

Significado de la muerte de pacientes para los profesionales de salud en unidad de terapia intensiva

Significado da morte de pacientes para os profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva

Meaning of patients' death for health professionals in Intensive care unit

Recibido: 11/04/2019

Aprobado: 19/08/2019

Publicado: 07/10/2019

Laura Andrade Martins¹

José Henrique da Silva Cunha²

Lúcia Aparecida Ferreira³

Heloísa Cristina Figueiredo Frizzo⁴

Ludmila Borges de Castro Prata Carvalho⁵

Este es un estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo, realizado en 2017 y que tuvo por objetivo describir y analizar el significado de la muerte de los pacientes para los profesionales de la salud que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos. Realizado en un hospital del interior de Minas Gerais. Los datos se recogieron a través de guión semiestructurado y se sometieron a análisis de contenido temático. Surgieron las siguientes categorías: "Significado de la muerte de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos de adultos"; "Las emociones despertadas en profesionales de la salud frente el proceso de la muerte de sus pacientes"; y "Factores dificultadores enfrentados por los profesionales de la salud al lidiar con la muerte de sus pacientes." Se verificó que es relevante para los equipos de gestión vinculados a la Unidad de Cuidados Intensivos investigada prestar atención para la oferta de apoyo psicológico y de educación en servicio relacionada con los cuidados paliativos / finitud de la vida a sus profesionales de la salud.

Descriptor: Muerte; Personal de salud; Actitud frente a la muerte; Unidades de cuidados intensivos.

Esta é uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizada em 2017 e, que teve como objetivo descrever e analisar o significado da morte de pacientes para os profissionais de saúde que atuam na Unidade de Terapia Intensiva. Realizado num hospital do interior de Minas Gerais. Os dados foram coletados por meio de roteiro semiestructurado e submetido à análise de conteúdo temática. Emergiram as categorias: "Significado da morte dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto"; "Emoções despertadas nos profissionais de saúde frente ao processo de morte de seus pacientes"; e, "Fatores dificultadores enfrentados pelos profissionais de saúde ao lidaram com a morte de seus pacientes". Verificou-se que é relevante a gestão de equipes vinculadas a esta Unidade de Terapia Intensiva pesquisada se atentar para oferta de suporte psíquico e educação em serviço relacionada aos cuidados paliativos/finitude de vida aos seus profissionais de saúde.

Descritores: Morte; Pessoal de saúde; Atitude frente à morte; Unidade de terapia intensiva.

This is a descriptive and exploratory research with qualitative approach, carried out in 2017, which aimed to describe and analyze the meaning of patients' death for health professionals working in the Intensive Care Unit, performed in a hospital in Minas Gerais. Data were collected through semi-structured script and subjected to thematic content analysis. The following categories emerged: "Meaning of death of patients hospitalized in the Adult Intensive Care Unit"; "Emotions aroused in health professionals towards the dying process of their patients"; and "Complicating factors faced by health professionals when dealing with the death of their patients." It was found that the management of the teams related to this Intensive Therapy Unit should take into account offering psychological and educational services regarding the palliative care/finitude of life to its health professionals.

Descriptors: Death; Health personnel; Attitude to death; Intensive care unit.

1. Graduanda en Enfermería por la Universidad Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-1025-3816 E-mail: lauraamartins13@gmail.com

2. Terapeuta Ocupacional. Experta en Salud del Adulto. Acupunturista. Mestre en Atención a la Salud. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-4255-6125 E-mail: josehenrique_dasilvacunha@hotmail.com

3. Enfermera. Maestra en Enfermería Psiquiátrica. Doctora en Enfermería. Profesora Asociada de la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-6469-5444 E-mail: lap2ferreira@yahoo.com.br

4. Terapeuta Ocupacional. Experta en Administración Hospitalaria. Experta en Acupuntura. Experta en Información en Salud. Maestra en Ciencias Médicas: Salud Mental. Doctora en Ciencias. Posdoctorado en Ciencias, Tecnología y Sociedad. Profesora Adjunta del curso de Terapia Ocupacional y de la Maestría en Psicología de la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7661-0353 E-mail: heloisa.frizzo@yahoo.com.br

5. Enfermera. Mestranda en Atención a la Salud por la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-6002-3616 E-mail: ludbcpcarvalho@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La muerte es un hecho inevitable e inherente al ciclo vital del ser vivo. A pesar de ser un evento esperado en la vida de cualquier individuo, la cultura occidental considera que es un tabú y debe ser evitado y excluido de las conversaciones cotidianas¹.

En la Edad Media, la muerte era vista como un fenómeno natural, menos dramático y ocurría en el entorno familiar. Pero, a partir del siglo XX, con la urbanización, el desarrollo científico y la implantación de las nuevas tecnologías de soporte vital para prolongar la muerte, contribuyó para que la misma ocurriera en el hospital, en lugar de en casa como en el pasado^{1,2}.

Por lo tanto, la muerte ha sido una realidad común en los hospitales, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), ya que es un sitio cuya función es la de servir a los pacientes que requieren atención compleja y especializada. Es de destacar que la UCI son lugares de gran experiencia y tecnología, espacio técnico para profesionales de la salud que tienen grandes conocimientos, habilidades y capacidad para llevar a cabo los procedimientos para satisfacer las necesidades de estos pacientes^{3,4}.

No es raro en estos lugares, la muerte de los pacientes ser vista como un fracaso por el equipo de salud que está involucrado en sus cuidados. En su formación, los profesionales de la salud se preparan desde la graduación para recuperar la salud y preservar la vida; y en general no se preparan científicamente y psicológicamente para hacer frente a la muerte de sus pacientes^{5,6}. Por otra parte, los estudios muestran que los profesionales de salud que trabajan en la UCI por lidiaren con la posibilidad de la muerte de sus pacientes y de experimentar el sufrimiento de los mismos, pueden provocar el agotamiento emocional, el dolor y adoecimiento^{7,8}.

Esta investigación tiene como objetivo describir y analizar el significado de la muerte de los pacientes para los profesionales de la salud que trabajan en la Unidad de Cuidados Intensivos.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio con enfoque cualitativo. Elegimos este enfoque para permitir explorar aspectos de una situación dada y describir las características de una determinada población o fenómeno⁹.

El escenario de este estudio fue la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCI-A) del Hospital Clínico de la Universidad Federal de Triángulo Mineiro (HC-UFTM). Para la selección de los participantes se utilizó el siguiente criterio de inclusión: los profesionales de salud que trabajan en la UCI-A. Y, fueron excluidos de esta investigación los profesionales de la salud que se encontraban en el disfrute de vacaciones o licencia durante la recolección de datos.

El número de participantes fue definido por el criterio de muestreo por saturación que consiste en la suspensión de la inclusión de nuevos participantes cuando los datos de las entrevistas empiezan a presentar redundancia o repetición, no siendo relevante persistir en coleta¹⁰.

En esta UCI-A trabajan 31 profesionales de la salud. Ya que se observó saturación de datos después de 12 entrevistas con profesionales de la salud en esta unidad, de las siguientes categorías profesionales: medicina, enfermería, enfermería técnica y fisioterapia.

Los datos fueron recolectados a través de una guía de entrevista semiestructurada construida en el programa del *Microsoft Word* 2013. El guión de la entrevista consistió en datos sociodemográficos y laborales de los participantes en la investigación (género, edad, fecha de nacimiento, escolaridad, estado civil, religión, profesión, especialidad, tiempo de trabajo).

Las preguntas de orientación sobre el estudio fueron: 1. ¿Cuál es el significado que atribuyes a la muerte de sus pacientes? 2. ¿Qué sentimientos se despiertan en ti antes de la muerte de sus pacientes? 3. Para ti, cuáles son las dificultades que los profesionales de salud que trabajan en esta UCI enfrentan al lidiar con la muerte de sus pacientes? 4. ¿Le gustaría añadir cualquier información adicional que no se le pidió?

Las entrevistas se realizaron en el período junio a septiembre de 2017, individualmente a los profesionales de la salud en un lugar privado, respetando la privacidad y el anonimato y, en horarios previamente agendados y elegidos por los participantes en su mejor conveniencia y, después de la aceptación y firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE). Las entrevistas fueron grabadas a través de un dispositivo móvil, transcritas integralmente y analizadas dos veces por los investigadores para asegurar la fiabilidad de la transcripción.

Los datos recogidos fueron analizados por el método de análisis temático, una de las modalidades de análisis de contenido, que sirve para identificar núcleos de sentidos presentes en una comunicación, mediante la comprobación de la presencia o de la frecuencia de estos núcleos a una articulación con el objetivo de pesquisa⁹.

El análisis se llevó a cabo en tres etapas: la lectura del material de las entrevistas, lo que permitió la corrección de rumbos interpretativa o la aparición de nuevas preguntas; la exploración del material, así como, la búsqueda de categorías; y los resultados obtenidos se basaron con los referenciales teóricos⁹.

Al presentar los resultados, para garantizar el anonimato de los participantes, les fueron designados por nombres de estrellas y constelaciones.

Debido a que es una investigación en seres humanos, el proyecto de investigación fue sometido al comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal del Triángulo Mineiro, y fue aprobado por el nº 1.981.980 de 2017, según lo recomendado por la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

En el estudio participaron 12 profesionales que trabajan en la UCI-A del HC-UFTM. Entre ellos, existen las siguientes categorías profesionales: 2 médicos (16,6%); 3 enfermeros (25%); 6 técnicos de enfermería (50%) y 1 fisioterapeuta (8,3%). Siendo que 8 (66,6%) participantes son hombres y 4

(33,3%) son mujeres. El rango de edad de éstos varió de 30 a 69 años.

En relación al nivel de escolaridad, 6 (50%) de los participantes tenían un nivel superior y de posgraduado. Con respecto al estado civil, 1 (8,3%) de los encuestados están solteros, 2 (16,6%) están divorciados y 9 (75%) están casados. Todos los entrevistados relataron tener una religión, como sigue: 7 (58,3%) católicos, 4 (33,3%) espíritas y 1 (8,3%) evangélico. Se enfatiza que el promedio del tiempo de actuación de todos de la Unidad de Cuidados Intensivos antes mencionado fue de 8,9 años, como se muestra en la Tabla 1.

A partir del análisis de datos de las entrevistas, se emergieron tres categorías que se muestran en la Figura 1.

Significado de la muerte de los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto

Esta categoría se refiere a los cuestionamientos hechos a los profesionales en relación al significado de la muerte de sus pacientes. Según sus relatos, la muerte está relacionada al fin de un ciclo que en todas las personas un día irán pasar, además de ser considerada, como un fin del sufrimiento y de descanso de los pacientes que están internados en la UCI-A por tiempo prolongado:

El fin de un ciclo (Vega).

Para mí la significa el fin de la vida y en algunos casos el fin del sufrimiento (Polaris).

Pienso que la muerte es el fin de una etapa que tenemos aquí en la tierra [...] (Orion).

La muerte muchas veces ocurre como forma de descanso, para muchos pacientes que ya viene con un sufrimiento continuo de mucho tiempo, esos con pronóstico reservado, sin perspectiva de vida (Gracrux).

Algunos profesionales destacaron espiritualidad como forma de lidiar con la muerte de los pacientes, como en la siguiente citación:

[...] pero creo que lo más importante es que tenemos que tener este apoyo espiritual, de entender, incluso para aceptar la frustración [...] porque si nos vamos a ver el significado de la muerte desde un punto de vista técnico, puede ser más difícil para nosotros. Porque entonces vamos a empezar a preguntarse si lo que hicimos fue suficiente para mantener este paciente vivo, si hubo un fallo [...] (Acuario)

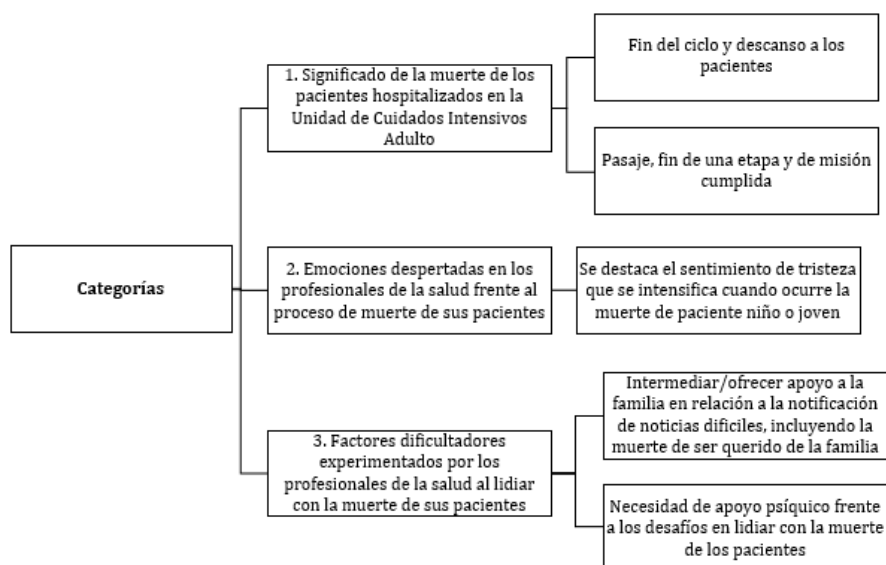
Algunos profesionales han atribuido la muerte de su paciente, el significado de pasaje, fin de una etapa y de misión cumplida: *Es el paso de lo físico al plan espiritual, que es el fin de las pruebas y la expiación de la materia (Andrómeda). Creo que la muerte es el final de una etapa que tenemos aquí en la tierra, es el final de esta etapa [...] vamos*

hablar así, un proyecto aquí en la tierra y la muerte es el final de este proyecto en la tierra (Orion). De hecho, buscamos siempre ver la muerte del paciente dando un significado espiritual a eso, de cumplimiento de la misión que tenía aquí en el planeta por así decirlo [...] (Acuario).

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los participantes. Uberaba, MG, Brasil. 2019.

	Sexo	Edad	Educación	Estado Civil	Religión	Profesión	Especialidad	Tiempo en UCI
1	Masculino	50 años	Superior	Casado	Espírita	Médico	Terapia Intensiva	22 años
2	Masculino	69 años	Superior	Casado	Evangélico	Médico	Terapia Intensiva	25 años
3	Masculino	41 años	Superior	Casado	Espírita	Enfermero	Terapia Intensiva	2 años
4	Femenino	41 años	Superior	Divorciada	Espírita	Enfermero	Terapia Intensiva	14 años
5	Femenino	30 años	Superior	Casada	Católica	Enfermero	Terapia Intensiva	3 años
6	Masculino	48 años	Técnico	Soltero	Católico	Técnico de Enfermería	No posee	13 años
7	Masculino	41 años	Técnico	Casado	Católico	Técnico de Enfermería	No posee	3 años y dos meses
8	Femenino	35 años	Técnico	Casada	Católica	Técnico de Enfermería	No posee	3 años y cuatro meses
9	Masculino	48 años	Técnico	Casado	Católico	Técnico de Enfermería	No posee	17 años
10	Femenino	35 años	Técnico	Divorciada	Católica	Técnico de Enfermería	No posee	9 meses
11	Masculino	42 años	Técnico	Casado	Católico	Técnico de Enfermería	No posee	3 años
12	Masculino	34 años	Superior	Casado	Espírita	Fisioterapeuta	Terapia Intensiva	7 meses

Figura 1. Categorías sobre el significado de la muerte para los profesionales de la salud de la UCI-A HC-UFTM. Uberaba, MG, Brasil. 2019.



Emociones despertadas en profesionales de la salud frente al proceso de la muerte de sus pacientes

Esta categoría aclara las emociones despertadas en los participantes frente la muerte de sus pacientes. Entre estas emociones, se destaca la tristeza, que se intensifica cuando el paciente es un niño o un joven. En la opinión de los participantes, la muerte en edad temprana es inaceptable:

Cuando la muerte ya se espera debido a la estructura, el grado de complejidad y sin pronósticos, especialmente en pacientes de edad avanzada, la sensación no es la tristeza. Cuando son pacientes jóvenes, la sensación es de tristeza y pérdida (Acrux).

Creo que de acuerdo a cada tipo de paciente es un sentimiento, entonces si la persona vivió mucho tiempo, ha trabajado, creado su familia, yo tengo más facilidad de comprender eso [...] creo que ha cumplido su misión, ya fue. Así, por lo tanto, creo que hay ciertas situaciones en las que creo que la muerte es un alivio para el dolor de la persona y hay situaciones que decimos, 'qué lástima, tan joven', una vida por delante. Entonces, depende de cada uno (Orion).

Por supuesto que nos ponemos tristes, principalmente cuando la persona es más joven, personas que vemos que todavía tiene un horizonte, que tiene muchas cosas que hacer, mucha cosa por vivir [...] es más triste. Pero, a veces una persona que ya está aquí, una persona de edad, que hace muchos años que está en el hospital, que está viviendo eso, por supuesto que a veces es diferente, pero una persona nueva que tenía mucha perspectiva, tengo más pena todavía (Corvus).

Con niños, me siento más sensible, no me gusta, me pongo muy abatida (Crux).

Otra emoción que los profesionales se refirieron fue lo de "misión cumplida", por haber prestado una asistencia de calidad y haber ofrecido lo mejor que podrían en aquel momento para sus pacientes:

A veces, todavía hay enfermedades que nosotros no tenemos que hacer por el paciente, entonces yo busco siempre pensar de esa manera y tener la consciencia tranquila de que hicimos lo que podía ser hecho, por él (Aquarius).

Bueno, al principio, la muerte es vista por quien trabaja en el área de enfermería, entonces hay que aprender a lidiar con la muerte, que es algo inevitable. Si el paciente para, y hicimos todo hasta el agotamiento. Entonces, uno hay que tener la consciencia tranquila que ha dado su mejor, ha hecho lo que podía, es decir, que está más allá de nuestro límite [...] entonces tenemos que traer la consciencia tranquila (Corvus).

Factores dificultadores experimentados por los profesionales de la salud al lidiar con la muerte de sus pacientes

Esta categoría destaca uno de los factores dificultadores más experimentados por los

participantes en el cuidado al paciente está centrado en el acto de intermedia/ofrecer apoyo a la familia en relación a la notificación de noticias difíciles, incluyendo la muerte del ser querido, como evidenciado a seguir:

[...] que tenemos ciertas dificultades de lidiar con los familiares por ejemplo; con el entendimiento de cada uno [...] hay ciertas personas que sienten dificultades de entender la muerte, entonces yo pienso que eso es una dificultad y talvez así, talvez comprendamos del caso por estar en el área de la salud, lidiando en el día a día, vemos que la evolución es aquello que pueda ser hasta lo mejor para la persona, solo que la familia no comprende en ciertas situaciones, no acepta. Entonces, yo pensé que puede ser una dificultad que tengo de estar intermediando eso ¿comprende?, dando ese apoyo a la familia. Encontramos personas de todos los tipos, entonces tal vez entendemos, vemos que a veces lo mejor para la persona es la muerte, solo que la familia no acepta. Ahí, estar intermediando eso es difícil (Orion).

Frente a los desafíos descritos por los participantes frente a la muerte de los pacientes, se desarrollan mecanismos de adaptación, manteniendo alejamiento afectivo y algunos terminan estableciendo un relacionamiento estrictamente profesional. Se observó un intenso en separar la vivencia profesional de la vida personal:

No involucrarse con el paciente, su historia, con el tiempo de hospitalización, el funcionario termina absorbiendo para sí (Vega).

Con el paso del tiempo, conseguimos lidiar bien con las situaciones que se presentan frente a nosotros. Acabamos volviéndonos 'fríos' en relación a la muerte, mismo que esa sea de su paciente, cuya edad era poca, o una muerte traumática o que simplemente la vejez llegó (Gracrus).

La profesión y el tiempo en ella, nos vuelve muy fríos con relación al proceso salud-enfermedad-muerte (Andrómeda).

Pero, voy acordarme una cosa, nosotros aquí en el área de la salud, después de todos esos años que estoy aquí, voy a decirte una cosa, no mezclo mi vida profesional con mi vida personal. Sino, nos volvemos locos [...] (Corvus).

Sin embargo, los profesionales se refieren a la necesidad de apoyo psíquico frente a los desafíos en lidiar con la muerte y finitud de la vida en su cotidiano laboral:

La dinámica de la institución no nos deja acordar de quien fue, pues, otro paciente necesita atendimento. [...] Hay falta de compromiso de la institución con los profesionales que trabajan tan cerca al bien mayor del ser humano (Polaris).

Yo pienso que la principal dificultad que enfrentamos con la muerte del paciente es la

necesidad de superar esa muerte rápidamente. Porque él acabó de morir y yo ya tengo que olvidar su muerte y trabajar más. Tengo que limpiar el lecho, ya tengo que prepararme para recibir otro paciente. No tenemos tiempo de pensar sobre eso. [...] Entonces, yo pienso que es esa necesidad mismo de procurarnos un apoyo, porque la institución no tiene un soporte psicológico, no tenemos con quien hablar sobre eso y pienso que eso nos hace mal (Aquarius).

Una participante destaca la importancia del trabajo en equipo y del proceso de comunicación como estrategia para el manejo de la situación de la muerte:

Ese es un tema muy interesante, muy bueno. Pero ese tema no es muy trabajado con el equipo. Entonces, eso sería una cosa interesante. La muerte, como lidiar y todo [...] principalmente con nosotros que tenemos muchos pacientes graves aquí, como lidiar con todo eso. Yo vengo de un horario por la mañana, entonces el equipo piensa de una manera, por la tarde piensan de otro, por la noche de otro. Entonces, sería una cosa interesante dar algún curso, hacer alguna dinámica, hacer algo con los profesionales para ver cómo sería para lidiar con eso (Phoenix).

DISCUSIÓN

El concepto de muerte varía mucho dependiendo de la cultura y de la creencia religiosa de cada individuo. Por tradición cultural y familiar, cada persona trae dentro de sí su propia representación de la muerte, como siendo una pérdida, ruptura, descanso o alivio¹¹. Sin embargo, la UCI se destina a los enfermos graves y con riesgo de muerte inminente, lo que es común a sus profesionales tener contacto con la muerte de los pacientes. Frente a ese evento inevitable de la vida, esos profesionales podrán tener diversas percepciones sobre la muerte y atribuir a ella diferentes significados¹².

En este estudio se verificó como: fin de un clico, pasaje, fin del sufrimiento y descanso. Esas percepciones fue una manera que terminaron encontrando para protegerse del sufrimiento psíquico y de adaptarse a esa situación en su ambiente de trabajo, pues cuando los profesionales de salud encaran la muerte como alivio para el dolor y sufrimiento de los pacientes, estos pueden entender y experimentar esa etapa de la vida sin “angustia” y “melancolía”. Principalmente cuando el profesional percibe que todos los esfuerzos fueron hechos y todos los intentos

fueron realizados para mantener el paciente vivo, mismo que no se tenga obtenido éxito¹³.

El sentimiento de deber cumplido se alía a la parada del sufrimiento del paciente y de su familia, y se muestra como final natural del proceso de vivir¹⁴. En ese proceso, es de suma importancia que el equipo de salud busque también estrategias para aliviar el dolor y el sufrimiento de la familia enlutada¹⁵.

Muchos profesionales se perciben sin preparo para lidiar con las cuestiones de finitud, teniendo una visión de que la muerte es sinónimo de fracaso e impotencia lo que podrá despertar en ellos sentimientos de angustia y culpa¹⁶. Así, en el intento de superar la muerte de los pacientes que mantuvieron contacto y que establecieron vínculo afectivo durante el tiempo que permanecieron internados y cuidados en la UCI, los participantes resaltaron la importancia de la espiritualidad para lograren lidiar con esa situación.

Todos los participantes siguen y creen en una determinada religión (católica, espírita o evangélica), pero no es necesario que una persona pertenezca a una religión para desarrolle su espiritualidad, ya que puede estar relacionada en su búsqueda personal por el sentido de la vida o por cuestiones relacionadas con el fin de la vida terrena. Por lo tanto, por medio del discurso se nota que la espiritualidad/religiosidad es una dimensión importante que fue llevada en consideración por los participantes para poder entender y enfrentar el proceso salud-enfermedad y de la terminalidad de la vida de las personas que estaban bajo sus cuidados, influenciándolos en la comprensión que la vida no cesa con la muerte, lo que termina generando amparo y conforto a esos profesionales de salud para que puedan lidiar de la mejor manera posible con ese evento inevitable del ciclo de la vida humana y en la importancia de ofertar un cuidado humanizado a esos individuos que están fuera de las posibilidades terapéuticas de cura.

La religiosidad y la espiritualidad son factores a ser considerados en el enfrentamiento a la terminalidad, pues interfieren positivamente en el bienestar y en las conductas de los profesionales de salud, y

puede promover el cuidado humanizado¹⁷. Lo que corrobora con los hallazgos de un estudio que buscaba averiguar si la religiosidad/espiritualidad de los profesionales de salud influenciaba en el cuidado prestado al paciente crítico internado en Unidad de Cuidados Intensivos y, constató que estas dimensiones influyen positivamente en el cuidado prestado al paciente y auxilian los profesionales a lidiar con la posibilidad de muerte de este individuo¹⁸.

Esto demuestra la importancia de los gestores hospitalarios creases espacios de reflexión y capacitación, en los cuales puedan ser trabajadas cuestiones que involucren la espiritualidad y religiosidad tanto de los profesionales de salud como de los pacientes y de sus familias, para que puedan lidiar con los procesos de terminalidad y concomitantemente proporcionar un cuidado integral y humanizado a esas personas.

En este estudio, los profesionales de salud presentaron sentimientos de pesas, de dolor, de tristeza, de impotencia, de angustia, de sufrimiento en relación a la muerte de las personas que cuidan. Tales sentimientos son generados debido a la proximidad y vínculo que son creados entre el equipo de salud y sus pacientes. Con el fin de la vida del paciente es natural que las personas conectadas a él se le echará de menos y sufran eso^{16,19}.

Por su vez, el sentimiento de la muerte de niños y jóvenes fue considerado más intenso e impactante, pues la muerte de estos es comprendida como una interrupción de un ciclo biológico, generando insatisfacción, desilusión y angustia en los profesionales²⁰. La aceptación de la finitud de la vida en pacientes con edad avanzada y con enfermedad crónica fue mayor, pues estos presentan más comorbilidades y limitaciones²¹.

Se observó todavía, el sentimiento de impotencia y frustración mediante la muerte de sus pacientes, lo que puede estar relacionado a la formación profesional, que se vuelve a la cura y con poco énfasis sobre asuntos relacionados a la terminalidad de la vida²².

En el caso de la muerte de un paciente, en la cual toda asistencia que podría ser hecha

fue realizada, lo que sobra es el sentimiento de misión cumplida, pues el equipo de salud hizo todo que estaba a su alcance para proporcionar a la persona enferma un cuidado humanizado. Ese sentimiento es una contraposición al sentimiento de impotencia, trayendo un potencial de significación del trabajo y de la relación con el cuidado ofrecido y el proceso de muerte y morir. Aquí se observa el enfoque de la filosofía paliativa que objetiva ofertar cuidados en el intuito de mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran fuera de las posibilidades terapéuticas de cura, a tener una muerte digna y humanizada²³.

Los profesionales de salud que no reciben preparo en su graduación para lidiar con la muerte de sus pacientes, presentan mayor dificultad en lidiar con el paciente fuera de las posibilidades terapéuticas de cura y sus familias, sea durante la ejecución de sus actividades en el atendimento al enfermo o en comunicar a los familiares la muerte de su ser querido¹⁹. En el estudio aquí presentado los participantes relataron dificultades en comunicar la muerte del paciente a los miembros de su familia.

Corroborando con un estudio que buscó comprender el proceso de comunicación de más noticias, en la perspectiva de los médicos, en el contexto de una UCI, se constató que algunos de ellos presentaron dificultades en comunicar malas noticias como resultado de la falta de entrenamiento o de preparo durante la graduación, destacando la necesidad de capacitar a los profesionales en las instituciones hospitalarias en el acogimiento a la familia enlutada²⁴.

Estudios destacan que pelo hecho de los profesionales de salud ser preparados a la manutención de la vida, la muerte y morir suscitan frustración, tristeza, pérdida, impotencia, estrés y culpa, que los llevan a alejarse del paciente en su proceso de terminalidad, manteniendo una relación estrictamente profesional, en el intento de prevenir el sufrimiento emocional^{8,19}.

En la investigación aquí abordada, se verificó que uno de los factores dificultadores para los participantes lidiaren con la muerte

de sus pacientes, es la falta de apoyo psíquico en la institución en que trabajan, para auxiliarlos a lidiar con la terminalidad. Se hace necesario que haya en la institución proyectos psicosociales para trabajar la temática muerte/morir y ofertarles apoyo en las dificultades y frustraciones en lidiar con la muerte de sus pacientes⁷.

Esa falta de apoyo psicológico, puede acabar generando en el profesional problemas importantes, que pueden comprometer tanto su vida profesional como personal, y uno de ellos es el Síndrome de *Burnout* que es uno de los desdoblamientos del estrés ocupacional y puede ser causada por el estrés prolongado y crónico cuyas situaciones de enfrentamiento no fueron utilizadas, fallaron o no fueron suficientes²⁵.

Así, es esencial la implantación de programas que visen la mejoría de calidad de vida en el trabajo, lo que puede contribuir para la reducción de los riesgos ocupacionales y beneficiar los trabajadores de la salud que actúan en el ámbito de las UCI²⁶.

El enfoque interdisciplinario, involucrando diferentes categorías profesionales, podrá auxiliar la familia que experimenta el proceso de muerte/morir de su ser querido a lidiar con esta situación, lo que contribuye para la integralidad del cuidado²⁷.

CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos en esa investigación demostraron la importancia de que el gestor hospitalario, donde este estudio fue realizado, deba ofertar a sus profesionales capacitación en relación a los tópicos relacionados a los cuidados paliativos y finitud de la vida por medio de educación en servicio, para que puedan estar preparados para lidiar con la muerte de los pacientes que están bajo sus cuidados.

También se hace necesario ofertar a ellos soporte psicológico y espacios de convivencia para que puedan hablar sobre sus dolores, angustias en perder los pacientes y en el desarrollo de estrategias para que puedan lidiar con esta situación.

Los resultados encontrados se refieren a la realidad de esta UCI, no pudiendo ser

generalizados a espacios similares de otros hospitales. Por lo tanto, tales datos revelaron que es fundamental atentarse al cuidado a la salud de los profesionales en ese ambiente y en capacitarlos a respecto de la terminalidad de la vida.

Otras investigaciones, sobre la temática estudiada, deben ser realizadas en diferentes UCI para que puedan ser utilizadas en el auxilio al equipo de salud a lidiar con la muerte.

REFERENCIAS

1. Ariès P. História da morte no ocidente. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2012.
2. Kovács MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. Rev Bioét. [Internet]. 2014 [acceso el 05 abr 2019]; 22(1):94-104. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a11v22n1.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011>
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.071, de 04 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. D.O.U., Brasília, DF, 8 jul 2005; Seção 1:41-8.
4. Santos ES, Marinho CMS. Principais causas de insuficiência renal aguda em unidades de terapia intensiva: intervenção de enfermagem. Referência [Internet]. 2013 [acceso el 05 abr 2019]; serIII(9):181-9. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIn9a19.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1272>
5. Silva NR, Menezes RA. "Se parar, parou": categorização do morrer em uma unidade de terapia intensiva da cidade do Rio de Janeiro. Physis [Internet]. 2015 [acceso el 05 abr 2019]; 25(1):265-85. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00265.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100015>
6. Vicensi MC. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. Rev Bioét. [Internet]. 2016 [acceso el 05 abr 2019]; 24(1):64-72. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0064.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241107>
7. Abreu RMD, Gonçalves RMDA, Simões ALA. Motivos atribuídos por profissionais de uma unidade de terapia intensiva para ausência ao trabalho. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2014

- [acceso el 05 abr 2019]; 67(3):386-93. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0386.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.201400518>. Azevedo FA, Araújo ND, Novais NC, Silva JV, Passos RA. Significados de morte: o discurso do sujeito coletivo da enfermagem. *Rev Ciênc Saúde* [Internet]. 2016 [acceso el 05 abr 2019]; 6(1):52-8. Disponible en: http://rcs.fmit.edu.br/index.php/rcsfmit_zero/article/download/458/295
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acceso el 05 abr 2019]; 22(1):94-104. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
11. Brasileiro MSE, Brasileiro JE. O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática da enfermagem. *Rev Ciênc Méd.* [Internet]. 2017 [acceso el 05 abr 2019]; 26(2):77-97. Disponible en: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3582> DOI: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n2a3582>
12. Lima ABS, Oliveira LP, Sá KVCS, Silva EL, Caldas AJM, Rolim ILTP. Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte e morrer: revisão integrativa. *Rev Pesq Saúde*. [Internet]. 2016 [acceso el 05 abr 2019]; 17(2):116-21. Disponible en: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6093/3672>
13. Magalhães MV, Melo SCA. A morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicol Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acceso el 05 abr 2019]; 1(1):65-77. Disponible en: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/download/7/5/>
14. Salimena AMO, Ferreira GC, Melo MCSC, Souza IEO. O significado da morte do paciente cirúrgico no vivido da equipe de enfermagem. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 [acceso el 05 abr 2019]; 4(3):645-51. Disponible en: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/11267> DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769211267>
15. Burlá C, Py L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acceso el 05 abr 2019]; 30(6):1139-41. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1139.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE02061416>. Lacerda CA, Camboim FEF, Camboim JCA, Nunes EM, Bezerra ALD, Sousa MNA. O lidar com a morte em unidade de terapia intensiva: dificuldades relatadas por enfermeiros. *Rev Ciênc Desenvol.* [Internet]. 2016 [acceso el 05 abr 2019]; 9(2):173-84. Disponible en: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/559/294>
17. Saioron I, Silveira RS, Ramos FRS, Trentin D. A experiência da ortotanásia por profissionais da saúde de uma unidade de terapia intensiva. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [acceso el 05 abr 2019]; 11(6):2445-51. Disponible en: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23408/19076> DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201724>
18. Longuiniere ACFL, Yarid SD, Silva ECS. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. *Rev Cuid.* [Internet]. 2018 [acceso el 05 abr 2019]; 9(1):1961-72. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/413/891> DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>
19. Nunes FN, Araújo KM, Silva LDC. As evidências sobre o impacto psicossocial de profissionais de enfermagem frente à morte. *Rev Interdisciplin.* [Internet]. 2016 [acceso el 05 abr 2019]; 9(4):165-72. Disponible en: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/545>
20. Mocelin D, Moschen A, Mah AC, Oliveira LA. Processos psicológicos dos profissionais da saúde perante a morte de um paciente. *Vitalle Rev Ciênc Saúde* [Internet]. 2014 [acceso el 05 abr 2019]; 26(1):11-20. Disponible en: <https://periodicos.furg.br/vitalle/article/view/6055/3733>
21. Monteiro MC, Magalhães AS, Féres-Carneiro T, Machado RN. Terminalidade em UTI: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista. *Psicol Estud.* [Internet]. 2016 [acceso el 05 abr 2019]; 21(1):65-75. Disponible en: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28480> DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/psicolestud.v21i1.28480>
22. Bastos RA, Lamb FA, Quintana AM, Beck CLC, Carnevale F. Vivências dos enfermeiros frente ao processo de morrer: uma metassíntese qualitativa. *Rev Port Enferm Saúde Mental*

- [Internet]. 2017 [acceso el 05 abr 2019]; 17:58-64. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n17/n17a08.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0184>
23. Silva EP, Sudigursky D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2008 [acceso el 05 abr 2019]; 21(3):504-8. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_20.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300020>
24. Monteiro DT, Quintana AM. A comunicação de más notícias na UTI: perspectiva dos médicos. Psicol Teor Pesqui. [Internet]. 2016 [acceso el 05 abr 2019]; 32(4):e324221. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32n4/1806-3446-ptp-32-04-e324221.pdf> DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324221>
25. Medeiros-Costa ME, Maciel RH, Rêgo DP, Lima LL, Silva MEP, Freitas JG. A síndrome do esgotamento profissional no contexto da enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 [acceso el 05 abr 2019]; 51:e03235. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03235.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016023403235>
26. Schmidt DRC, Paladini M, Biato C, Pais JD, Oliveira AR. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2013 [acceso el 05 abr 2019]; 66(1):13-7. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a02.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100002>
27. Prado RT, Leite JL, Castro EAB, Silva LJ, Silva IR. Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2018 [acceso el 05 abr 2019]; 39:e2017-0111. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v39/1983-1447-rngen-39-e2017-0111.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0111>

CONTRIBUCIONES

Laura Andrade Martins, José Henrique da Silva Cunha, Lúcia Aparecida Ferreira e Heloísa Cristina Figueiredo Frizzo contribuyeron en la concepción, colecta de datos, análisis, redacción y revisión. **Ludmila Borges de Castro Prata Carvalho** actuó en la redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Martins LA, Cunha JHS, Ferreira LA, Frizzo HCF. Significado de la muerte de pacientes para los profesionales de salud en unidad de terapia intensiva. REFACS [Internet]. 2019 [citado en *insertar día, mes y año de acceso*]; 7(4): 448-457. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

MARTINS, L. A.; CUNHA, J. H. S.; FERREIRA, L. A.; FRIZZO, H. C. F. Significado de la muerte de pacientes para los profesionales de salud en unidad de terapia intensiva. REFACS, Uberaba, MG, v. 7, n. 4, p. 448-457, 2019. Disponible en: *insertar link de acceso*. Acceso en: *insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Martins, L.A., Cunha, J.H.S., Ferreira, L.A. & Frizzo, H.C.F (2019). Significado de la muerte de pacientes para los profesionales de salud en unidad de terapia intensiva. REFACS, 7(4), 448-457. Recuperado en: *insertar día, mes y año de acceso* de *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.