

# A interação no cuidar em fim de vida - Uma revisão narrativa da literatura

**RESUMO** | OBJETIVOS: Compreender o papel da interação e comunicação na prestação de cuidados altamente humanizada e de qualidade; identificar a natureza da interação e comunicação na prestação de cuidados altamente humanizada e de qualidade.

**MÉTODO:** Revisão narrativa. **RESULTADOS:** O processo de interação entre enfermeiro, pessoa doente e família é central no cuidar em fim de vida. As interações estabelecidas não são lineares, pois envolvem diversas variáveis. As interações que são estabelecidas entre enfermeiros, pessoas doentes ou seus familiares apresentam características próprias, pois dependem de características do contexto e dos intervenientes no processo. As competências comunicacionais e de relação interpessoal do enfermeiro são determinantes no desenrolar da interação. **CONCLUSÃO:** A interação, onde se alicerçam os cuidados de enfermagem, constitui-se num instrumento terapêutico de extrema utilidade no cuidar em fim de vida, onde a formação e investigação assumem um papel preponderante. Não é possível medir a qualidade, tanto da interação como a comunicação, pelo seu carácter totalmente subjetivo.

**DESCRITORES:** Cuidados Paliativos; Enfermagem; Interação Interpessoal; Comunicação.

**ABSTRACT** | OBJECTIVES: To understand the role of interaction and communication in the provision of highly humanized and quality care; to identify the nature of interaction and communication in the provision of highly humanized and quality care. **METHOD:** Narrative review. **RESULTS:** The process of interaction between nurse, patient and family is central to end-of-life care. The interactions established are not linear, as they involve several variables. The interactions that are established between nurses, sick people and their families have their own characteristics, as they depend on the characteristics of the context and those involved in the process. The nurse's communication and interpersonal skills are decisive in the course of the interaction. **CONCLUSION:** Interaction, on which nursing care is based, is an extremely useful therapeutic tool in end-of-life care, where training and research play a key role. It is not possible to measure the quality of both interaction and communication, due to their totally subjective nature.

**DESCRIPTORS:** Palliative Care; Nursing; Interpersonal Interaction; Communication.

**RESUMEN** | OBJETIVOS: Comprender el papel de la interacción y la comunicación en la prestación de una atención altamente humanizada y de calidad; identificar la naturaleza de la interacción y la comunicación en la prestación de una atención altamente humanizada y de calidad. **MÉTODO:** Revisión narrativa. **RESULTADOS:** El proceso de interacción entre la enfermera, el paciente y la familia es fundamental en los cuidados al final de la vida. Las interacciones que se establecen no son lineales, ya que en ellas intervienen diversas variables. Las interacciones que se establecen entre la enfermera, el paciente y su familia tienen características propias, ya que dependen de las características del contexto y de los implicados en el proceso. Las habilidades comunicativas e interpersonales de la enfermera son decisivas en el curso de la interacción. **CONCLUSIÓN:** La interacción, en la que se basan los cuidados de enfermería, es una herramienta terapéutica de gran utilidad en los cuidados al final de la vida, donde la formación y la investigación desempeñan un papel fundamental. No es posible medir la calidad tanto de la interacción como de la comunicación, debido a su naturaleza totalmente subjetiva.

**DESCRIPTORES:** Cuidados paliativos; Enfermería; Interacción interpersonal; Comunicación.

Recebido: 22/07/2024

Aprovado: 20/08/2024

## Bruno Miguel Gomes Pereira Feiteira

Mestre em Enfermagem.

Enfermeiro no Hospital da Luz-Póvoa de Varzim; Especialista em Enfermagem; Mestre em Cuidados Paliativos, Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; Doutorando em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa (Porto); Nursing UICISA: E Cluster of the Health School of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo à Health Sciences Research Unit: Nursing UICISA: E Nursing school of Coimbra – Portugal; ORCID ID: 0000-0003-3530-981X;

## Maria Manuela Amorim Cerqueira

Doutora em Enfermagem

Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde; Doutora em Ciências de Enfermagem; Mestre em Cuidados Paliativos; Especialista em Enfermagem na Comunidade; Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; Nursing UICISA: E Cluster of the Health School of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo à Health Sciences Research Unit: Nursing

UICISA: E Nursing school of Coimbra – Portugal; ORCID ID: 0000-0001-8118-5366;

## INTRODUÇÃO

Na primeira metade do século XXI, fruto de toda a evolução técnico-científica e médica, procurou-se vencer uma batalha invencível, ou seja, vencer a morte, conquistando a cura a todo custo, concedendo-se verdadeiro valor ao cuidado técnico em detrimento de um cuidar humanizado<sup>(1)</sup>.

Atualmente, o envelhecimento demográfico constitui-se de modo indubitável, num fenómeno real e de grande impacto, com tendência ao agravamento<sup>(2,3)</sup>. Tal facto, encontra-se relacionado com o declínio da natalidade, que promove um aumento progressivo da população idosa e alterações nas redes familiares. Associado a este fenómeno, surge o aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas que, não possuindo cura e não provocando a morte a curto prazo, fazem com que toda a pessoa a experienciar esta situação acabe por submergir numa vivência de grande sofrimento, muito por culpa das necessidades multidimensionais que apresentam não serem alvo

de cuidado adequado<sup>(1, 4)</sup>.

Todo este processo, afigura-se com uma das maiores e mais importantes tendências do século XXI, influenciando claramente a organização dos sistemas de saúde. Com o aumento da esperança média de vida e doenças crónicas associadas, na população portuguesa, surgem novos desafios no que toca ao cuidar, tanto para os profissionais de saúde como para as organizações.

Perante esta realidade, quando a vertente curativa se esgota ou deixa de fazer sentido, tornando-se a mesma inútil e/ou desnecessária, a opção deve recair na promoção da qualidade de vida, na maximização do conforto e alívio do sofrimento da pessoa doente e sua família, assumindo-se os Cuidados Paliativos (CP) como a direção a seguir<sup>(1, 5-8)</sup>.

Os CP, podem ser definidos como os cuidados que apresentam por objetivo promover a qualidade de vida das pessoas doentes que enfrentam uma doença incurável e/ou grave com prognóstico de vida limitado, bem como de suas famílias, visando o minorar do sofrimento, recorrendo à identificação precoce e tratamento dos problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, com o máximo de rigor.



Esta é a definição considerada como mais consensual <sup>(9)</sup>. Todavia, existem inúmeras definições de CP, diferentes em alguns aspetos, mas semelhantes no tocante aos princípios e filosofia desta tipologia de cuidados, isto é, os CP são cuidados ativos e integrais prestados à pessoa doente em fim de vida e sua família, tendo por base as necessidades multidimensionais que os assolam. Em 2020, fruto de um trabalho desenvolvido pela pela Comissão Lancet, OMS e International Association for Hospice & Palliative Care, emergiu uma definição de CP baseada no consenso de mais de 450 profissionais de saúde a trabalhar em CP em todo mundo. Os CP passam a ser encarados como o cuidado holístico prestado ativamente a pessoas doentes de todas as idades, com sofrimento grave relacionado com evento adverso, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida <sup>(8)</sup>.

Em 2017, de acordo com os dados do Observatório Português de Cuidados Paliativos (OPCP) (2018) existiam, em Portugal, 102409 pessoas (com 18 anos ou mais) com necessidade de CP. Falando-se da população em geral, o número ascendia a 123498 pessoas. Se a isto for somado um número de cinco familiares ou amigos, totaliza-se um valor de 720000 pessoas que necessitam deste tipo de cuidados. Estima-se ainda, que nos países desenvolvidos, cerca de 1% da população apresenta necessidade de CP <sup>(10)</sup>. Neste âmbito, referir que no nosso país a cobertura universal de CP, desejável e absolutamente necessária, ainda se encontra distante de ser alcançada, assim como, existem profundas assimetrias na distribuição de recursos de acordo com a localização geográfica <sup>(11)</sup>.

Convém ressaltar, que os CP não se dirigem em exclusivo a pessoas doentes em estadio terminal, sendo que estes cuidados são determinados pelas necessidades que pessoa doente e família apresentam e não pelo diagnóstico do doente. Neste sentido, e de acordo com o modelo organizativo dos CP, os mesmos devem ser integrados o mais prematuramente possível, em simultâneo com medidas de carácter curativo, estando assim, presentes desde o momento do diagnóstico e auxiliando no suprir das necessidades da pessoa doente com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada e sua família, ao longo de todo este sinuoso trajeto <sup>(8, 12, 13)</sup>.

Desta forma, qualquer equipa que vise a prestação de CP de excelência, tem sempre por objetivos principais, o promover da qualidade de vida e minorar do sofrimento de pessoas doentes e suas famílias, devendo ser programadas e implementadas medidas intensivas de conforto. Para isso, têm a

obrigatoriedade de alicerçar a sua intervenção nos quatro pilares fundamentais dos CP: controlo sintomático; comunicação; apoio à família; trabalho em equipa <sup>(5, 8)</sup>. Nesta realidade, ganha um relevo fulcral o estabelecer de uma relação de confiança entre equipa, pessoa doente e família, criando um ambiente seguro onde as emoções e sentimentos possam ser exteriorizados e validados, bem como, onde pessoa doente e família se possam sentir verdadeiramente acompanhados nesta situação de tamanha vulnerabilidade.

Interpretando as diversas definições de CP existentes, podemos constatar que a família em igualdade com a pessoa doente, é assumida como um alvo dos cuidados, pois a mesma, para além de se afigurar como um verdadeiro pilar do bem-estar da pessoa doente, é diretamente afetada pela doença do mesmo. Isto porque, a existência de uma doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada no seio de um sistema familiar, tem impacto não apenas na pessoa que a vivencia, como em toda a família que a rodeia, tornando-se desta forma, numa doença familiar. Constituem-se assim, pessoa doente e sua família na unidade de cuidado em CP <sup>(14, 15)</sup>. É então, premente assumir uma abordagem sistémica dos cuidados, programando e implementando intervenções direcionadas à unidade de cuidados, considerando-os sujeitos ativos da tomada de decisão. Neste sentido, a European Association for Palliative Care (EAPC), atribui mesmo uma necessidade equitativa de apoiar e cuidar, tanto as pessoas doentes como os seus familiares e cuidadores <sup>(16)</sup>.

Como família, deve ser entendido qualquer grupo de pessoas em que as conexões sejam baseadas na confiança e no suporte mútuo, não atentando obrigatoriamente para a determinante da consanguinidade e coabitação, mas dando-se uma verdadeira ênfase à dimensão emocional <sup>(17, 18)</sup>. Ser familiar ou cuidador de uma pessoa doente em CP constitui-se num papel de complexo desempenho, que acarreta implicações, expectativas e necessidades multidimensionais que necessitam de ser alvo de total atenção pelo sistema de saúde, pois a sua adesão é fundamental para que se consigam os melhores resultados na prestação de CP.

A OMS, advoga que a qualidade de vida das famílias e cuidadores deve ser melhorada, tornando-se premente o reconhecimento oficial desses mesmos familiares como verdadeiros cuidadores. Deste modo, será possível a justificação para alocação de mais recursos, permitindo que os profissionais de saúde possam dispor de mais tempo para intervir e apoiar a família, o que poderá conduzir a um aumento dos períodos sem internamento, melhores resultados

no processo de luto e ainda menor sobrecarga sobre o sistema de saúde <sup>(6)</sup>. Sem dúvida, que no seio de todo este processo, a satisfação da família é um dos indicadores da qualidade dos cuidados de saúde prestados, sendo sua avaliação fundamental.

Tendo em consideração todo este contexto, para que se alcancem CP de qualidade, é fulcral que se consigam identificar as necessidades físicas, sociais, emocionais, espirituais e existenciais de pessoa doente e sua família. Pois, todo o caminho percorrido por uma pessoa doente com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, bem como, sua família, leva a que os familiares cuidadores sejam constantemente confrontados com um manancial de constrangimentos, dificuldades e necessidades emergentes, fruto da assunção deste papel. Lembrar que todo sofrimento que não é detetado não é passível de ser amenizado.

Uma necessidade define-se como sendo um sentimento de forte desconforto relativamente a algum aspeto da vida de uma pessoa. Este desconforto, gera uma tensão que, por sua vez, funcionará como alavanca para satisfação dessa mesma necessidade <sup>(19)</sup>. Porém, no contexto dos CP, a força da pessoa doente muitas vezes é insuficiente para o suprir das necessidades próprias, pelo que a equipa que presta cuidados possui um papel absolutamente decisivo.

As necessidades da pessoa com doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada são diversas e multidimensionais. Porém, há que ter em atenção que estas mesmas necessidades são concretas e singulares, sendo a sua satisfação variável de pessoa para pessoa. Os enfermeiros, como membros de equipas multidisciplinares que visam a prestação de CP de qualidade devem continuamente trabalhar para o seu suprir. No entanto, por mais atentos que os enfermeiros se encontrem, a própria pessoa é absolutamente decisiva no elencar das necessidades e em como espera que as mesmas sejam resolvidas. Daqui se vislumbra, que os “verdadeiros” cuidados são aqueles que são co-construídos, encarando-se pessoa doente e família como sujeitos ativos do cuidar e não como meros objetos.

Em suma, em todo processo de identificação e satisfação de necessidades da pessoa doente e sua família, no contexto dos CP, os enfermeiros assumem um papel de destaque, assim como, a interação e comunicação se constituem como imprescindíveis para uma prestação de cuidados altamente humanizada e de qualidade.

## MÉTODO

De acordo com o contexto apresentado, decidiu-se por uma revisão narrativa da literatura. Trata-se deste tipo de revisão, na medida em que possuiu um carácter amplo, pois pretendemos descrever e discutir a interação no cuidar em fim de vida, sob ponto de vista teórico e na análise crítica dos autores. Neste sentido, foram selecionadas todas as fontes de informação que problematizavam o foco do estudo: A interação no cuidar em fim de vida. Salienta-se que a seleção da informação (livros, artigos impressos e eletrônicos, dissertações, teses) esteve sujeita à subjetividade dos autores. Neste sentido, não se procedeu à utilização critérios explícitos e sistemáticos para a procura e análise crítica da literatura. Efetivamente, a revisão narrativa permite estabelecer relações com a produção científica anterior e apontar outras perspectivas para fundamentar uma área do conhecimento (20). Contudo, foram tidas em consideração algumas questões orientadoras, nomeadamente: “Será que a interação e comunicação se constituem como imprescindíveis para uma prestação de cuidados altamente humanizada e de qualidade?”. “Será que existem instrumentos de medida que permitem aferir a qualidade da interação?”. Assim, as bases eletrônicas pesquisadas foram a LILACS, MEDLINE e ISIS Web of Knowledge tendo em conta os descritores: cuidados paliativos; fim de vida, comunicação e interação. Foram também pesquisadas teses e dissertações nos repositórios online, bem como livros de referência em bibliotecas das escolas de enfermagem.

A pesquisa ocorreu entre o dezembro de 2023 e fevereiro de 2024. Inicialmente foi realizada uma pesquisa exploratória nas bases de dados referidas, tendo seguidamente procedido à verificação das referências bibliográficas dos artigos encontrados como modo de alcançar maior variabilidade de informação. Foi realizada a leitura inicial dos títulos e resumos dos artigos a fim de refinar a utilização da informação nesta revisão. É de realçar que foi incluída neste artigo toda a informação relevante encontrada acerca da temática estudada e excluída a que não se relacionava com a mesma. Foram, assim, incluídos nesta revisão um total de 12 artigos, 4 livros e 1 tese.

A elaboração desta revisão narrativa teve por objetivos: compreender o papel da interação e comunicação na prestação de cuidados altamente humanizada e de qualidade; identificar a natureza da interação e comunicação na prestação de cuidados altamente humanizada e de qualidade.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e discussão dos resultados será elaborada, alicerçada em três grandes áreas: a enfermagem no cuidar em fim de vida; a interação na disciplina de enfermagem; a interação no cuidar em fim de vida.

## ENFERMAGEM NO CUIDAR EM FIM DE VIDA

Face à conjetura atual, é extremamente importante a mudança de paradigma nos cuidados de saúde, fazendo com que o cuidar pessoas de sobreponha ao tratar de doenças.

Cuidar em enfermagem caracteriza-se por uma série de encontros e desencontros entre os diversos atores do quotidiano da prestação de cuidados. Pessoas doentes, familiares e enfermeiros cruzam-se, tocam-se, interagem e comunicam, vivenciando uma multiplicidade de situações num contexto de grande complexidade, onde cada expressão, cada palavra, cada toque assumem um enorme relevo no seu bem-estar.

Existem várias definições do processo de cuidar, no entanto, observa-se que todas elas se baseiam na inter-relação entre enfermeiro e o alvo dos seus cuidados, pressupondo assim, um processo interativo entre ambos. O cuidar alicerça-se em grande medida na relação interpessoal que se estabelece entre pessoa que cuida e pessoa cuidada, que contribui decisivamente para a preservação da dignidade da pessoa doente e sua família e para atenção permanente às necessidades que ambos apresentem em todas as dimensões<sup>(5)</sup>.

O cuidar em fim de vida exige que toda a equipa multidisciplinar no geral, e os enfermeiros em particular, planeiem e implementem as suas intervenções não só no sentido da satisfação das necessidades físicas das pessoas doentes e suas famílias, mas também, psicológicas/emocionais, sociais, culturais e espirituais. Claro está, que com esta nova filosofia de cuidar, espera-se dos enfermeiros uma maior proximidade a acompanhamento, despoletando desafios constantes. Ser enfermeiro, em especial no contexto dos CP, com a excelência a pautar a prestação de cuidados, obriga a que se valorizem todas as características e vivências da pessoa doente, e não se reduza o foco apenas ao diagnóstico ou problema atual, pois todo a pessoa doente possui uma história de vida, bem como, crenças, valores, sentimentos e pensamentos que carecem de ser conhecidos e respeitados. Tal facto, vai exigir um contacto com a pessoa em fim de vida que ultrapasse claramente as tarefas e procedimentos técnicos, que dominam o dia a dia da prática clínica, sendo necessário a implementação de uma ciência e arte em simultâneo: o cuidar<sup>(4)</sup>. Neste sentido, é fundamental que este seja um cuidar humanizado, que não descure a multidimensionalidade de cada ser e que se baseie no conceito de dignidade, autonomia e autodeterminação individual. Assim, para um enfermeiro cumprir adequadamente o seu papel no contexto dos CP, tem na prática clínica transcender a mera execução das rotinas diárias, atribuindo forte importância ao relacionamento interpessoal e comunicação com pessoa doente e família. O seu trabalho deve abranger o orientar, o

informar, o apoiar no processo de tomada de decisão e ainda, ajudar na adaptação e resolução de problemas<sup>(21, 22)</sup>. Por isso se diz, que a competência técnica do cuidar é insuficiente, sendo necessário para além do “saber fazer”, o desenvolver do “saber ser” e saber “estar”. Todo o enfermeiro deve ter consciência que cuidar, em muito ultrapassa o restauro do corpo ou a ausência de doença, e deve focar-se na pessoa, nas necessidades que a mesma evidência, no seu percurso de vida, e ainda, como está a experienciar o seu processo transicional<sup>(23)</sup>. É possível afirmar deste modo, que a enfermagem neste contexto de cuidados se apresenta como uma conjugação de uma prática baseada na evidência, competências de relação interpessoal requintadas e o uso terapêutico do “eu”<sup>(4)</sup>.

Acrescenta-se, que os profissionais de enfermagem são aqueles, que maior proximidade possuem com a pessoa doente e sua família para concretizar a lógica do cuidar, pois mantêm-se nos serviços as 24h do dia e são os responsáveis pela prestação de cuidados diretos às pessoas doentes<sup>(22)</sup>. Assim, os enfermeiros encontram-se numa posição de privilégio, pois são o elemento da equipa multidisciplinar que melhor conhece a pessoa doente, o seu contexto familiar e sociocultural, potenciando a deteção antecipada das necessidades e, conseqüente, planeamento e implementação de intervenções eficazes dirigidas à unidade do cuidar, onde a interação e comunicação estabelecidas são alicerces de suma importância.

## INTERAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pepin [et al]<sup>(24)</sup>, através da análise dos diferentes modelos conceptuais de enfermagem, tendo por base os seus conceitos centrais, promoveram a sua divisão em cinco escolas de pensamento: Escola das Necessidades; Escola da Interação; Escola dos Resultados; Escola do Ser Humano Unitário; Escola do Cuidar.

A Escola da Interação despontou do trabalho de algumas teóricas tais como: Imogene King; Ida Orlando; Hildegard Peplau; Joyce Travelbee; Josephine Paterson e Loretta Zderad; Ernestine Wiedenbach. De acordo com os pressupostos teóricos que alicerçam esta escola de pensamento, a pessoa doente é encarada como um verdadeiro parceiro de cuidados, sendo o foco da enfermagem a interação que se estabelece entre enfermeiro e pessoa doente. A interação é o conceito central no trabalho desenvolvido por todas as teóricas referidas, bem como, se constitui na realidade onde se desenvolve a prática da enfermagem<sup>(24)</sup>. De salientar, que a doença deixa de ser encarada como um desvio que carece de ser retificado, passando a ser entendida como uma experiência inevitável, que quando compreendida adequadamente promove desenvolvimento<sup>(24, 25)</sup>.

Maioritariamente, as teorias da Escola da Interação são originárias da psiquiatria,



tendo-se expandido gradualmente para outras áreas de especialidade, mas com pouca incidência nos CP. Porém, possuem uma grande premência na compreensão da interação que deve ser estabelecida entre profissional, pessoa doente e família no cuidar em fim de vida e como podemos interpretá-la.

Nesta profunda mudança na forma de encarar e praticar enfermagem, que fez com que a mesma seja vista e entendida como um processo de relação interpessoal através do qual o enfermeiro e a pessoa doente se desenvolvem, apresenta grande destaque Hildegard Peplau<sup>(26)</sup>.

Peplau publicou o livro "The interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing", em 1952, marcando o início de uma nova era na enfermagem, com forte destaque no papel relacional do enfermeiro, que foi cientificamente definido e caracterizado<sup>(27)</sup>. A mesma autora, encara todo o fenómeno de enfermagem como um processo interpessoal, onde se procura que as experiências do cuidar sejam transformadas em aprendizagem e desenvolvimento pessoal para enfermeiro e doente, que assumem papel de protagonistas. Neste sentido, e de acordo com a sua teoria, o processo de relação interpessoal em enfermagem deve seguir quatro etapas: Orientação; Identificação; Exploração; Resolução. Na fase de orientação, uma pessoa que possui determinada necessidade solicita auxílio a um profissional. O enfermeiro durante a interação estabelecida com a pessoa, identifica as suas necessidades e, conjuntamente com a restante equipa, orienta a pessoa tendo em vista a sua satisfação. Na fase da identificação, o enfermeiro deve concentrar o seu esforço no sentido de uma aprendizagem construtiva, que ocorre quando a pessoa doente consegue por si só, de modo independente do profissional, desenvolver as suas próprias respostas perante a situação com que se depara. Por sua vez, a fase da exploração alude ao aproveitar máximo da interação estabelecida entre enfermeiro e pessoa doente para construção de ganhos em saúde. Nesta etapa, devem ser elaboradas novas metas para a pessoa doente se tornar independente à medida que vão sendo satisfeitas as necessidades que evidenciava. Por fim, a fase da resolução, onde no prosseguimento da etapa anterior, a pessoa doente liberta-se da identificação com o enfermeiro, gerando e fortalecendo a sua competência para agir autonomamente<sup>(26)</sup>.

Em suma, segundo Peplau<sup>(26)</sup>, o cuidar em enfermagem corresponde a um processo iterativo, interpessoal, terapêutico e ao mesmo tempo significativo, que é gerado na relação entre uma pessoa que carece de auxílio e uma outra disponível para ajudar e que compartilham objetivos comuns. O respeito e aprendizagem são características fundamentais em todo processo.

Realçar ainda, o trabalho levado a cabo por Ida Orlando em 1961, onde primeiramente se entendeu que a relação como instrumento

terapêutico não é exclusivo da psiquiatria, mas um instrumento a poder ser empregue em qualquer contexto onde se prestem cuidados de enfermagem (Lopes, 2011).

Meleis<sup>(25)</sup>, refere que a interação entre enfermeiro e pessoa doente deve ser vista como um processo de ação, reação, transação e de relação interpessoal com objetivo terapêutico. Neste processo interacional, onde os objetivos são comuns aos seus intervenientes, deve atribuir-se ênfase à partilha de informação, validação de percepções, sentimentos e aos significados conferidos pela pessoa doente e sua família, às experiências de saúde-doença, dor e sofrimento. Meleis<sup>(25)</sup>, menciona de igual modo, o facto da pessoa doente ser o foco central de todo processo de interação e que o mesmo apresenta como finalidade última a manutenção ou recuperação do estado de saúde da pessoa doente, tendo por base uma ajuda consciente e voluntária por parte do profissional. Isto, para que a pessoa doente seja capaz de desenvolver competências adequadas à satisfação das suas necessidades e resolução dos seus problemas, que permitam o promover da sua qualidade de vida e conforto e minorar do seu sofrimento. Kim<sup>(28)</sup> fala-nos de cinco níveis de conceptualização no que se refere às teorias de enfermagem, sendo que coloca especial relevo no domínio enfermeiro-pessoa doente, que inclui o contacto, a comunicação e a interação. Daqui reforça-se a necessidade de se ter em especial consideração a interação entre os diferentes intervenientes no dia a dia da prestação de cuidados, pois é através desta mesma interação, ou no contexto da mesma, que a enfermagem se concretiza.

## INTERAÇÃO NO CUIDAR EM FIM DE VIDA

No contexto de fim de vida, a especificidade e vulnerabilidade apresentada por pessoas doentes e suas famílias a vivenciar uma doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada é elevada e as necessidades que assolam pessoas doentes e suas famílias ao longo de todo o trajeto de doença são variadas e multidimensionais.

Conjuntamente com o controle sintomático e trabalho em equipa, a comunicação e a relação interpessoal constituem-se fortes alicerces da prestação de CP de qualidade. Perante situações de tão grande incerteza, dor e sofrimento, a interação entre pessoa doente, família e profissional é ressignificada, passando a ser encarada como a essência do cuidar, que tanto suporta e apoia na vivência de momentos difíceis<sup>(29,30)</sup>.

Neste sentido, a European Association for Palliative Care<sup>(31)</sup>, define como uma das dez competências centrais para a prática clínica em CP, o desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos CP. Na mesma linha de pensamento, a prestação de cuidados nos CP assenta num conjunto de valores e princípios, dos quais

se destacam: o relacionamento entre pessoa doente e profissional, ou seja, a criação de uma parceria de cuidados fundamental; a comunicação como pilar mestre da prestação de CP de qualidade<sup>(8)</sup>.

Efetivamente, quando um enfermeiro tenta compreender o mundo de um indivíduo de quem cuida e dos familiares que o envolvem, assim como, suas percepções subjetivas, e efetivamente o consegue, está aberto o caminho para o estabelecimento da empatia entre eles. Potencia-se o estabelecimento de uma relação de conhecimento mútuo, conduzindo a uma mais eficaz deteção das necessidades existentes, uma correta definição de prioridades e intervenções a implementar. Assim, em enfermagem, e com especial relevo nos CP, a relação interpessoal como um processo intersubjetivo é um elemento fundamental da prática clínica do dia a dia de um enfermeiro, sendo necessário transformar a relação interpessoal e a comunicação no próprio cuidado.

Toda a interação ocorre entre pessoas ou grupos de pessoas, que possuem uma matriz sociocultural própria e que se encontram a vivenciar algum tipo de transição<sup>(25)</sup>. Para além disso, as interações não se afiguram como lineares, pois envolvem diversas variáveis, das quais se destacam:

- Atores individuais: respeita às características físicas, psicológicas, cognitivas, sociais, éticas, atitudes, habilidades, bem como a padrões de interação desenvolvidos anteriormente;

- Contexto social da interação: ênfase no processo interacional e no estabelecimento de uma comunicação terapêutica;

- Natureza da interação: necessário ter em consideração duas dimensões, sendo elas o processo da interação e as propriedades (qualidades). O processo da interação refere-se à sequência, trajetória, progressão e ao padrão de interação. Por sua vez, as propriedades da interação aludem à qualidade da interação relativamente aos componentes de troca, como são o caso das informações, afetos, energia, entre outros, e ainda ao tipo de comunicação.

- Metas de saúde do cliente: dizem respeito ao bem-estar do cliente que se constitui incontestavelmente, no principal objetivo do cuidado de enfermagem<sup>(28)</sup>.

incontestavelmente, no principal objetivo do cuidado de enfermagem<sup>(28)</sup>.

Sapeta e Lopes<sup>(32)</sup>, referem que o processo de interação que se estabelece entre enfermeiro e pessoa doente é altamente complexo e multidimensional. Nele confluem variáveis que dizem respeito às características da própria pessoa doente (idade; crença e prática religiosa; estado clínico; relação que tem estabelecida com o enfermeiro; entre outras), às características do profissional (idade; anos de experiência profissional; maturidade, formação; entre outras), características socioculturais (negação da morte; medicalização da morte;

filosofa dos CP; envelhecimento progressivo; entre outras) e cultura organizacional (trabalho em equipa; comunicação; objetivos terapêuticos; entre outras).

Por sua vez, Frias<sup>(33)</sup>, destaca alguns fatores que podem interferir com a interação estabelecida entre o profissional e o alvo dos seus cuidados, tais como: características pessoais de cada pessoa; duração dos internamentos; o controlo ou descontrolo sintomático; contexto da prestação de cuidados; proximidade da morte; falta de coordenação do trabalho em equipa; ausência de guidelines; falta de formação dos enfermeiros.

É de igual modo premente, ter em consideração que podem existir barreiras à interação estabelecida entre pessoa doente, família e enfermeiro: postura de autoritarismo ou “paternalismo”; distanciamento profissional e/ou emocional; ênfase exclusivo na dimensão física da pessoa doente; falta de tempo para a interação; pouco relevo dado às emoções das pessoas doentes. Estas barreiras à interação, podem ser ultrapassadas, promovendo-se uma enfermagem mais centrada na pessoa doente, transformando-o em corresponsável pela construção pelo seu bem-estar. A cultura rotineira que está impregnada nas instituições onde se prestam cuidados, torna difícil a sua personalização e humanização, o que traz irremediavelmente dificuldades no processo de interação entre profissional e os alvos dos seus cuidados (33). Apesar de toda a importância atribuída pelos enfermeiros ao processo de interação no cuidar, é evidente que o mesmo provoca um grande dispêndio de energia física e emocional, pelo que se deve intervir de modo eficiente. O enfermeiro ao construir uma interação com uma pessoa a cuidar, deve considerar as crenças e valores da mesma, envolver-se verdadeiramente, ter uma presença simpática, partilhar o processo de tomada de decisão e responder às necessidades multidimensionais da pessoa doente e sua família<sup>(34)</sup>. Deste modo, preservando a identidade e individualidade da pessoa, é possível atingir a satisfação com os cuidados, a criação de um ambiente terapêutico e promoção do bem-estar.

Para o correto estabelecer de uma interação enfermeiro-pessoa doente e enfermeiro-família, torna-se premente que se desenvolvam por parte do profissional de saúde, determinadas características tais como: bondade, cordialidade, compaixão, genuinidade, conhecimento e competências comunicacionais e de relação interpessoal, que funcionem como facilitadores da interação e permitam ao enfermeiro tomar decisões e priorizar cuidados (34).

Neste sentido, com a convicção de que os cuidados de enfermagem se fundamentam na interação que se estabelece entre enfermeiro, pessoa doente e família, uma ferramenta essencial a ser desenvolvida e aplicada é a comunicação.

Uma comunicação adequada, no contexto dos CP, constitui-se num método fulcral para cuidar integralmente e, ainda, para humanizar os cuidados prestados. Reveste-se de

total premência no detetar das necessidades sentidas e expressas por pessoas doentes e suas famílias, ajuda no desenvolver da relação entre quem cuida e quem é cuidado e permite a partilha do processo de tomada de decisão<sup>(5, 35)</sup>. Ressalvar que, para além do explicitado, a comunicação adquire especial relevância no âmbito dos CP, pois é uma realidade onde existem várias situações de comunicação complexa, tais como: transmissão de más notícias; conspiração do silêncio; negação; agressividade<sup>(5, 35)</sup>. Deste modo, a comunicação funciona como um instrumento que otimiza a relação/interação entre pessoa doente, família e profissional no contexto dos CP<sup>(29,30)</sup>.

No entanto, é necessário ter-se em atenção, que a comunicação não se pode focar somente na transmissão de informação, mas sim, permitir a livre expressão de sentimentos/emoções, valorizar e minimizar o sofrimento sentido pela pessoa doente e seu sistema familiar, a partilha da tomada de decisão e a definição de objetivos comuns. Estes são aspetos de suma importância na ajuda a quem enfrenta a última etapa da vida<sup>(23)</sup>.

Apesar de todas as vantagens evidentes, muitos profissionais de saúde consideram a interação e comunicação com pessoas doentes e suas famílias como sendo um fator gerador de stress, o que os leva a adotar uma postura de evitamento e distanciamento. Isto, conduz a uma intervenção focada em relacionamentos técnicos e superficiais, onde não se aprofunda adequadamente a comunicação como altamente recomendado na área dos CP. Este tipo de postura tem repercussões claras na satisfação da pessoa doente e familiares relativamente aos CP prestados, podendo os mesmos sentirem-se abandonados ou ignorados<sup>(33)</sup>.

Fica deste modo explícito, a importância da formação avançada dos profissionais de saúde a prestarem cuidados, no contexto dos CP, nomeadamente, no âmbito da comunicação e relação com a pessoa doente e sua família, que se constitui numa área de especial importância para a enfermagem, onde todo profissional deve almejar aperfeiçoar o seu conhecimento e habilidade, de modo, a contribuir para uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência. No que à relação interpessoal e comunicação diz respeito, é fundamental a formação e o treino, pois apenas a experiência profissional acumulada não habilita o profissional a comunicar e interagir eficazmente em CP<sup>(29, 30)</sup>.

### LIMITAÇÕES DA REVISÃO NARRATIVA

Ao optarmos por este tipo de revisão da literatura, temos perfeita noção das suas limitações. Apesar da variabilidade e quantidade de fontes de informação utilizadas, a não explicitação e total sistematização da estratégia de recolha de dados torna-se potenciadora de viés. No entanto, não é nossa intenção fazer qualquer tipo de inferências com os resultados obtidos, mas

sim tirar uma “fotografia” ao conhecimento científico atual acerca da temática abordada.

### CONCLUSÕES

Ao longo do sinuoso trajeto, em que se constitui o surgimento e desenvolvimento de uma doença incurável e/ou grave, progressiva e avançada, pessoa doente e sua família são acometidos por um sem fim de necessidades e constrangimentos que urgem por resposta por parte dos profissionais de saúde, membros de equipas multidisciplinares de CP.

É fundamental a identificação das necessidades sentidas pela pessoa doente e sua família, o que se constitui num grande desafio para todos os profissionais. Salientar, que estas necessidades são multidimensionais. Desconsiderar, ou não reconhecer estas necessidades, poderá levar ao planeamento de intervenções desnecessárias ou desajustadas, não concorrendo para o atingir do objetivo maior da prestação de CP: promover a qualidade de vida e conforto de pessoa doente e sua família, bem como minorar o seu sofrimento.

Os enfermeiros assumem um papel de destaque no seio da equipa multidisciplinar de CP, pois são aqueles que mais tempo permanecem nos serviços e mais próximos se encontram da pessoa doente e seu familiar, existindo maior probabilidade de deteção antecipada das suas verdadeiras necessidades.

O enfermeiro tem de possuir e desenvolver fortes competências relacionais e de comunicação, fazendo com que estas assumam um papel central na sua prestação de cuidados, direcionando, assim, a sua intervenção à verdadeira essência do cuidar. A interação no cuidar em fim de vida, onde se alicerçam os cuidados de enfermagem, constitui-se num instrumento terapêutico de extrema utilidade, que apresenta características próprias e que se encontra dependente de múltiplas variáveis. A comunicação, por sua vez, apresenta-se como um instrumento verdadeiramente essencial para o desenvolver de interações eficazes entre enfermeiro, pessoa doente e sua família. A qualidade da interação e comunicação influenciam decisivamente a humanização dos cuidados prestados. Não é possível medir a qualidade, tanto da interação como a comunicação, pelo seu carácter totalmente subjetivo e necessidade de adaptação a cada pessoa doente e família.

Parece também evidente, a importância do estudo da natureza da interação estabelecida entre profissionais de saúde e alvos dos seus cuidados, no contexto dos CP, de modo a poder ser interpretada a experiência e significado atribuído por cada um dos intervenientes.

Por fim, que a interação no cuidar em fim de vida, com todos os contributos terapêuticos que possui, constitui-se numa área fulcral para os enfermeiros apostarem no perfeccionamento de seus conhecimentos e habilidades, legitimando-se ainda, como área

investigacional que merece aprofundamento. Indubitavelmente, a formação e investigação em CP pode muito bem ser a resposta às necessidades que enfermeiros e outros profissionais continuam a apresentar na sua prática diária neste contexto de cuidados.

## Referências

- Arias-Casais N, Garralda E, Rhee J, Lima L, Pons J, Clark D, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019. Available from: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>.
- Instituto Nacional de Estatística. Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. Lisboa; 2015.
- Instituto Nacional de Estatística. Projeções de População Residente 2018-2080. 2020.
- Becker C, Wright G, Schmit K. Perceptions of dying well and distressing death by acute care nurses. *Applied Nursing Research*. 2017;33:149-54.
- Barbosa A, Pina P, Tavares F, Neto I. Manual De Cuidados Paliativos. 3ª ed: Associação para a investigação e desenvolvimento da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016.
- World Health Organization. QUALITY HEALTH SERVICES AND PALLIATIVE CARE - Practical approaches and resources to support policy, strategy and practice. Geneva2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035164>.
- Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care. London2020. Available from: <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
- Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;60(4):754-64.
- World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care 2002 [Available from: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>].
- World Health Organization. Health financing for universal coverage: What is universal coverage 2017 [1-3]. Available from: [https://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/](https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/).
- Capelas M, Simões A, Teves C, Durão S, Coelho S, Silva S, et al. Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. *Cadernos de saúde*. 2018;10(2):11-24.
- Murray S, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Ambblas-Novellas J, Boyd K. Palliative care from diagnosis to death. *The British Medical Journal*. 2017;356:j878.
- International Association for Hospice & Palliative Care. Consensus-Based Definition of Palliative Care 2019 [Available from: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>].
- Borgstrom E. Advance care planning: between tools and relational end-of-life care? *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2015;5(3):216-7.
- Symmons S, Ryan K, Aoun SM, Selman LE, Davies AN, Cornally N, et al. Decision-making in palliative care: patient and family caregiver concordance and discordance-systematic review and narrative synthesis. *BMJ Support Palliat Care*. 2022.
- Payne S. White Paper on improving support for family carers in palliative care: part 1. *European Journal of Palliative Care*. 2010;17(5):238-51.
- Figueiredo M. Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar-uma abordagem colaborativa em enfermagem de família. 1ª edição ed. Loures: Lusociência; 2012.
- Wright L, Leahey M. Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família. 5ª edição ed. São Paulo: Roca; 2009.
- Maslow A. Theory of Human Motivation. *Psychological Review*. 1943. p. 370-96.
- Sukhera J. Narrative Reviews: Flexible, Rigorous, and Practical. *J Grad Med Educ*. 2022;14(4):414-7.
- Caswell G, Pollock K, Harwood R, Porock D. Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*. 2015;14(35).
- Gomes B, Pinheiro M, Lopes S, Brito M, Sarmento V, Ferreira P, et al. Risk factors for hospital death in conditions needing palliative care: Nationwide population-based death certificate study. *Palliat Med*. 2018;32(4):891-901.
- Feiteira B, Cerqueira M. As Conferências Familiares em Cuidados Paliativos: Contributos para a prática clínica em enfermagem. Mauritius: Novas Edições Acadêmicas; 2018.
- Pepin J, Kérouac S, Ducharme F. La Pensée Infirmière. 3rd Edition ed. Montréal Chenelière Education; 2010.
- Meleis A. Theoretical Nursing: Development & Progress. Philadelphia: Lippincott; 2012.
- Peplau H. Relaciones Interpersonales en Enfermería - un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona: Salvat; 1990.
- Lopes M. Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: Reflexão a Partir dos Resultados de um Trabalho de Investigação. *Investigação em Saúde Múltiplos Enfoques*. Natal: EDUFRN; 2011. p. 20-30.
- Kim H. The Nature of Theoretical Thinking in Nursing. 3rd Edition ed. New York: Springer Publishing Company; 2010.
- Andrade G, Pedroso V, Weykamp J, Soares L, Siqueira H, Yasin J. Cuidados Paliativos e a Importância da Comunicação entre o Enfermeiro e Paciente, Familiar e Cuidador. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 2020;11(3):713-7.
- Campos V, Silva J, Silva J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. *Revista Bioética*. 2019;27(4):711-8.
- Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. *European Journal of Palliative Care*. 2013;20(2):86-91.
- Sapeta P, Lopes M. Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. *Revista Referência*. 2007;4(4):35-57.
- Frias C. O Processo de Construção de Cuidados Enfermeiro/Pessoa em Fim de Vida: Encontro de Corpos [Doutoramento]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.
- McCormack B, McCance T. Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56(5):472-9.
- Querido A, Salazar H, Neto I. Comunicação. In: Barbosa A, Neto I, editors. Manual de Cuidados Paliativos. 3ª edição ed. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa - Núcleo de Cuidados Paliativos - Centro de Bioética; 2016. p. 815-32.
- Ozcelik H, Cakmak D, Fadiloglu C, Yildirim Y, Uslu R. Determining the satisfaction levels of the family members of patients with advanced-stage cancer. *Palliative & Supportive Care*. 2015;13(3):741-7.