

# Representaciones sociales de enfermeros sobre la muerte y el morir en urgencias

Daiane Brito Ribeiro<sup>1</sup>, Juliana Xavier Pinheiro da Cunha<sup>2</sup>, Chrisne Santana Biondo<sup>2</sup>, Ana Clara Cunha Soares Silva<sup>2</sup>, Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes<sup>2</sup>, Jéssica Nayara da Silva Prado<sup>2</sup>

1. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié/BA, Brasil. 2. Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista/BA, Brasil.

## Resumen

Este estudio comprende y analiza las representaciones sociales de los enfermeros sobre el final de la vida y la muerte en urgencias. Es un estudio descriptivo realizado con 11 enfermeros de urgencias entre agosto y noviembre de 2023. El análisis de datos utilizó la teoría de las representaciones sociales mediante el *software* Iramuteq. Del análisis surgieron siete categorías, que evidencian que la muerte genera sufrimiento y sentimientos de desamparo por representar el fracaso, resultado de la falta de preparación y la inseguridad. Las condiciones estructurales precarias producen enfado, y muchos no saben cómo actuar con el paciente y su familia, por lo que evitan acercarse a ellos. Las principales representaciones del final de la vida y la muerte están relacionadas con experiencias personales, vejez, acogida y humanización. Es necesario estimular esta discusión en ambientes académicos y los servicios para preparar al profesional a actuar en el final de la vida.

**Palabras clave:** Muerte. Enfermeros. Urgencias médicas. Actitud frente a la muerte. Representación social.

## Resumo

### Representações sociais de enfermeiros sobre morte e morrer na emergência

Este estudo buscou conhecer e analisar as representações sociais de enfermeiros sobre fim de vida e morte no serviço de emergência, sendo um estudo descritivo realizado entre agosto e novembro de 2023. Realizou-se entrevista com 11 enfermeiros da emergência, e os dados foram analisados à luz da teoria das representações sociais, utilizando *software* Iramuteq. Da análise, emergiram sete classes, evidenciando que a morte gera sofrimentos e sentimento de impotência por representar fracasso, reflexo do despreparo e da insegurança. Precárias condições estruturais geram revolta e muitos não sabem como agir diante do paciente e de sua família, por isso evitam a aproximação. Percebe-se que as principais representações do fim de vida e da morte ancoram-se em experiências pessoais, na velhice, no acolhimento e humanização. É necessário estimular a discussão da temática em ambientes acadêmicos e nos serviços, a fim de preparar o profissional para assistir a terminalidade.

**Palavras-chave:** Morte. Enfermeiros. Emergências. Atitude perante a morte. Representação social.

## Abstract

### Social representations of nurses about death and dying in the emergency department

This study aims to examine and analyze the social representations of nurses regarding end of life and dying in emergency services. It is a descriptive study, conducted from August to November 2023. Data were analyzed in light of the theory of social representations, using Iramuteq software. Interviews were conducted with 11 emergency nurses. The analysis generated seven classes, revealing that death causes suffering and a sense of helplessness, as it is perceived as a failure, reflecting unpreparedness and insecurity. Poor structural conditions often provoke feelings of revolt, and many nurses do not know how to approach patients and their families, leading them to avoid such interactions. The main representations of end of life and death are anchored in personal experiences, old age, care, and humanization. It is necessary to encourage discussion of this subject in academic and healthcare settings to prepare professionals to deal with terminality.

**Keywords:** Death. Nurses, male. Emergency services. Attitude toward death. Social representation.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Aprobación 6.133.386 CAAE: 68974123.2.0000.5556

La muerte despierta un gran temor y evoca una serie de sentimientos angustiosos en el individuo, por lo que se considera un tabú. El concepto de muerte va más allá del cese de los signos vitales: es amplio y complejo, y puede tener distintos significados y afrontarse de formas diferentes según las experiencias de vida, vínculos, aspectos religiosos y socioculturales de cada persona y grupo<sup>1</sup>. Puede entenderse como *el fin de la condición humana y de las funciones vitales, sociales y psíquicas del ser y como un dato esencial de la existencia humana*<sup>2</sup>. A su vez, el final de la vida se define como los últimos días u horas de una persona como consecuencia de una enfermedad irreversible, que resulta en un deterioro progresivo e inexorable, acercándola a la muerte<sup>3</sup>.

La muerte es parte del ciclo de vida de cada ser humano. Sin embargo, sigue siendo un desafío para muchos profesionales del ámbito de la salud, como los enfermeros, quienes, a pesar de lidiar diariamente con los cuidados al final de la vida en sus servicios, no se sienten emocionalmente preparados para afrontar la muerte. Esto se puede explicar debido a que la formación académica de estos profesionales se centra en un modelo salvacionista, lo que significa que cualquier situación que no culmine en recuperación y curación provoca sentimientos de frustración y fracaso<sup>4</sup>.

En sectores hospitalarios, como los de urgencias, en los que todas las acciones están orientadas a conservar la vida, este enfrentamiento con la muerte y el final de la vida se hace aún más desafiante. Son entornos que se caracterizan por su imprevisibilidad una vez que se dedican a la atención de problemas de salud graves, lo que exige de los profesionales conocimientos práctico-teóricos específicos, habilidades y experiencia para afrontar situaciones de emergencia de cuadros críticos de salud<sup>5</sup>.

Sin embargo, en los últimos años se ha observado un cambio en el perfil epidemiológico de las enfermedades en la población, consecuencia de la acelerada urbanización, del envejecimiento y del aumento de los recursos tecnológicos en salud, lo que ha conllevado una mayor incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y de neoplasias. Este escenario se ha reflejado en el estándar de las atenciones en los servicios de urgencias, con un aumento significativo de los ingresos de pacientes que requieren cuidados paliativos,

lo que supone que los profesionales se enfrenten con mayor frecuencia a situaciones de final de vida en estos entornos<sup>6</sup>.

Cuando se piensa en un entorno para los cuidados al final de la vida, los servicios de urgencias no se consideran los más adecuados, ya que la mayoría de estas unidades carece de una estructura física acogedora para tal fin, además de la idea socialmente construida de que este es un sector que tiene la obligación de salvar vidas a cualquier costo. Además, debido a características como la afluencia rápida de pacientes, una alta rotación y una elevada carga de trabajo, los profesionales a menudo no brindan la atención necesaria a los pacientes terminales y sus familias<sup>5,7</sup>.

En ese sentido, mediante las representaciones construidas por el grupo social y reconstruidas por el enfermero en su experiencia, es posible comprender sus actitudes y comportamientos ante el final de la vida y la muerte del paciente. El estudio de las representaciones sociales (RS) ayuda a comprender los procesos mediante los cuales los individuos, en la interacción social, construyen explicaciones acerca de los objetos sociales<sup>8</sup>.

Por tanto, el estudio de las RS sobre la muerte y el final de la vida ayudará a comprender estos temas desde la perspectiva del enfermero, con el fin de volverlos más tangibles y comprender su impacto en la vida del profesional y en la asistencia prestada al paciente y a la familia que experimenta estos procesos. Para ello, se pretende comprender y analizar las representaciones sociales de los enfermeros sobre el final de la vida y la muerte en el servicio de urgencias.

## Métodos

Se trata de una investigación de campo descriptiva y exploratoria con enfoque cualitativo, que utiliza la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) como marco teórico y metodológico para la comprensión del comportamiento de determinados grupos, en este caso, los enfermeros. La TRS se constituye de imágenes, símbolos y conceptos construidos a partir de creencias e ideas<sup>9</sup>.

En general, las RS pueden caracterizarse como conocimientos que se desarrollan y se comparten, favoreciendo la construcción de una realidad tangible dentro de un grupo determinado<sup>10</sup>. Permiten

que las personas comprendan las situaciones que las rodean, ayudándolas a resolver aspectos de la realidad que incluyen su existencia social<sup>11</sup>.

La investigación se llevó a cabo en el servicio de urgencias de un hospital general ubicado en el suroeste del estado de Bahía, que ofrece atención médico-hospitalaria de mediana y alta complejidad, en las especialidades de clínica médica, quirúrgica, obstétrica e pediátrica, en un régimen de servicios de ambulatorio, urgencias y hospitalización. Los participantes del estudio fueron enfermeros de urgencias que habían experimentado la muerte y el final de la vida en ese departamento y expresaron interés en contribuir a la investigación. El estudio incluyó a profesionales que habían trabajado en el servicio de urgencias durante más de seis meses y excluyó a aquellos que estaban de vacaciones o en licencia laboral durante el período de recopilación de datos.

Para este estudio, se invitó a participar en la investigación, de forma aleatoria, no probabilística y por conveniencia, a 18 enfermeros; de estos, siete fueron excluidos por estar ausentes del servicio. De esta forma, se entrevistó a 11 enfermeros cuyos horarios eran compatibles con los de la investigadora, momento en el que se alcanzó la saturación de los datos, evaluada por la repetición de categorías y enunciados, sin que surgieran nuevos temas.

Los datos fueron recopilados entre agosto y noviembre del 2023 por la autora principal del estudio, mediante una entrevista semiestructurada y un cuestionario diseñado para identificar el perfil de los enfermeros, incluyendo sexo, edad, religión, tiempo de formación académica, tiempo de trabajo en el servicio de urgencias y especialización. Las preguntas rectoras de la entrevista fueron: “Cuéntame sobre tu experiencia ante la muerte en urgencias”; “¿Cómo se realiza el cuidado al final de la vida en urgencias?”; “¿Cuáles son las dificultades para el cuidado al final de la vida en ese sector?”; “¿Qué representa para ti la muerte en urgencias?”; y “¿Cómo te sientes ante el final de la vida y la muerte en urgencias?”.

Las entrevistas se grabaron y se realizaron de forma individual, en persona o con ayuda de la plataforma *Google Meet*, a criterio del entrevistado, con base en un guion semiestructurado. A continuación, el contenido se transcribió con fidelidad, y los datos provenientes de las transcripciones se analizaron usando el *software* de

análisis lexical IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) mediante la técnica de Análisis Factorial de Correspondencias (AFC)<sup>12</sup>.

El AFC utiliza un plano cartesiano que proporciona diferentes palabras y variables correlacionadas para cada una de las clases de la técnica de clasificación jerárquica descendente (CHD), lo que permite un análisis más cualitativo de los datos. Los testimonios de los participantes se codificaron con el número de orden de la unidad de contexto elemental (UCE) más significativa de cada clase, y el valor de la asociación de la prueba *chi-cuadrado*, la determinada clase<sup>12</sup>.

Los datos se analizaron mediante el análisis de contenido de Bardin, método que utiliza procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes para analizar y obtener indicadores —cualitativos o no— que permitan inferir conocimientos relacionados con las condiciones de producción/recepción de esos mensajes<sup>13</sup>.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. Todos los participantes firmaron el Consentimiento Libre, Previo e Informado. Para asegurar el anonimato de los participantes, estos fueron identificados como sujetos seguido de un número.

## Resultados

### Caracterización de los participantes

De los 11 enfermeros entrevistados, ocho (72,7%) eran mujeres. La edad media fue de aproximadamente 33 años, y el rango de edad varió entre 27 y 53 años. Cinco entrevistados (45,5%) manifestaron no profesar ninguna religión. El tiempo de formación académica osciló entre cuatro y 11 años, con un promedio de siete años, y la mayoría de los enfermeros declaró tener especialización (n=7; 63,6%) en las áreas de urgencias y emergencias (n=5; 45,5%), UCI (n=5; 45,5%) y salud colectiva (n=3; 27,3%). En cuanto al tiempo de trabajo en el sector de urgencias, el promedio fue de aproximadamente tres años.

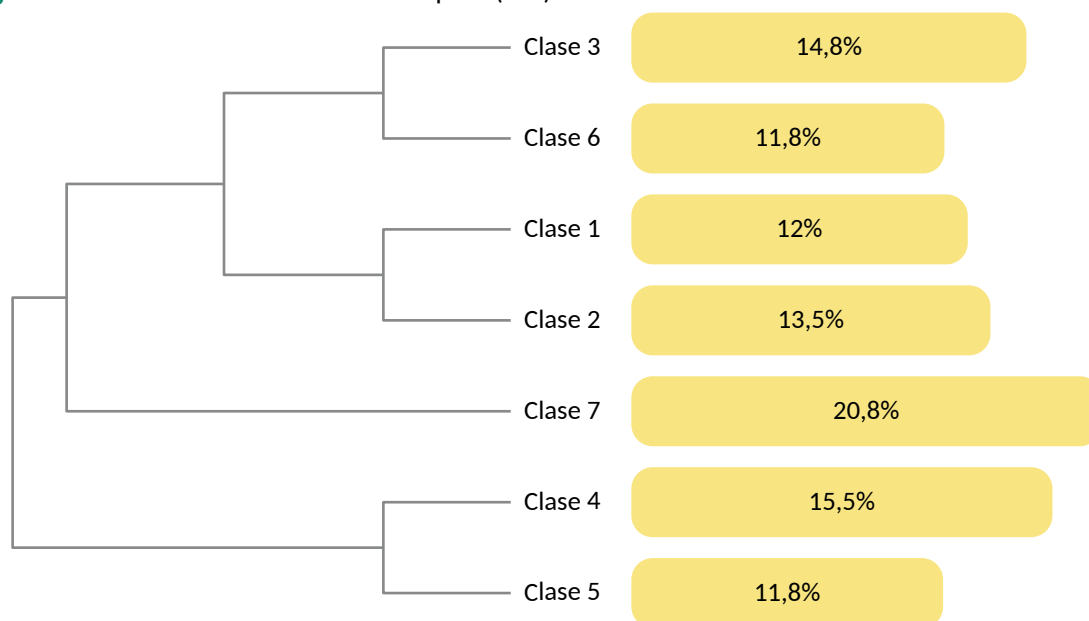
### Clasificación jerárquica descendente

El corpus general estuvo compuesto por 11 textos, separados en 451 segmentos de texto (ST),

con una tasa de utilización de los ST del 88,69%. Surgieron 35.986.696 ocurrencias (palabras, formas o vocablos), y el contenido analizado se categorizó en siete clases: Clase 1, con 48 ST (12,0%); Clase 2,

con 54 ST (13,5%); Clase 3, con 59 ST (14,8%); Clase 4, con 62 ST (15,5%); Clase 5, con 47 ST (11,8%); Clase 6, con 47 ST (11,8%); y Clase 7, con 83 ST (20,8%), como se muestra en la Figura 1.

**Figura 1.** Clasificación Descendente Jerárquica (CDJ)



Clase 1 - Dificultades para acoger a familiares que experimentan la terminalidad en urgencias; Clase 2 - Falta de preparación para implementar cuidados paliativos y actuar ante la muerte; Clase 3 - La muerte: del proceso natural de la vida al sentimiento de impotencia profesional; Clase 4 - La muerte en el pasillo e indiferencia de los profesionales ante el final de la vida y la muerte en urgencias; Clase 5 - Actitudes y sentimientos de los enfermeros ante el final de la vida en urgencias; Clase 6 - Dificultades asistenciales ante la experiencia de la muerte en urgencias; Clase 7 - Desafíos estructurales para prestar asistencia a la terminalidad en urgencias

## Clase 1

### Dificultades para acoger a los familiares que experimentan la terminalidad en urgencias

Comprende el 12% (f=48 ST) del total del corpus analizado. En esta clase, las palabras que surgieron con más frecuencia fueron “familiar” ( $x^2=64,62$ ), “acogida” ( $x^2=17,24$ ) y “servicio” ( $x^2=36,66$ ). Esta clase aborda las dificultades de los enfermeros para ayudar a los familiares que experimentan la terminalidad en urgencias. Sin embargo, a pesar de las numerosas demandas asistenciales y burocráticas que generan sobrecarga, los profesionales buscan anclar su cuidado a la familia en la acogida y en la humanización.

“(…) cuando veo a un paciente terminal, cuando me doy cuenta de que el paciente está en esa etapa terminal, trato de acoger lo máximo posible

a la familia, especialmente, y proporcionarle al paciente el mayor confort posible también, a pesar de las adversidades que afrontamos en el servicio de urgencias” (Sujeto 2).

“(…) el final de la vida, en la mayoría de los casos, es muy triste, no es lo ideal. Ningún final de vida es ideal, ¿no? (...) pero creo que la persona que está ahí, al lado del paciente, debería al menos estar en una cama, tener confort, un baño más privado, un momento más privado, un entorno más luminoso, menos ruidoso. Eso cambia mucho el final de la vida de una persona (...) no porque allí sea malo o porque no queramos hacerlo. Es el propio sistema, es el propio servicio, la demanda que no permite que sea diferente” (Sujeto 7).

“(…) mi dificultad quizá (cuando hay una muerte), está en la acogida a la familia, esa es mi dificultad, no sé si todos tienen la misma dificultad” (Sujeto 4).

## Clase 2

### Falta de preparación para implementar cuidados paliativos y actuar ante la muerte

Comprende el 13,5% (f=54 ST) del total del corpus analizado. Las palabras que aparecieron con mayor frecuencia en esta clase fueron “paliativo” ( $x^2=16,36$ ), “familia” ( $x^2=10,33$ ) y “enfermería” ( $x^2=14,74$ ). Muchos de los enfermeros entrevistados reportaron que no estaban preparados para abordar y comunicar a la familia sobre cuidados paliativos y cuestiones de la terminalidad. Además de reconocer las limitaciones propias de su categoría profesional, mencionaron que esto también era una dificultad para todo el equipo de salud, tanto a la hora de comunicar como de implementar los cuidados al final de la vida en urgencias.

*“A veces el paciente es paliativo, y ninguno de los profesionales está preparado. El equipo multidisciplinario no está preparado, ni tampoco la familia. Otra cosa que vemos es la trivialización. A veces hay pacientes que ni siquiera han llegado al punto de necesitar cuidados paliativos, y ya se empiezan a aplicar medidas para no invertir en el paciente, se le quita todo. Eso ya es una falta de consideración”* (Sujeto 8).

*“La segunda dificultad, que al menos para mí es crucial, es la instrucción que el equipo médico termina dejando de proporcionar a la familia. Así es, no explica en detalle, no habla el mismo lenguaje del paciente, solo dice ‘cuidados paliativos’, la familia no entiende qué son los cuidados paliativos y entonces tenemos que explicárselo a los familiares”* (Sujeto 5).

Se observa una evasión del contacto más directo con los familiares cuando se acerca el final de la vida. Muchos profesionales evitan confrontar a la familia en este momento porque no saben cómo actuar ante su reacción cuando se le informa sobre la muerte o la posibilidad de muerte de su ser querido. Otros actúan de esta manera para preservar sus propias emociones, ya que experimentan la muerte de forma rutinaria y necesitan estar bien para poder proceder con las acciones burocráticas del período posterior a la muerte.

*“Creo que el personal de enfermería tiene cierta aprensión por lo que pueda pasar en el sector, por la familia gritando o llorando y sin saber realmente qué hacer”. En ese momento no sabes qué esperar.* (Sujeto 8).

*“Cuando los familiares vienen a conversar, trato de no traerlo a mi propia vida”. Porque como trato con esto todo el tiempo, si lo tomo de manera demasiado personal, terminaré sufriendo, no es que no sienta el dolor de los demás, ¿no? Veo el sufrimiento de la familia y veo cómo reacciona la familia cuando el paciente se encuentra en un estado crítico, entonces trato de acoger a estos pacientes de la mejor manera posible”* (Sujeto 10).

*“Nosotros vamos hasta el final, pero cuando el fin llega, cuando se constata la muerte, tengo que adelantarme, entonces tengo que correr detrás de la historia clínica, acelerar los trámites para la familia, que está esperando la liberación del cuerpo”* (Sujeto 4).

## Clase 3

### Muerte: del proceso natural de la vida al sentimiento de impotencia profesional

Esta clase corresponde al 14,8% (f=59 ST) del total del corpus analizado. Las palabras que surgieron con mayor frecuencia en esta clase fueron “cambiar” ( $x^2=42,54$ ), “vida” ( $x^2=36,1\%$ ) y “morir” ( $x^2=20,41$ ). En los servicios de urgencias, la muerte es un hecho constante y puede generar sentimientos ambiguos entre los profesionales, como lo evidencian los relatos de los entrevistados. Algunos, debido a que constantemente tienen que lidiar con los sentimientos que rodean el final de la vida, han sentido la necesidad de anclar la muerte en un sistema de pensamientos preexistentes, menos amenazante. De esta forma, la muerte deja de ser un factor inesperado para estos profesionales y pasa a representar un proceso natural de la vida.

*“Mira, desde que empecé a trabajar en urgencias, mi visión de la muerte ha cambiado bastante. Porque acaba siendo algo muy presente en nuestra vida cotidiana. Entonces, para mí, la muerte hoy representa una etapa de nuestra vida, un ciclo que se cierra”* (Sujeto 6).

"A veces me siento un poco impotente, y a veces siento que este proceso de muerte ha cambiado mucho. Con cada año que paso en urgencias, siento que mi perspectiva sobre la muerte cambia" (Sujeto 8).

"Viene en parte de nuestra cultura, del sentido común, decir que esa persona (anciana) ha cumplido su misión, que ha completado todo su ciclo de vida y ha llegado el momento de envejecer y morir. Creo que de cierta forma es lo más esperado, un es un proceso más tranquilo que el del otro paciente que llega por un trauma, por una muerte súbita" (Sujeto 1).

Sin embargo, algunos profesionales todavía creen que, en determinadas situaciones, independientemente de lo que se haga, la muerte representa un fallo en el liderazgo del equipo, lo que genera sentimientos de impotencia y fracaso.

"Cuando empecé a trabajar en urgencias, la muerte era un proceso muy desagradable, porque daba la impresión de que era un fracaso de nuestro proceso de cuidado. Según la necesidad del paciente, entonces me quedaba con la sensación de que podríamos haber hecho más" (Sujeto 11).

"Cada vez que no logramos salvar la vida de un paciente, nos quedamos con la sensación de podríamos haber hecho más, a pesar de haber hecho todo lo posible en ese momento" (Sujeto 6).

Para algunos profesionales, los años pasados en la actividad asistencial han hecho que la muerte, en el sector de urgencias, se volviera un proceso natural, que a veces raya en la trivialización del final de la vida.

"En urgencias la muerte muchas veces representa tristeza para nosotros que nos apegamos al paciente y también somos testigos del sufrimiento de la familia. Ahora me parece más fácil, porque antiguamente era una cuestión de mucho dolor, de duelo, hoy es uno más que ha muerto [risas]" (Sujeto 3).

## Clase 4

### **Muerte en el pasillo e indiferencia de los profesionales ante el final de la vida y la muerte en urgencias**

Esta clase obtuvo un 15,5% (f=62 ST) del corpus total analizado, formado por palabras como "pasillo"

(x<sup>2</sup>=32,31), "hijo" (x<sup>2</sup>=23,26) y "muerte" (x<sup>2</sup>=10,92). Las declaraciones de esta clase revelan la realidad de la indiferencia del equipo multiprofesional en la asistencia al final de la vida en urgencias, especialmente en ciertas acciones o en la falta de ellas.

"Ayer llegó un hombre de treinta y cuatro años, y el médico le dijo: No te voy a hacer una toracocentesis porque te vas a morir pronto. ¿Para qué hacerla si vas a morir?" (Sujeto 9).

"(...) ayer llegó un paciente terminal que recibía cuidados paliativos, llegó alrededor de las cinco de la tarde, el acompañante dijo que estaba llamando, estaba cubierto de caca hasta la cabeza, y cuando llegué, la técnica estaba en WhatsApp" (Sujeto 9).

Además, el hospital también es deficiente en términos de estructura física. Los entrevistados informaron que los pacientes pasan días en camillas y en los pasillos, y algunos terminan muriendo en esas condiciones, y que a veces los profesionales solo se dan cuenta de la muerte de manera tardía. Ante esta situación, se sienten impotentes por no poder ofrecer a la familia y al paciente un entorno propicio para una asistencia digna al final de la vida.

"(...) porque piénsalo, tu querida madre muriendo en el pasillo en una camilla en el suelo. ¡Oh, hija, eso es tan triste! No hay manera. Incluso los pacientes con cáncer, es lamentable. Claro que algunos logran ir a la [zona] masculina" (Sujeto 3).

"(...) se queda ahí y su final está ahí mismo, a veces hasta en una camilla en un pasillo, cuando lo pasamos a la habitación es porque está grave, entonces lo pasamos a la habitación, pero no siempre lo ponemos en una cama" (Sujeto 7).

"(...) durante el día, pasaba por el pasillo, y cuando iba a mirar, ya estaba muerto. Entonces es así, el final de la vida en urgencias para mí, sinceramente, es plantearse qué podrías haber hecho para que fuera mejor, para que fuera más humano, para haber brindado más paz" (Sujeto 9).

Además, se observa una notable falta de preparación e incluso de empatía por parte de algunos profesionales a la hora de comunicar malas noticias, que en ocasiones se transmiten de forma directa, sin el apoyo de otros profesionales o en un lugar inapropiado.

“El médico llegó alrededor de las 6:40. Yo había llegado para recibir mi informe de turno y estaba devastada por todo el llanto. Dije: ‘Dios mío, esto es muy inhumano. ¿Cómo puedes decirle eso a un padre solo porque eres médico? ¿No te das cuenta de lo difícil que es esto, por el amor de Dios? La persona tiene fe ahí, cree que va a poder quedarse más tiempo, y llega un profesional y le quita toda la esperanza. Es muy difícil, ¿sabes?’” (Sujeto 9).

“(…) o llega de manera muy grosera y le lanza al acompañante o incluso al paciente, lo que el paciente tiene, dice: ‘no vas a vivir’” (Sujeto 9).

## Clase 5

### Actitudes y sentimientos de los enfermeros ante el final de la vida en urgencias

Representa el 11,8% (f=47 ST) del total del corpus analizado. Las palabras principales fueron “Dios” ( $x^2=26,78$ ), “colega” ( $x^2=40,56$ ), “fuerte” ( $x^2=22,7$ ) y “conversar” ( $x^2=10,66$ ). Para los entrevistados, la muerte despierta sentimientos que van desde la tristeza y la compasión hasta la indignación. Muchos relatan que, para protegerse emocionalmente, evitan estar con la familia del paciente terminal, en un intento de no absorber su sufrimiento, ya que la muerte es tan frecuente en su vida diaria. Otros dijeron que, con la experiencia, habían adquirido estrategias para afrontar el duelo familiar ante la pérdida, y que también consideraban importante, en ese momento, el apoyo de otros profesionales, como el psicólogo.

“Antes salía corriendo con ganas de llorar y también evitaba al máximo estar con la familia”. Dependiendo del cuadro clínico, hoy en día ya soy capaz de quedarme en esa situación, de manejar la situación, el sufrimiento. Llamo a alguien, llamo al psicólogo, doy orientaciones, me quedo con la persona y todo, y logro salir más fuerte. Hace diez años, no lo lograba” (Sujeto 7).

“(…) porque ya está muerto, y ahora voy a llamar al médico para que hable con usted. No sé, quizá si estuviera en la Unidad de Alta Complejidad en Oncología (Unacon), sería distinto, lo abrazaría, le daría un beso y lloraríamos juntos” (Sujeto 3).

Así, también surgen sentimientos de indignación ante conductas desacertadas, e inseguridad

por la falta de un protocolo para el cuidado de pacientes terminales, especialmente cuando no se prioriza el cuidado humanizado.

“Tratar de ser humano, incluso ante situaciones muy inhumanas que vemos, como cuando llamamos al médico y nos dice: ‘ya no voy, no hay nada más que hacer, solo vamos a montar una pequeña escena aquí. Oh, ya ves, así es como terminamos... Hay momentos en que me enfado mucho, ¿sabes?’” (Sujeto 9).

“Entonces la conducta queda indefinida y de hecho no logramos seguir un protocolo, ¿no? De cuidados para ese paciente” (Sujeto 4).

Por otra parte, con la experiencia, los enfermeros han encontrado algunas maneras de aliviar el sufrimiento asociado con experimentar el proceso del final de la vida y la muerte en el servicio de urgencias. Algunos evitan hablar en casa de los casos que han visto en el ámbito hospitalario y en su lugar buscan practicar la espiritualidad. Estas estrategias contribuyeron a fortalecer la resiliencia de estos profesionales, incluso en períodos tan angustiantes como la pandemia de COVID-19, como se menciona en una de las declaraciones.

“(…) muchos pacientes murieron durante la pandemia de Covid, muchos colegas enfermaron, y yo, aun así, logré salir adelante, logré trabajar, precisamente por eso, porque trato de verlo, de tener esta visión más holística” (Sujeto 10).

“(…) pero mi sentimiento, por más que quiera ser fuerte, ser una persona que afronta la realidad, siento dolor por el dolor del otro, ¿no?, pero siempre le pido a Dios que me guíe” (Sujeto 10).

“(…) incluso en casa, no cuento nada de lo que ocurre aquí en el trabajo, absolutamente nada. Se puede morir un paciente aquí, que no comento nada en mi casa, porque suelo dejar aquí todo lo que experimento, lo dejo aquí en el hospital” (Sujeto 10).

## Clase 6

### Dificultades asistenciales ante la experiencia de la muerte en urgencias

Representa el 11,6% (f=47 ST) del total del corpus analizado, y aparecen palabras como “experiencia”

( $\chi^2=22,7$ ), “dificultad” ( $\chi^2=10,97$ ) y “asistencia” ( $\chi^2=16,67$ ). Al analizar esta clase, se constató que el servicio de urgencias es entendido como un lugar en el que las personas luchan por vivir, y el afrontamiento de situaciones que amenazan la vida, especialmente entre pacientes más jóvenes, muchas veces se vuelve angustiante. Además, surgieron preguntas sobre la muerte inesperada en las salas de urgencias, específicamente si están relacionadas con una asistencia inadecuada o si realmente era inevitable, preguntas que causan considerable preocupación entre estos profesionales.

*“(…) en el caso de una muerte inesperada para la familia, tengo un poco más de dificultad, en parte debido a experiencias personales que he tenido. Así que acabo algo bloqueada ante la familia, sin saber muy bien qué hacer”* (Sujeto 1).

*“Solía pensar que los pacientes tenían un día específico para morir. Después de ingresar en el ámbito de la salud, me di cuenta de que algunos pacientes, debido a la falta de acceso, o por no tener acceso en ese momento, o por mala calidad de la asistencia, sufrieron una muerte prematura”* (Sujeto 8).

La mayoría de los encuestados mencionó la importancia de una conducta profesional basada en la humanización, el compromiso y la ética, independientemente del sector en el que se produzca la muerte. Esto refleja valores y principios personales, no solo profesionales, ante el final de la vida.

*“(…) sea cual sea el lugar en el que esté trabajando, creo que la conducta, la asistencia debe ser la misma”* (Sujeto 1).

*“(…) eso es personal, creo que hay principios y valores que no se traen de la profesión, se traen de tu aspecto personal, principios que traes de tu vida”* (Sujeto 10).

Los entrevistados mencionaron las dificultades de atender situaciones de muerte en un sector donde la rutina es siempre impredecible, sin un flujo de trabajo ordenado, con altas demandas de trabajo y con conductas que deben realizarse con mucha rapidez. La presión y sobrecarga a la que se enfrentan estos profesionales los lleva a actuar de forma técnica, sobre todo cuando se trata de la muerte de un paciente.

*“(…) encuentro este flujo un poco desordenado. Ya se lo he transmitido a la coordinación, tanto el tema de la atención, como el del perfeccionamiento del equipo, como el de profesionales capacitados y recibir formación, para que podamos mejorar”* (Sujeto 10).

*“La urgencia es muy rápida y no asimilas la experiencia que has tenido, porque ya tienes que hacer otra cosa, entonces terminas mecanizando un poco tu cuidado”* (Sujeto 8).

## Clase 7

### Desafíos estructurales para prestar asistencia a la terminalidad en urgencias

La última clase representa el 20,8% ( $f=83$  ST) del total del corpus analizado. Las palabras que surgieron con mayor frecuencia fueron “confort” ( $\chi^2=23,89$ ), “espacio” ( $\chi^2=29,5$ ), “entorno” ( $\chi^2=21,9$ ) y “contexto” ( $\chi^2=15,43$ ). Esta clase presenta problemas estructurales, como el hacinamiento y la falta de un espacio que brinde el confort adecuado al paciente y su familia, lo que constituye una barrera importante para brindar cuidados al final de la vida en este sector. Las dificultades para seguir un flujo de trabajo interno en los servicios de urgencias dificultan la acogida a los pacientes y sus familias. Los enfermeros mencionaron situaciones de un servicio de urgencias en el que los pacientes solo deberían permanecer por un corto tiempo, ya que es un lugar donde se brinda atención inmediata y observación clínica. Sin embargo, los pacientes terminan permaneciendo durante largos periodos en instalaciones inadecuadas, en los pasillos, sin ninguna comodidad, y muchos fallecen en estas condiciones.

*“(…) en la sala de medicación, literalmente vemos pacientes en camillas y en el suelo. En cambio, en las alas aún tenemos un mínimo de confort, una cama por paciente”* (Sujeto 2).

*“Se trata de pacientes en camillas, unos pocos en camas, un número muy pequeño de ellos. Y tiempo, no logras tiempo para brindar una atención adecuada al paciente, para poder hacer una visita de calidad”* (Sujeto 11).

*“Entonces creo que la falta de camas, esta falta de confort para los pacientes, termina por*

*impedirnos brindar una asistencia mejor al final de la vida” (Sujeto 6).*

## Discusión

La asistencia a pacientes al final de la vida es un proceso desafiante, porque, a menudo, cuidar a un paciente moribundo y a su familia es una experiencia que genera incomodidad para el profesional. Así, anclar la muerte y el cuidado al final de la vida en representaciones que alivien el sufrimiento del paciente y su familia es una forma que muchos enfermeros utilizan para lidiar con este proceso tan doloroso, como se verifica en esta investigación. El anclaje en RS permite al profesional asociar algo extraño y perturbador, como los cuidados al final de la vida, con objetos y nociones ya representados, haciendo familiar algo desconocido, lo que ayuda en actitudes y conductas relacionados con el objeto de representación<sup>9,10</sup>.

Las RS se crean con base en una red de relaciones que busca, de alguna manera, interpretar una realidad para crear una posición colectiva sobre un determinado tema, tarea u objeto. Esto ocurre, por ejemplo, mediante el anclaje, cuando el individuo busca “familiarizarse con lo extraño”. En el caso de la muerte, es común que las conductas de las personas estén influenciadas por su cultura y experiencias pasadas para anclar sus acciones y sentimientos hacia la muerte, lo que hace que el proceso sea menos amenazante<sup>14</sup>.

En ese sentido, se observa que algunos enfermeros, ante la incapacidad de actuar en situaciones de final de vida, anclan sus acciones en representaciones de experiencias personales de pérdida, lo que, de cierta forma, representa para ellos un sufrimiento adicional y puede derivar en enfermedad. Esta falta de preparación para atender a la familia y al paciente que se acerca a la muerte refleja un precario abordaje y reflexión sobre el tema en la formación académica de estos profesionales. Así, la práctica clínica del enfermero, especialmente en instituciones hospitalarias, está permeada por muchas situaciones de terminalidad, lo que hace que sea un desafío encontrar la forma adecuada de actuar, asistir y, sobre todo, acoger al paciente y a su familia<sup>9</sup>.

Diariamente, el enfermero experimenta un intenso sufrimiento en su práctica asistencial,

a menudo causado por circunstancias irreversibles como el dolor que no se alivia con medicamentos, la terminalidad y la muerte, lo que genera sentimientos de fragilidad, vulnerabilidad, impotencia y miedo asociados a la inseguridad al prestar asistencia al final de la vida. Esto hace que la muerte en las unidades hospitalarias esté asociada a sentimientos negativos como el fracaso y la frustración<sup>15</sup>.

Sin embargo, se constató que tener una mayor experiencia en la profesión permite a los profesionales de enfermería desarrollar mecanismos de defensa ante las emociones negativas que puede generar el cuidado del paciente al final de la vida. Muchos priorizan los trámites burocráticos para no tener que entrar en contacto directo con el proceso de la muerte y el morir. Se trata de estrategias de evasión que los enfermeros, por falta de reflexión, suelen adoptar de forma a menudo inconsciente ante situaciones de muerte<sup>16</sup>.

Esto se puede observar, principalmente, en unidades en las que la muerte forma parte de la rutina diaria de los profesionales, como en los servicios de urgencias, donde muchos desarrollan estrategias para lidiar mejor con estas situaciones para reducir su propio sufrimiento<sup>17</sup>. Un estudio y las declaraciones de los enfermeros en esta investigación revelaron mecanismos de afrontamiento que van desde el distanciamiento, con el fin de evitar el vínculo con el paciente y su familia, hasta la normalización del final de la vida, que puede culminar en la trivialización de la muerte<sup>18</sup>.

Así, con el fin de resolver esas deficiencias asistenciales y promover la calidad de vida de los pacientes y sus familiares frente a una enfermedad potencialmente mortal y la terminalidad, se instituyó, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), la Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Los cuidados paliativos consisten en un conjunto de enfoques que buscan evitar y aliviar el sufrimiento, mediante la identificación temprana de la enfermedad, la evaluación y el tratamiento del dolor y de los síntomas físicos, sociales, psicológicos y espirituales. Debe ser realizada por todos los profesionales de la salud y estar disponible en todos los puntos de la red, incluidos los servicios de urgencias y emergencias<sup>19,20</sup>.

Sin embargo, se observa que aún queda un largo camino que recorrer para lograr un cuidado al final de la vida realmente humano y ético, especialmente en el contexto de urgencias y emergencias.

En estos entornos, el número de pacientes en cuidados paliativos aumenta constantemente, por lo que es urgente que los equipos desarrollen planes de cuidados individualizados y flexibles que preserven la dignidad humana<sup>21,22</sup>.

Los enfermeros citan muchas dificultades a la hora de proporcionar cuidados al final de la vida en el servicio de urgencias, en particular la falta de habilidad para comunicar malas noticias, información que está cargada de emociones y tiene un gran potencial para cambiar la vida de las personas. Para los profesionales de la salud, esto implica realizar diagnósticos de enfermedades potencialmente mortales, amputaciones de miembros y, lo más temido, comunicar la muerte/final de la vida<sup>21</sup>.

En ese sentido, las declaraciones de los participantes de este estudio revelaron una falta de empatía en su comunicación, principalmente por parte del equipo médico, quienes casi siempre transmitían la información de manera técnica, utilizando términos científicos, imposibilitando la comprensión efectiva, lo que también es corroborado por la literatura<sup>21</sup>. Para que la comunicación de malas noticias se realice de forma terapéutica y no cause más daño al proceso de terminalidad, debe haber una buena interacción entre la tríada paciente-familia-equipo<sup>21,22</sup>.

Sin embargo, la dinámica de muchos servicios de urgencias no es propicia para brindar cuidados al final de la vida debido a la dificultad de establecer un vínculo entre el paciente y el profesional y debido a la ausencia de un protocolo que oriente la práctica<sup>23</sup>. Además, se suele desalentar la capacitación profesional en este sector respecto a esa temática, ya que se tiene la concepción de que el servicio de urgencias no está destinado a prestar ese tipo de cuidado<sup>22</sup>.

Como consecuencia de esta falta de comprensión de los cuidados al final de la vida, muchos profesionales de la salud buscan de forma obstinada prolongar la vida mediante tratamientos cada vez más modernos, lo que va en contra de los principios de los cuidados paliativos. En la práctica profesional, estas acciones están ancladas en tradiciones construidas culturalmente que dictan que la vida debe celebrarse y desearse. A su vez, la muerte, además de hacer pensar al profesional en su propia finitud, es sinónimo de fracaso, y por lo tanto debe evitarse, apartarse e institucionalizarse a toda costa<sup>24,25</sup>.

En el ámbito hospitalario, cuando fallece un individuo mayor, aceptar esa muerte se hace más fácil, pues se entiende que ya ha completado todos los ciclos de la vida. Sin embargo, cuando la muerte es inesperada, como en pacientes más jóvenes, incluso cuando se utilizan estrategias de afrontamiento, los enfermeros experimentan mayor dolor, sentimientos de frustración e impotencia. Esto se debe a que, socialmente, la muerte está fuertemente anclada en la vejez, y para que sea mejor aceptada es necesario que el paciente haya completado todos sus ciclos vitales. Así, se entiende que las conductas y sentimientos provocados por la muerte dependen de algunas variables, como la edad, el vínculo establecido y la forma en que se produjo el fallecimiento<sup>14,15</sup>.

Otro punto que genera mucha angustia entre los enfermeros de este estudio está relacionado con la estructura del servicio de urgencias para atender a los pacientes al final de la vida. Estas unidades son entornos que, normalmente, carecen de una estructura física para acoger a una persona que atraviesa una enfermedad terminal, ya que los pacientes pasan largos períodos en pasillos, en camillas, sin el más mínimo confort ni privacidad. Todo este escenario causa sufrimiento también a los profesionales involucrados por no lograr ofrecer la asistencia que desean<sup>5</sup>.

Queda claro entonces que los sentimientos asociados a la muerte en estos lugares también están relacionados con las precarias condiciones que se ofrecen a los pacientes terminales. Esto se debe a que, socialmente, el proceso del final de la vida está anclado en el concepto de que cada individuo debe tener una muerte digna, con confort, alivio del dolor y privacidad, y no brindar esto genera sentimientos adicionales de frustración, fracaso y tristeza en los enfermeros. Por otra parte, en espacios con condiciones que brinden privacidad y un mínimo de dignidad para el final de la vida del paciente, es posible percibir un mejor afrontamiento en el manejo de situaciones de conflictos profesionales<sup>26</sup>.

La rutina acelerada frente a las numerosas atenciones es otro factor que perjudica al servicio de urgencias en relación con los cuidados al final de la vida, ya que la mayoría de los enfermeros que trabajan en unidades de urgencias no tiene condiciones para brindar un cuidado adecuado. Está versado en la literatura que, al tratarse de un

sector con alta rotación, muchos profesionales no logran ofrecer una atención adecuada al paciente en fase terminal debido a la sobrecarga de trabajo y a la falta de preparación técnica y emocional para actuar ante situaciones que les causen sufrimiento.

Así, se entiende que promover una asistencia humanizada al final de la vida en los servicios de urgencias va más allá de sensibilizar al equipo de enfermería y abarca diversos factores, como la infraestructura hospitalaria, los recursos humanos y materiales, y la sobrecarga de trabajo de los profesionales<sup>26</sup>.

Las limitaciones de este estudio respecto a la muestra reducida y a la realidad local de un solo hospital de la red pública imposibilitan la generalización de los resultados. Sin embargo, tiene el potencial de contribuir a los estudios sobre la muerte y el morir en urgencias, ya que, aún con la creciente discusión sobre el tema, existe una brecha notoria en la práctica de los enfermeros en urgencias, una vez que la mayoría no se siente preparada para brindar una asistencia adecuada ante situaciones de final de vida y muerte.

### Consideraciones finales

La muerte en el servicio de urgencias es un hecho rutinario y causa sufrimiento al enfermero. Es evidente que las principales representaciones

sociales de la muerte son reflejos de vivencias y experiencias personales. Muchas personas anclan la muerte en la vejez, lo que hace más aceptable el proceso cuando se entiende que el individuo ha completado todo su ciclo vital antes de morir; de lo contrario, hay una sensación de fracaso en el cuidado. Algunos enfermeros no se sienten preparados para tratar con la familia y el paciente moribundo, y cuando se produce la muerte recurren a mecanismos como la evasión porque no saben cómo actuar ante la familia.

Los resultados de este estudio resaltan la necesidad de un énfasis más reflexivo sobre este tema en los diversos componentes curriculares de la formación académica de los profesionales de enfermería. Además, proporcionar infraestructura adecuada y recursos humanos cualificados para manejar la alta demanda laboral tiene una influencia directa en la promoción de una asistencia humanizada al paciente al final de la vida. Por lo tanto, se sugieren más estudios que busquen identificar los sentimientos y actitudes no solo de enfermeros, sino de todo el equipo multiprofesional de salud acerca del final de la vida y la muerte en el servicio de urgencias, con el fin de comprender el impacto que genera en la asistencia y contribuir a un cuidado más sensible y acogedor al paciente y su familia, que vivencia este momento.

### Referencias

1. Lourenço LL, Estuqui MR, Guesser RG, Souza TF, Souza WGA. Saúde mental do enfermeiro frente ao setor de emergência e a reanimação cardiopulmonar. *Rev Enferm Atual In Derme* [Internet]. 2022 [acceso 9 jan 2025];96(38):1-10. Disponível: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5h4es>
2. Benedetti GMS, Oliveira K, Oliveira WT, Sales CA, Ferreira PC. Significado do processo morte/morrer para os acadêmicos ingressantes no curso de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [acceso 9 jan 2025];34(1):173-9. p. 177. DOI: 10.1590/S1983-14472013000100022
3. Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. Rehabilitation. In: Watson M, Lucas C, Hoy A, Wells J. *Oxford handbook of palliative care* [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2010 [acceso 9 jan 2025]. p. 929-46. DOI: 10.1093/med/9780199234356.001.0001
4. Paula GS, Gomes AMT, França LCM, Neto FRA, Barbosa DJ. A enfermagem frente ao processo de morte e morrer: uma reflexão em tempos de coronavírus. *J Nurs Health* [Internet]. 2020 [acceso 9 jan 2025];10(4). DOI: 10.15210/jonah.v10i4.18977
5. Formentin MS, Cordeiro FR, Zillmer JGV, Oliveira SG, Zilli F, Moscoso CR. Barreras al cuidado al final de la vida en un servicio de urgencia. *Rev Uruguay Enferm* [Internet]. 2021 [acceso 9 jan 2025];16(1). DOI: 10.33517/rue2021v16n1a2

6. Ribeiro DL, Carvalho Filho MA. Cuidados paliativos na emergência: invocando Kairós e repensando os sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022 [acesso 9 jan 2025];38(9):1-5. DOI: 10.1590/0102-311XPT127922
7. Santana BC, Oliveira AT, Araújo RV. A percepção da equipe de enfermagem acerca da humanização no atendimento de urgência e emergência. *Rev Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2022 [acesso 9 jan 2025];3(5). DOI: 10.47820/recima21.v3i5.1491
8. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 17-29.
9. Fitaroni JB, Bousfield ABS, Silva JP. Morte nos cuidados paliativos: representações sociais de uma equipe multidisciplinar. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];41. DOI: 10.1590/1982-3703003209676
10. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
11. Jodelet D. Les peprésentations sociales: un domaine en expansion. In: Jodelet D. *Les représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France; 1989. p. 45-78.
12. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol* [Internet]. 2013 [acesso 9 jan 2025];21(2):513-8. DOI: 10.9788/TP2013.2-16
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 70ª ed. São Paulo: Almedina Brasil; 2011.
14. Andrade BRV, Cunha JXP, Biondo CS. A resiliência do enfermeiro no cuidado à criança que vivencia a terminalidade. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2020 [acesso 9 jan 2025];10(88):1-18. DOI: 10.5902/2179769240348
15. Monteiro DT, Mendes JMR, Beck CLC. Perspectivas dos profissionais da saúde sobre o cuidado a pacientes em processo de finitude. *Psicol Cienc Prof* [Internet]. 2020 [acesso 9 jan 2025];40:1-15. DOI: 10.1590/1982-3703003191910
16. Cardoso MFPT, Martins MMFPS, Ribeiro OMPL, Trindade LL, Fonseca EF. Atitudes dos enfermeiros frente à morte: mudanças com a pandemia por covid-19. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];23:66598. DOI: 10.5216/ree.v23.66598
17. Boque Oliva C, Romero Pareja R, Herreros B. Recomendaciones de cuidados al final de la vida en los servicios de urgencias. *Emergencias* [Internet]. 2022 [acesso 9 jan 2025];34(1):47-54. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-203341>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 729, de 7 de dezembro de 2023. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, p. 46, 7 dez 2024 [acesso 9 jan 2025]. Seção 1. Disponível: <https://tinyurl.com/3nnhyznz>
19. Brasil. Ministério da Saúde. A avaliação do paciente em cuidados paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2022 [acesso 9 jan 2025]. Disponível: <https://tinyurl.com/4tc6wjte>
20. Ribeiro KG, Batista MH, Souza DFO, Florêncio CMGD, Jorge WHA, Raquel CP. Comunicação de más notícias na educação médica e confluências com o contexto da pandemia de covid-19. *Saúde Soc* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];30(4):1-13. DOI: 10.1590/S0104-12902021201058
21. Medeiros MOSF, Meira MV, Santos JSNT, Pedreira LC, Fonseca AC, Silva RS. Cuidados paliativos na emergência: revisão integrativa. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];29(2):416-26. DOI: 10.1590/1983-80422021292479
22. Santana LF, Paris MC, Gabriel KOF, Rosa WF, Petry IL, Alves JNB *et al.* Atuação do enfermeiro na urgência e emergência: revisão integrativa da literatura. *Brazil J Develop* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];7(4):35994-6006. DOI: 10.34117/bjdv7n4-184
23. Natividade TSS, Coelho PYC, Aguiar DR, Silva GL, Silva RB, Soeiro ACV. Extubação paliativa: reflexões bioéticas sobre cuidados em fim de vida. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];29(3):558-66. DOI: 10.1590/1983-80422021293491
24. Dantas JB, Borge JER, Dutra AB. Entre a morte e a experiência da finitude: histórias e diálogos com o contemporâneo. *Rev NUFEN* [Internet]. 2021 [acesso 9 jan 2025];13(1):41-55. Disponível: <https://tinyurl.com/28uu4tf7>

25. Zanlorenzi AC, Rodrigues A, Corradi-Perini C. Aspectos bioéticos relacionados aos cuidados de fim de vida. Rev Latinoam Bioét [Internet]. 2023 [acceso 9 jan 2025];23(1):27-44. DOI: 10.18359/rlbi.5590
26. Soares GR, Boeno GV, Gonçalves TS, D'Elly SBR, Medeiros JGT, Almeida AN *et al.* A humanização da enfermagem nos cenários de urgência e emergência. Enferm Foco [Internet]. 2022 [acceso 9 jan 2025];13. DOI: 10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202245ESP1

**Daiane Brito Ribeiro** – Estudiante de máster – daianebr54@gmail.com

 0000-0002-0987-3874

**Juliana Xavier Pinheiro da Cunha** – Doctora – julianaxcunha@gmail.com

 0000-0002-3752-206X

**Chrisne Santana Biondo** – Doctora – tity\_biondo\_enf@hotmail.com

 0000-0002-0583-5491


**Ana Clara Cunha Soares Silva** – Especialista – anaa.clara@hotmail.com

 0000-0002-2886-7066

**Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes** – Doctora – emanuelecदानunes@gmail.com

 0000-0002-0226-3619

**Jessica Nayara da Silva Prado** – Residente – jessicaprado18@outlook.com

 0000-0001-5648-5682

#### Correspondencia

Daiane Brito Ribeiro – Rua Belo Jardim, Felícia, 41. CEP: 45055-255. Vitória da Conquista/BA, Brasil.

#### Contribución de los autores (CRediT)

Daiane Brito Ribeiro y Juliana Xavier Pinheiro da Cunha participaron de la concepción del estudio, recopilación, análisis e interpretación de los datos y discusión de los resultados. Christine Santana Biondo y Emanuelle Caires Dias Araújo Nunes participaron de la análisis e interpretación de los resultados. Ana Clara Cunha Soares Silva y Jéssica Nayara da Silva Prado participaron de la interpretación de los datos. Todas las autoras participaron de la redacción del manuscrito, revisión crítica del contenido, aprobación de la versión final, responsabilidad por la integridad del contenido y precisión del trabajo.

**Disponibilidad de los datos:** Todos los datos utilizados o generados en la investigación se describen y presentan íntegramente en el cuerpo del artículo.

**Editora responsable:** Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro

**Recibido:** 6.8.2024

**Revisado:** 23.2.2025

**Aprobado:** 25.2.2025