

A RELAÇÃO DE AJUDA AO DOENTE EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA: O ENFERMEIRO E O CUIDAR EM FIM DE VIDA

Helena Gomes¹, Marco Borges¹, Gorete Baptista² e Ana Galvão³

RESUMO

Os cuidados ao doente em fim de vida tornam-se difíceis de suportar pelas pessoas envolvidas, pois, para além da sobrecarga física, existe um grande desgaste psicológico e emocional, pelo que se torna importante um acompanhamento e apoio por parte dos profissionais de saúde. A relação de ajuda é um elemento decisivo na atividade dos enfermeiros, desempenhando um papel central na resposta às necessidades concretas do doente em fim de vida e sua família. O objectivo do estudo foi identificar necessidades e dificuldades que os enfermeiros enfrentam no contexto da relação de ajuda ao doente em fim de vida e família. A metodologia utilizada foi a Revisão Sistemática da Literatura sendo aplicada a metodologia PICO. Recorreu-se às bases de dados B-on, LILACS e Scielo, tendo sido reunidos 14 artigos e analisados 7. Os resultados mostraram que muitos enfermeiros sentem dificuldade em comunicar com doentes terminais, apesar de valorizarem as relações interpessoais relacionadas com a comunicação, o conforto, o apoio e acompanhamento e as técnicas de alívio do sofrimento do doente e família, direccionadas para a gestão da dor e sofrimento. A falta de formação em cuidados paliativos é evidente, sendo que o desempenho das competências relacionais de ajuda está correlacionado com a formação que os enfermeiros desenvolvem acerca da relação de ajuda. As principais conclusões a que o estudo chegou foram que apesar da dedicação dos enfermeiros a relação de ajuda ao doente terminal e família nem sempre é conseguida. O desenvolvimento pessoal e profissional, o modo como gerem as dificuldades pessoais e relacionais com o doente e família no contexto de fim de vida, são considerados como os ingredientes *major* ao nível do cuidar e da relação de ajuda profissional.

Palavras-chave: Enfermeiro; Relação de ajuda; Doente terminal

¹ Enfermeiro/enfermeira na Unidade Local de Saúde do Nordeste- Bragança, Portugal. Licenciatura em Enfermagem e Mestrado em Enfermagem Comunitária.

² Professora Doutora na Escola Superior de Saúde-Instituto Politécnico de Bragança, Portugal e Instituto Jean Piaget Benguela, Angola; Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, MSc em Psiquiatria e Saúde Mental, PhD em Biomedicina.

³ Professora Doutora na Escola Superior de Saúde-Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde; Especialista em Psicologia do Trabalho, Social e das Organizações e Executive e Life Coach, ICF. Email: maria.baptista@unipiaget-angola.org

ABSTRACT

The care of terminally ill becomes difficult to bear by people involved, for, in addition to physical overload, there is a great psychological and emotional distress, and the follow up and the support from the professional health staff is therefore important. The aid relationship is a decisive element in the activity of nurses, playing a central role in responding to the specific needs of the patient at the end of their life and their family. The objective of the present paper was to identify the needs and difficulties in the context of aid relationship between the nurse and the terminally ill people and their families. As methodology, Systematic Review of literature was used, being applied to PICO Methodology. B-on, LILACS and Scielo databases were also used, having been gathered 14 articles and analyzed 7. Results showed that many nurses have difficulties in communicating with terminally ill people, although valuing interpersonal relations related to communication, comfort, support and monitoring and the patient's pain relief techniques and family, directed to the management of pain and suffering. The lack of training in palliative care was evident, and the performance of aid relational skills is correlated with the training that nurses develop about the helping relationship. It was concluded that in spite of the dedication of the nurses, the aid relation to terminally ill patients and their family is not always achieved. The personal and professional development, the way they manage personal and relational difficulties with the patient and family in the context of end of life were regarded as the major ingredients to the level of care and professional help relationship.

Keywords: Nurse; Help relationship; Terminally ill people.

RESUMEN

El cuidado del paciente al final de la vida llega a ser difícil de soportar por los cuidadores, ya que además de la sobrecarga física, hay un gran estrés psicológico y emocional, por lo que es importante hacer un seguimiento y apoyo de los profesionales salud. La relación de ayuda es un elemento clave en la actividad de las enfermeras, juegan un papel central en la respuesta a las necesidades específicas de final de vida del paciente y su familia. Así, este artículo se propone como objetivo identificar las necesidades y las dificultades que enfrentan las enfermeras en el contexto de la relación de ayuda al final de vida del paciente y su familia. En lo que a los métodos se refiere, nos hemos socorrido de la Revisión sistemática de la literatura que se aplica a la metodología PICO. Se recurrió a las bases de datos B-on, LILACS y SciELO, han sido recogido 14 artículos y analizado. Este mismo estudio ha arrojado como resultados que muchas enfermeras tienen dificultades para comunicarse con una enfermedad terminal, aunque la valoración de las relaciones interpersonales relacionadas con la comunicación, la comodidad, de apoyo y de vigilancia y socorro técnicas de sufrimiento y de la familia del paciente, dirigido a la gestión del dolor y el sufrimiento. La falta de formación en cuidados paliativos es evidente, y el desempeño de habilidades relacionales de ayuda se correlaciona con la formación que desarrollan las enfermeras acerca de la relación de ayuda. De todo ello hemos concluido que pese a la dedicación de las enfermeras para ayudar con respecto a la enfermedad terminal y no siempre se logra la familia. El desarrollo personal y profesional, la forma en que gestionan las dificultades personales y de relación con el paciente y su familia en el contexto del final de la vida, son considerados como los principales ingredientes para el nivel de atención y relación de ayuda profesional.

como pessoais, para lidar com a envolvente contextual do doente em fim de vida, sendo fundamental estabelecer uma relação de ajuda.

Neste trabalho vai ser desenvolvido o tema relação de ajuda ao doente e família em fim de vida, sendo o enquadramento teórico alicerçado em revisão bibliográfica de artigos relacionados. A questão que norteia o *rationale* metodológico é a seguinte: “Quais os aspetos da relação de ajuda mais evidenciados no cuidado aos doentes em fim de vida e seus familiares?”. A formulação deste problema tem como objetivo reconhecer e identificar necessidades e dificuldades que os cuidadores enfrentam no âmbito da sua profissão, no contexto da relação com o doente em fim de vida. No final do trabalho, verifica-se que as relações interrelacionais, proporcionando a comunicação e o conforto, são as principais preocupações para a relação de ajuda, assim como, o discurso direto e claro para uma melhor aceitação da morte. No ato de cuidar e na relação de ajuda profissional, o percurso de aceitação progressiva da morte, o mínimo de sofrimento físico e existencial e preservação da dignidade do doente, são as ações mais corretas. Verifica-se que após a doença as pessoas se voltam mais para sua religiosidade/espiritualidade revendo valores e mudando atitudes para melhorar a qualidade de vida. Por último, foi também perceptível que existe uma dificuldade por parte dos enfermeiros em comunicar com os doentes e suas famílias nesta fase do ciclo de vida, onde a gestão da dor e do sofrimento, bem como a necessidade da comunicação, contribui para o alívio do sofrimento tanto do doente como seus familiares.

Concetualizando....

“As principais atitudes ou habilidades próprias da relação de ajuda encontram-se numa certa conceção do ser humano em que o respeito pela dignidade da pessoa, pela sua liberdade e pela sua autonomia é primordial...” (Phaneuf, 2005, p. 334).

Para Phaneuf (2005), as principais atitudes ou habilidades próprias da relação de ajuda, assentam na *aceitação, no respeito e na empatia* entre o doente e o enfermeiro.

Para a autora a *aceitação* constitui a primeira condição para o estabelecimento de uma relação de ajuda, sendo “um sentimento de abertura à experiência do outro, ao seu sofrimento e à sua maneira de ser sem exigência de mudança” (p. 337). Para se promover a aceitação do outro deve-se pensar na dignidade da pessoa como ser humano; pensar no seu passado e em como se pode ajudar; acreditar que pode evoluir, tomar consciência das dificuldades e reconhecer os sentimentos vivenciados pela pessoa.

O *respeito* é a “qualidade pela qual a pessoa que ajuda reconhece a enorme dignidade e o enorme valor da pessoa ajudada apesar da sua aparência física, do seu carácter, dos seus comportamentos e dos seus hábitos de vida” (Idem, p. 340). O respeito é evidenciado por características que são essenciais, tais como: consideração positiva; reconhecer que a pessoa ajudada é capaz de demonstrar coragem, de suportar a adversidade, de se responsabilizar por si e tomar decisões, se possível, de modificar comportamentos, de evoluir e adaptar-se às limitações que surgem.

A *empatia* surge quando existe “um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda e que percebe a dificuldade da pessoa ajudada, como se ela penetrasse no seu universo, como se ela se colocasse no seu lugar para se dar conta do que ela vive, e da forma como o vive, e que lhe leva o reconforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com o seu vivido e sem ela própria viver as emoções” (Idem, p. 347). A forma como se manifesta engloba atitudes comportamentais tais como: ajustar a linguagem não-verbal ao estado de espírito em que a pessoa que necessita de ajuda se encontra, a postura, o toque, o silêncio, o olhar, a escuta atenta; as palavras e o tom em que são proferidas que exprimem compreensão, vontade de reconfortar a pessoa e partilhar a dificuldade, mostrando feedback. A qualidade e profundidade da empatia dependem então da autenticidade e da congruência, da capacidade de confrontação, da capacidade de receber e transmitir mensagens verbais e não-verbais, características que são essenciais à pessoa que ajuda.

Todos os aspetos mencionados são importantes para que se consiga estabelecer uma relação de ajuda, no entanto, pela nossa experiência prática, com o doente em fim de vida,

torpor, alívio e emancipação. Estes sentimentos e emoções são sentidos e vivenciados tanto pelo doente como pelas pessoas que acompanham o avançar da situação ou doença. Quem o acompanha deve preparar-se para aceitar a forma que o doente em fim de vida escolhe para si próprio, independentemente de as suas ideias serem diferentes. Ao aceitar e dando oportunidade ao doente de escolher o seu caminho até ao último suspiro, quem o acompanha tem a oportunidade de aceitar também o que irá suceder e interiormente preparar-se para a derradeira partida, podendo vivenciar um luto antecipado.

O processo de luto é constituído por cinco fases: *negação, raiva, negociação, depressão e aceitação*, considerados sentimentos e atitudes que são vivenciados pelos doentes, podendo ser distintos de pessoa para pessoa pois têm em conta questões de personalidade, experiências anteriores, assim como a forma como o doente se posiciona perante a doença (Elói, 2012). É importante perceber a informação que o doente nos quer transmitir com os seus comportamentos, as suas reações, os momentos de agressividade ou choro... É necessário saber respeitar a forma como cada pessoa vivencia a última etapa de vida, pois cada pessoa vive o sofrimento de forma própria, particular no ser, no estar e no precisar...de ajuda. Muitas vezes os medos, os receios e as dificuldades do próprio profissional em lidar com o fim de vida e com a eminência da morte, influenciam a forma como este se relaciona com o doente. E é no momento em que o doente fica afásico que os gestos, o toque, a proximidade assumem maior importância.

Um doente em fase terminal possui para além da dor física, a dor psicológica e desgaste emocional. De acordo com Souza & Saran (2012), existe a necessidade de esses doentes e seus familiares expressarem os seus medos, angústias e sofrimentos, para que se sintam amparados, respeitados e compreendidos por todos os profissionais de saúde que lhe prestam cuidados. É fundamental que a comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde, os doentes e seus familiares, seja uma relação de ajuda, dentro de um ambiente onde exista a confiança mútua. Neste processo, os profissionais devem aprender o que, como, quando falar e até saber qual é o momento de permanecer em silêncio, substituindo a fala por um toque ou um gesto que transmita segurança e apoio emocional.

Para o doente, familiares e profissionais de saúde torna-se num desafio o aprender a lidar com as necessidades no contexto da terminalidade. Estas necessidades passam pelo doente

ser reconhecido como pessoa, pela reconciliação com a própria vida, pela busca do sentido das coisas, pela esperança, entre outras, permitindo o estabelecimento de uma ligação entre o doente, que necessita de ser ajudado e a pessoa que o ajuda.

Os cuidados a prestar ao doente em fim de vida têm como objetivo a melhoria da qualidade de vida que lhe resta e preservar a dignidade, daí ser necessário integrar o doente e família/cuidadores informais nos cuidados, capacitando-os para a identificação dessas necessidades e dar ênfase à promoção do conforto e minimização do sofrimento. Estes cuidados passam por uma boa comunicação, pelo estabelecimento de uma relação empática, na relação terapêutica baseada na verdade e na evidência científica; na verdade que o doente quer ou não quer saber, sem esquecer a componente ética e deontológica (Souza & Saran, 2012). As questões ético-deontológicas, relativamente ao respeito pelo doente terminal, encontram-se descritas no art.º 87 do Código Deontológico Inserido no Estatuto da OE-Portugal (anexo Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro):

”...O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

- a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida;
- b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;
- c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”.

Dessa forma, é exigido aos profissionais de saúde a construção de novas perspetivas e estratégias de *coping* e até mesmo a aplicação de outros métodos e técnicas atuantes na relação de ajuda, com um enfoque para os cuidados paliativos. Nesta sequência, faz sentido falar em *cuidados paliativos preventivos*, uma vez que os profissionais e principais cuidadores pretendem prevenir o sofrimento, motivado por uma sintomatologia múltipla, tal como a dor, fadiga, dispneia, assim como pelas perdas que vão surgindo de índole física e psicológica, associada à doença crónica e terminal, ou mesmo até na redução do risco de lutos patológicos.

se nas perspetivas dos doentes há influência da religiosidade/espiritualidade na recuperação da sua doença (Geronasso & Coelho, 2012). A relação de ajuda no acompanhamento espiritual, na última etapa da vida, está alicerçada em duas atitudes, o absoluto respeito e a atitude da interrogação. O cuidador deve considerar e proporcionar espaço, respeitando as crenças e religiosidade concedendo a devida dignidade à pessoa. Pois mesmo doente e vulnerável, que consiga aceitar a morte como uma etapa natural da vida. Os cuidados devem ser baseados numa intervenção interdisciplinar e multiprofissional, onde a pessoa doente e seus familiares devem ser o centro e o alvo dos cuidados. Ao estar colocada de parte a possibilidade de cura, deve ser incentivado e proporcionado ao doente viver o mais ativamente possível até à sua morte.

A morte deve ser encarada como parte do processo da vida. Os tratamentos devem ser encarados e canalizados de modo a proporcionar ao doente bem-estar, mesmo quando não existe a possibilidade de cura. O processo de comunicação dos profissionais de saúde, no cuidado aos doentes em fase de fim de vida, assume um valor preponderante no sentido de auxiliar e proporcionar uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados, bem como no relacionamento que se estabelece com os seus familiares. Não se descurando e mantendo bem presentes as questões ético-morais da condição humana (Payàs & Puigarnau, 2003).

Podemos então dizer que “uma relação de ajuda bem aplicada dá aos cuidados uma eficácia e uma qualidade humana que lhe confere, ao mesmo tempo que um carácter de profissionalismo, uma melhor visibilidade do que faz a enfermeira” (Phaneuf, 2005, 13). Consideramos que o enfermeiro estabelece uma relação de ajuda quando faz com que o doente sinta que existe para ele.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, realizada através da revisão sistemática da literatura e metodologia PICO (Tabela 1), a qual envolve a recolha e análise de vários artigos científicos relacionados com a temática em estudo.

A revisão da literatura é uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Martins, Agnés & Sapela, 2012). A questão inicial, semelhante ao que acontece nas questões impulsionadoras de uma investigação, deve ser bem delineada, pois deve abranger a população, intervenção, comparação e resultados. Estes quatro parâmetros irão ser utilizados na escala PICO (Tabela 1) que tem o propósito de decompor e organizar um problema com o qual o profissional se depara na sua prática clínica.

Assim, no presente estudo, definiu-se como questão norteadora: “Quais os aspetos da relação de ajuda mais evidenciados no cuidado aos doentes em fim de vida e seus familiares?”, com o objetivo de identificar necessidades e dificuldades que os enfermeiros enfrentam no contexto da relação de ajuda ao doente em fim de vida e família.

Santos (2007) defende a utilização da escala PICO para a pesquisa de evidências, cujo acrónimo representa: Patient (população, pacientes/caraterísticas demográficas e clínicas de interesse, tais como: faixa etária selecionada, sexo, queixa principal), Intervention (Intervenção/abrange desde opções de tratamento, procedimentos...), Comparison (Comparação/ quando há intervenção de comparação, se existir grupo de controlo por exemplo, doentes sem ajuda...) e Outcomes (Resultado esperado/efeito da intervenção), utilizando quatro elementos fundamentais para responder à questão que necessita de pesquisa de evidência.

Os artigos selecionados e alvo de análise neste estudo foram conseguidos através dos motores de pesquisa: B-on; Scielo, LILACS, Google Académico e Pubmed, tendo em conta critérios de inclusão: ser uma revisão da literatura, artigos científicos, dissertações ou teses, evidências científicas; somente em contexto de doentes em fim de vida; artigos inseridos no intervalo temporal de 2009 a 2014; artigos em idioma português, espanhol e inglês. O critério de exclusão é relativamente aos artigos que incluam doentes que não sejam terminais.

Tabela 1- Resumo dos parâmetros PICO

P	Doentes em fim de vida e sua família
I	A relação de ajuda como instrumento terapêutico dos enfermeiros (comunicação, privacidade,

	toque, escuta, respeito, postura, apoio....)
C	Não existem
O	Os aspetos da relação de ajuda evidenciados nos doentes em fim de vida

Para facilitar a análise dos resultados foram reunidas as informações de maior pertinência, através da análise de conteúdo, introduzidas numa tabela de forma a promover o fácil e rápido acesso à sistematização de informação de cada um deles.

RESULTADOS

Foram obtidos 14 artigos, no entanto, considerando os critérios de inclusão, apenas foram selecionados 7. O processo de síntese baseou-se na análise temática de leitura exploratória de cada artigo para desenvolver uma compreensão do conteúdo e contexto das evidências; análise de conteúdo com identificação dos temas recorrentes ou proeminentes nos diferentes estudos; análise comparativa dos temas recorrentes com integração interpretativa dos resultados em novas categorizações temáticas que englobam e transpõem os significados dos estudos constituintes da amostra.

Apresentamos de seguida a síntese da informação relevante de cada um dos artigos seleccionados.

No **artigo 1**, intitulado “Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência?” dos autores Barros, Couto, Veiga, Vieira (2009), cujo objetivo foi descrever os fenómenos relacionados com o processo de perceção das intervenções terapêuticas de enfermagem nos doentes em fase final de vida, de um serviço de urgência, realizado o estudo com 20 enfermeiros, sob uma entrevista semi-estruturada, podemos concluir que existe por parte dos enfermeiros, uma preocupação acrescida com doentes em fase final de vida, valorizando especificamente intervenções do tipo relacionais como a comunicação, o conforto, o apoio e acompanhamento pela família, proporcionar um ambiente calmo, com privacidade. Evidenciando-se algumas técnicas como o alívio dos sintomas e especificamente o alívio da dor.

No **artigo 2** intitulado “*Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida*”, os autores Rodrigues & Simões (2010) tinham como objetivo verificar a importância que os enfermeiros atribuem às competências relacionais, na ajuda a doentes em fim de vida, tendo como base 56 questionários a enfermeiros a trabalhar em serviços de cuidados terminais. Pode concluir-se da análise qualitativa que estes profissionais de saúde definem que o desempenho de competências relacionais de ajuda está significativamente correlacionado com a formação que os enfermeiros desenvolveram sobre relações de ajuda, bem como com a satisfação que têm com a vida em geral.

No **artigo 3** com o título “*A perceção do enfermeiro diante da morte dos pacientes*”, os autores Bisogno & Kuster (2010), com base na entrevista a 9 enfermeiros objetivando conhecer os significados e perceções dos enfermeiros perante a proximidade da morte dos pacientes, chegaram à conclusão de que é necessário que sejam criados espaços de discussão com os profissionais enfermeiros, abordando o tema de forma direta e clara, a fim de possibilitar o enfrentamento da morte e aprimorando o atendimento aos pacientes terminais e de suas famílias.

O **artigo 4**, intitulado “*A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer*”, de Coelho & Geronasso (2012) teve como objetivo verificar se existe influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida de pacientes oncológicos e foram entrevistados de forma semi-estruturada 10 pacientes portadores de cancro. Os autores observaram uma significativa influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida dos doentes, verificaram uma intensificação da fé após o diagnóstico da doença e observaram que após a doença as pessoas se voltam mais para sua religiosidade/espiritualidade revendo valores e mudando atitudes para melhorar a qualidade de vida.

O **artigo 5**, com o título “*Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*” (Sapeta, 2010) focou a compreensão da estrutura e o processo de interação entre o enfermeiro e o doente em fim de vida num serviço de internamento de um hospital de agudos, através de nove entrevistas e observação participante (enfermeiros e doentes em fim de vida) ao longo de 42 turnos, equivalente a 175 horas de trabalho. Pela análise do artigo concluímos que a relação enfermeiro/doente se consolida gradualmente por se

verificar intencionalidade sempre presente, onde o potencial terapêutico depende do respeito pelo outro e onde a confiança mútua e a aliança terapêutica são conquistadas a longo prazo. O tempo de que o enfermeiro dispõe, o seu desenvolvimento pessoal e profissional, a sua maturidade e interioridade, assim como o modo como gere as dificuldades pessoais relacionadas com o doente/família e o contexto, são os ingredientes *major* do cuidar e da relação de ajuda profissional, integrando o percurso de aceitação progressiva da morte, o mínimo de sofrimento físico e existencial e preservação da dignidade do doente.

O **artigo 6**, com o título “*A comunicação enfermeiro-doente como estratégia para alívio do sofrimento na fase terminal da vida*” dos autores Almeida et al. (2011), teve como finalidade identificar as principais necessidades de comunicação dos doentes em fase terminal e seus familiares, bem como compreender de que forma a comunicação pode ser uma estratégia para o alívio do sofrimento. Os autores basearam-se na revisão literária de oito artigos utilizando a metodologia PICO, tendo concluído que as necessidades principais do doente terminal e da sua família são a gestão da dor e do sofrimento, bem como a necessidade da comunicação, tendo esta um contributo para o alívio do sofrimento. Porém, a necessidade de comunicação nem sempre é valorizada ou satisfeita corretamente, visto que muitos enfermeiros sentem dificuldades em comunicar com os doentes e suas famílias nesta fase do ciclo de vida.

O **artigo 7** intitulado “*Fim de vida no serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados*” de Agnés, Martins & Sapeta (2012) teve o propósito de identificar as dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida no serviço de urgência, assim como caracterizar a natureza dos cuidados prestados neste contexto. Os autores, fundamentados na revisão sistemática da literatura de dez artigos, enumeraram como dificuldades a falta de formação em cuidados paliativos, assim como as dificuldades no cuidar os doentes em fim de vida (o confronto com a morte e o grande envolvimento emocional podem influenciar na relação com o paciente) e a própria filosofia dos serviços. Essas dificuldades prendem-se com a filosofia e modelo organizacional e do espaço físico do serviço de urgências, a falta de comunicação entre profissionais, a falta de formação dos profissionais sobre técnicas de comunicação de

más notícias e de resolução de conflitos entre profissionais, doente e seus familiares, o que prejudica a qualidade do cuidado ao doente em fim de vida.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos artigos selecionados, torna-se importante realizar uma comparação e discussão dos resultados, evidenciando-se se existe uma concordância ou discordância nas opiniões dos diversos autores sobre a temática.

Barros et al. (2009) evidenciam que os enfermeiros valorizam as relações interpessoais, as quais se encontram relacionadas com a comunicação, o conforto, o apoio e acompanhamento pelos familiares, proporcionando um ambiente calmo e com privacidade. Verificam que as técnicas de alívio dos sintomas de sofrimento assumem extrema importância perante doentes em fim de vida. Sem dúvida que a comunicação e a relação de ajuda figuram entre os fatores importantes da humanização dos cuidados, tão particular em fim de vida. Phaneuf (2005) refere que a atenção, a observação, compreensão de necessidades e dificuldades, a possibilidade de partilha de angústias, sentimentos, crenças, expectativas, possibilidade de intervir para apoiar, manifestar compreensão e reencontrar o controlo da vida, entre outros. A autora supracitada refere-se à importância relativamente ao empenho do doente no processo ativo de modo a mudá-lo do estado de doente para o estado de interveniente da sua própria situação. Enaltecem a presença, a escuta e a palavra. Assim sendo, no contexto das relações interpessoais e sua valorização, Sapeta (2010) evidenciou que a relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente é consolidada com o tempo de forma gradual. Refere que a confiança mútua e a aliança terapêutica se conquistam no decorrer do tempo. O tempo de que o enfermeiro dispõe, o desenvolvimento pessoal e profissional, a maturidade e interioridade, bem como o modo como se gerem as dificuldades pessoais, relacionais com o doente e família/cuidador e o contexto do mesmo, são considerados como os ingredientes *major* a nível do cuidar e da relação de ajuda profissional. Este processo é considerado como uma integração no

no enfrentamento da morte, mesmo tendo em conta a interferência da componente pessoal na defesa do lidar com a mesma, sendo que os enfermeiros com mais experiência parecem ter mais preparação para saber lidar com estes doentes.

Apesar da dedicação dos profissionais de saúde no âmbito dos cuidados paliativos, a relação de ajuda ao doente e família em fim de vida nem sempre foi conseguida. Os obstáculos mais persistentes residem na comunicação interpolada pelos sentimentos da patologia, e da fragilidade ambígua doente/família. Controlar as emoções, saber manter o silêncio, esclarecer de forma clara e objetiva, devem ser atitudes tidas em conta pelo enfermeiro. O tempo de que dispõe, o desenvolvimento pessoal e profissional, a maturidade e interioridade, bem como o modo como se gerem as dificuldades pessoais, relacionais com o doente e família/cuidador no contexto de fim de vida, são considerados como os ingredientes *major* a nível do cuidar e da relação de ajuda profissional.

CONCLUSÕES

Após a realização da presente investigação, podemos concluir que a relação de ajuda na finitude da vida tem um papel preponderante para o doente, assim como para os seus cuidadores formais, devendo ser direcionada de acordo com as vertentes mais valorizadas pelos doentes. O minimizar da dor, a promoção do conforto, a relação terapêutica baseada numa comunicação efetiva, na permissão de momentos de silêncio, na escuta, no toque, no olhar, na empatia, na compreensão, na aceitação, na ausência de julgamentos de valor, na integração da religiosidade e da espiritualidade, entre outros, são aspetos a considerar para uma efetiva relação de ajuda. Neste âmbito os enfermeiros vêm-se perante algumas dificuldades, como o controlo de emoções, saber distinguir quando se deve falar ou permanecer em silêncio, identificar as palavras certas para o momento mais oportuno, a envolvimento no sofrimento, na dor, em não ter a resposta certa, não ter soluções...

O complexo quotidiano de relação com doentes em sofrimento profundo e sua família exige que o enfermeiro tenha um bom autocontrolo, pois deve regular as emoções, manifestar zelo e confiança, deve ter capacidade de dedicação ao trabalho, tenacidade,

ajuda, que também eles têm para conosco – profissionais de saúde. É uma partilha de conhecimentos e um estabelecimento de uma relação de ajuda mútua, a qual se vai aperfeiçoando e consolidando com o decorrer do tempo, realçando a importância da aquisição de conhecimentos através de formação específica na área.

Apesar de toda a atenção que esta problemática exige dos profissionais de saúde, cuidadores formais mais próximos do doente em fase terminal, evidenciamos que existe algo subjacente à formação, às técnicas terapêuticas da ciência, que vão muito além de conteúdos teóricos, pois a fragilidade familiar, a debilidade do doente nesta fase crítica da vida, os sentimentos em conformidade e a não-aceitação dos factos assim como da morte, falam mais alto. De realçar que não podem ser descuradas as questões ético-deontológicas, onde prevalecem e devem ser enaltecidos e preservados o direito ao princípio de autonomia, de beneficência, de não maleficência e de justiça.

A investigação nesta área revela-se de extrema importância para a compreensão e valorização da relação de ajuda que deve ser estabelecida entre os profissionais de saúde, nomeadamente de enfermagem, os doentes terminais e seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baleiras, S. J., Ramos, V. (1992). A gestão da prática clínica pelo médico de família, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 9(4), pp. 116-124.

Chan, G. K. et al. (2011). Trajectories of approaching death in the emergency department: clinician narratives of patient transition to the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42, pp. 864-881.

Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência.

Entidade Reguladora de Saúde (2009). *Consentimentos informado-relatório final*. Porto.

Forero, R., et al. (2011). A literature review on care at the end-of-life in the emergency department. *Emergency Medicina Internacional*, 20(12).

Furtado, C., Pereira, J. (2010) *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*, Universidade Nova de Lisboa.

Gomes, C., Machado, M., Rezende, L. (2014). A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(1), pp. 28-36.

Gomes, R., Margarida, A. (2011). A espiritualidade no aproximar da morte. *Enfermería Global*, 22, p. 1- 9.

Kovács, M. J. (2010). *Sufrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional*. *O mundo da saúde*, 3(4), pp. 420-429.

Lobo, A., Duarte, P., Carvalho, A., Rodrigues, V., Monteiro, M. J., Alves, H. (2013). User satisfaction in primary healthcare: accessibility and equity influence. *Western Journal of Nursing Research*.

Martins, A. (2007). Consciência de finitude, sofrimento e espiritualidade. *O Mundo da Saúde São Paulo*, pp. 174-178.

Martins, M., Agnés, P. & Sapeta, P. (2012). *Fim de primeiro dia no serviço de Urgência: Dificuldades e intenções dos enfermeiros na prestação de cuidados*. Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco.

- Mendes, F., Mantovani, M. F., Gemito, M. L., Lopes, M. J. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), pp. 17-25.
- Monteiro, M. J., Lobo, A. (2013). *Acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde primários. Acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde: relação com a qualidade de vida e satisfação*. Chaves.
- Pereira, E. (2008). Interacção com o doente terminal – Relação Médico-Doente: Palição em Gastrenterologia. *Núcleo de Gastrenterologia dos Hospitais Distritais, Janssen-Cilag*, pp. 163-171.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Queirós, A. (1999). *Empatia e respeito*. Coimbra: Quarteto Ed.
- Rogers, C. (1975). *Psicoterapia e relações humanas: teoria e prática da terapia não-diretiva*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Santos, C. C., Pimenta, C. A., Nobre, M. C. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence research. *Rev Americana Enfermagem*.
- Saran, D., Souza, A. (2012). *Comunicação como ferramenta de apoio a doentes terminais; Comunicação & Mercado / UNIGRAN – Dourados – MS*, 1(3), pp. 8-14.
- Smith, A., K. et al (2009). Am I doing the right thing? Provider perspectives on improving palliative care in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 54(1), pp. 86-93.
- Sousa, M. (2003). A formação contínua em enfermagem: estudo baseado nas perspectivas de enfermeiros. *Nurse*, 15(175), pp. 28-33.

Tomé, G., Silva, D., Lobo, A., Carvalho, A., Mateus, S., Rodrigues, V. (2013).
Acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde: relação com qualidade de vida e satisfação.