dos muitos benefícios observados pela Terapia da Dignidade (Arantes, 2019).

Essa intervenção, a partir dos resultados encontrados na presente revisão, mostra-se importante para que os pacientes vivenciem o processo de morte da forma mais saudável e digna possível.

6 CONCLUSÕES

Para o desenvolvimento da presente revisão, foram analisados 11 estudos de aplicação da Terapia da Dignidade, entre qualitativos e quantitativos. A partir destes estudos conseguimos responder às questões propostas inicialmente: “O que é a Terapia da Dignidade e qual sua utilidade e benefícios observados em pacientes em final de vida internados em cuidados paliativos? Em sua maioria, os estudos trouxeram a definição da Terapia da Dignidade de acordo com Chochinov et al. (2005):

“Uma intervenção psicoterapêutica desenvolvida para dar sentido às questões fomentadoras de angústia psicossocial e existencial, com abordagem breve e individualizada, que permite aos pacientes discutir as questões individuais mais importantes para a construção de um documento de legado que possa ser lembrado após a morte iminente”. (p.5521)

Entre as utilidades e benefícios observados, podemos observar a melhoria da qualidade de vida, diminuição da depressão e ansiedade advindas do estado terminal, diminuição dos níveis de distresse, reduzindo assim o sofrimento psicológico. A Terapia da Dignidade cria um espaço de fala que possibilita a expressão de sentimentos e angústias que muitas vezes ficariam ocultos ou colocados em segundo plano em relação ao controle dos sintomas físicos normalmente priorizados nos cuidados paliativos.

Contudo, apesar dos benefícios observados com a aplicação dessa intervenção, são necessárias maiores pesquisas que incluam diferentes faixas etárias, culturas e que também incluam os efeitos nos familiares dos pacientes.

Consideramos ter atingido os objetivos da presente revisão de literatura, observando-se as limitações encontradas em relação ao número de estudos achados, bem como a falta de estudos clínicos no contexto brasileiro. Os Cuidados Paliativos estão em crescente desenvolvimento no Brasil, e temáticas dentro desse assunto tendem a tornar-se cada vez mais comuns, principalmente com o envelhecimento da população brasileira, e a necessidade de programas e diferentes intervenções que se adaptem a esse contexto.

Os pontos referidos nesta revisão reiteram a importância da Terapia da Dignidade e sua aplicação em doentes que se encontram em fase terminal, a fim da diminuição do sofrimento e adequação dos cuidados ao sentido de dignidade de cada pessoa.

REFERÊNCIAS

- Arantes, A.C.Q. (2019). *A morte é um dia que vale a pena viver: E um excelente motivo para se buscar um novo olhar para a vida* (1 ed.). Sextante.
- Chochinov, H.M, Hack, T., McClement, S., Kristjanson, L., & Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine* (1982), 54(3), 433–443. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00084-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00084-3)
- Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L.J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *Journal of Clinical Oncology*, 23(24), 5520–5525. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.391>
- Chochinov, H.M. (2006). Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56(2), 84–85. <https://doi.org/10.3322/canjclin.56.2.84>
- Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the a, B, C, and d of dignity conserving care. *Analysis*, 335, 184–187. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2006.00285.x>
- Chochinov H. M. *Dignity Therapy: Final Words for Final Days*. Oxford University Press, 2011.
- Cordeiro, A.M., Oliveira, G.M. de, Rentería, J.M., & Guimarães, C.A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34(6), 428–431. <https://doi.org/10.1590/s0100-69912007000600012>
- Donato, S.C.T., Matuoka, J.Y., Yamashita, C.C., & Salvetti, M. de G. (2016). Effects of dignity therapy on palliative patients' family members: A systematic review. *Journal of School of Nursing - University of São Paulo*, 50(6), 1011–1021.

<https://doi.org/10.1017/S147895152100033X>

*Hall, S., Goddard, C., Martin, P., Opio, D., & Speck, P. (2013). Exploring the impact of dignity therapy on distressed patients with advanced cancer: Three case studies.

Psycho-Oncology, 22(8), 1748–1752. <https://doi.org/10.1002/pon.3206>

Hauser, J.M., & Kramer, B.J. (2004). Family caregivers in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(4), 671–688. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.003>

*Ho, A.H.Y., Car, J., Ho, M.H.R., Tan-Ho, G., Choo, P.Y., Patinadan, P.V., ... Chochinov, .M. (2017). A novel Family Dignity Intervention (FDI) for enhancing and informing holistic palliative care in Asia: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2325-5>

*Houmann, L.J., Chochinov, H.M., Kristjanson, L.J., Petersen, M.A., & Groenvold, M. (2014). A prospective evaluation of Dignity Therapy in advanced cancer patients admitted to palliative care. *Palliative Medicine*, 28(5), 448–458.

<https://doi.org/10.1177/0269216313514883>

Julião, M., Barbosa, A. (2012). O conceito de dignidade em Medicina. In Barbosa A. (Org.), ed. *Investigação Qualitativa em Cuidados Paliativos*. (1. ed., pp. 239-269). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Julião, M., Barbosa, A., Oliveira, F., Nunes, B., & Carneiro, A.V. (2013). Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial. *Palliative and Supportive Care*, 11(6), 481–489.

<https://doi.org/10.1017/S1478951512000892>

*Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Vaz C. A., & Barbosa, A. (2014). Efficacy of dignity therapy on depression and anxiety in portuguese terminally ill patients: A phase II

randomized controlled trial. *Journal of Palliative Medicine*, 17(6), 688–695.

<https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0567>

*Julião, M., Oliveira, F., Nunes, B., Carneiro, A.V., & Barbosa, A. (2017). Effect of dignity therapy on end-of-life psychological distress in terminally ill Portuguese patients: A randomized controlled trial. *Palliative and Supportive Care*, 15(6), 628–637.

<https://doi.org/10.1017/S1478951516001140>

*Li, H.C., Richardson, A., Speck, P., & Armes, J. (2014). Conceptualizations of dignity at the end of life: Exploring theoretical and cultural congruence with dignity therapy.

Journal of Advanced Nursing, 70(12), 2920–2931. <https://doi.org/10.1111/jan.12455>

Organização Mundial da Saúde. (2014). *WHO Definition of palliative care* [Internet]. Geneva:

WHO; 2014 [cited 2021 Out 20]. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

*Rudilla, D., Galiana, L., Oliver, A., & Barreto, P. (2016). Comparing counseling and dignity therapies in home care patients: A pilot study. *Palliative and Supportive Care*, 14(4),

321–329. <https://doi.org/10.1017/S1478951515001182>

Scarton, L., Oh, S., Sylvera, A., Lamonge, R., Yao, Y., Chochinov, H., ... Wilkie, D. (2018).

Dignity Impact as a Primary Outcome Measure for Dignity Therapy. *American*

Journal of Hospice and Palliative Medicine, 35(11), 1417–1420.

<https://doi.org/10.1177/1049909118777987>

*Testoni, I., Bingaman, K.A., D'Iapico, G., Marinoni, G.L., Zamperini, A., Grassi, L., ...

Vacondio, P. (2019). Dignity as Wisdom at the End of Life: Sacrifice as Value

Emerging from a Qualitative Analysis of Generativity Documents. *Pastoral*

Psychology, 68(4), 479–489. <https://doi.org/10.1007/s11089-019-00870-9>

The Economist Intelligence Unit (2015). The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. In *The Economist*.

<http://www.lienfoundation.org/sites/default/files/2015%20Quality%20of%20Death%20Report.pdf>

Van der Maas, P.J., Van Delden, J.M., Pijnenborg, L., & Looman, C.W.N. (1991). Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. *The Lancet*, 338(14), 669–674.

<https://doi.org/10.1136/jme.20.3.198-a>

*Vuksanovic, D., Green, H.J., Dyck, M., & Morrissey, S.A. (2017a). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 162-170.e1.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.005>

*Vuksanovic, D., Green, H., Morrissey, S., & Smith, S. (2017b). Dignity Therapy and Life Review for Palliative Care Patients: A Qualitative Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), 530-537.e1.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.016>