



ACCESO ABIERTO

Autoría

Daniela Neves da Silva^{1*}ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0129-9118>Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0654-663X>Lívia Kondrat Pinto Kanashiro¹ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7357-4353>*Correspondiente: danielaneves.psicologa@gmail.com

Institución

¹Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, SP, Brasil.Cómo citar este artículo • Derechos de autor[©]

Silva DN, Abreu CRGM, Kanashiro LKP. El Impacto del Aflicción en el Equipo de Atención de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital Público. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2026;5:e202650051. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202650051>.

Editores

Abel Silva de Meneses • Editor Jefe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

André Ramalho • Editor Científico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Sumisión

07-01-2026

Aprobación

17-03-2026

Artículo Original

El Impacto del Aflicción en el Equipo de Atención de la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital Público

Impacto do Luto na Equipe de Cuidado da Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público

The Impact of Bereavement on the Care Team in the Intensive Care Unit of a Public Hospital

Resumen

Objetivos: Describir la estrategia de innovación aplicada como contribución a la **Objetivos:** Analizar las experiencias de los profesionales de la salud ante la pérdida de un paciente, investigando cómo elaboran el duelo, si este proceso es reconocido o no a nivel institucional, y el impacto emocional de la pérdida en el equipo que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). **Método:** Estudio cualitativo de campo, realizado con profesionales de la salud de la UCI para adultos del Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, mediante entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron a la luz del Análisis del Discurso, respetando rigurosamente los principios éticos de la investigación con seres humanos. **Resultados:** Los hallazgos evidencian que el duelo de los profesionales se presenta como una experiencia emocional compleja, a menudo silenciosa e invisibilizada culturalmente, que se intensifica por los vínculos establecidos con los pacientes. Las narrativas revelan sufrimiento psíquico y estrategias individuales de afrontamiento ante la pérdida. **Conclusión:** Se destaca la necesidad de reconocer y legitimar el sufrimiento emocional de los profesionales de la salud de la UCI, fortaleciendo las prácticas institucionales de acogida y atención a la salud mental.

Descriptor: Aflicción; Grupo de Atención al Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Adulto; Psicología Médica.

Resumo

Objetivo: Analisar as vivências dos profissionais de saúde diante da perda de um paciente, investigando como elaboram o luto, se esse processo é reconhecido ou não reconhecido institucionalmente, e o impacto emocional da perda na equipe que atua na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** Estudo qualitativo, de campo, realizado com profissionais de saúde da UTI adulto do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, por meio de entrevistas semiestructuradas. Os dados foram analisados à luz da Análise de Discurso, respeitando rigorosamente os princípios éticos da pesquisa com seres humanos. **Resultados:** Os achados evidenciam que o luto dos profissionais se apresenta como experiência emocional complexa, frequentemente silenciosa e invisibilizada culturalmente, sendo intensificada pelos vínculos estabelecidos com os pacientes. As narrativas revelam sofrimento psíquico e estratégias individuais de enfrentamento diante da perda. **Conclusão:** Destaca-se a necessidade de reconhecer e legitimar o sofrimento emocional dos profissionais de saúde da UTI, fortalecendo práticas institucionais de acolhimento e cuidado com a saúde mental.

Descritores: Luto; Equipe de Assistência ao Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Adulto; Psicologia Hospitalar.

Abstract

Objective: To analyze the experiences of healthcare professionals in the face of a patient's death, investigating how they cope with grief, whether this process is institutionally recognized or not, and the emotional impact of the loss on the staff working in the Intensive Care Unit (ICU). **Method:** A qualitative, field study conducted with healthcare professionals in the adult ICU at Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha Municipal Hospital, using semi-structured interviews. The data were analyzed using Discourse Analysis, strictly adhering to the ethical principles of research involving human subjects. **Results:** The findings show that the professionals' grief manifests as a complex emotional experience, often silent and culturally invisible, intensified by the bonds formed with patients. The narratives reveal psychological distress and individual coping strategies in the face of loss. **Conclusion:** We emphasize the need to recognize and legitimize the emotional distress of ICU healthcare professionals, strengthening institutional practices of support and mental health care.

Descriptors: Bereavement; Patient Care Team; Intensive Care Units; Adult; Psychology, Medical.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad, lo que implica la necesidad de un enfoque ampliado e integral en la atención de la salud⁽¹⁾. Esta perspectiva refuerza que los profesionales de la salud deben considerar, además de los aspectos biológicos, las dimensiones emocionales, sociales y simbólicas que atraviesan los procesos de enfermedad, cuidado y muerte.

En la sociedad contemporánea, el hospital se ha consolidado como el principal espacio de atención, incluso para pacientes en la fase final de la vida, lo que convierte la muerte y la terminalidad en experiencias recurrentes en el día a día institucional⁽²⁾.

Los estudios señalan que los cuidados paliativos en el hospital general evidencian tensiones entre la lógica técnica y la necesidad de una atención integral, que reconozca el sufrimiento humano y la experiencia social de la muerte⁽²⁻³⁾. En este contexto, el proceso de morir adquiere relevancia no solo clínica, sino también ética, emocional y relacional.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son espacios de alta complejidad asistencial, destinados al cuidado de pacientes en estado crítico, que requieren un monitoreo continuo y apoyo tecnológico avanzado⁽⁴⁾. Los avances tecnológicos han ampliado la definición de muerte y prolongado el proceso de terminalidad, generando dilemas éticos relacionados con la limitación o intensificación de las intervenciones terapéuticas^(3,5-6). La tensión entre el mantenimiento de la vida y la inevitabilidad de la muerte plantea desafíos significativos a los equipos multiprofesionales que trabajan en estos entornos.

En este escenario, el duelo se presenta como una experiencia intrínseca al contexto de la UCI, ya que los profesionales, los pacientes y los familiares conviven a diario con la pérdida⁽⁷⁾. El duelo se refiere a la ruptura de vínculos significativos y constituye un proceso natural de elaboración psíquica ante la pérdida, cuya intensidad está directamente relacionada con el vínculo afectivo establecido⁽⁸⁻⁹⁾. Sin embargo, cuando lo viven los profesionales de la salud, este duelo a menudo no encuentra reconocimiento social o institucional, caracterizándose como un duelo no reconocido⁽⁸⁾.

Los estudios evidencian que la exposición continua a la muerte puede producir sufrimiento psíquico, desgaste emocional y un sentimiento de impotencia entre los trabajadores de la salud⁽¹⁰⁻¹²⁾. Muchos profesionales adoptan estrategias defensivas, como el distanciamiento emocional, debido a la ausencia de espacios institucionales que favorezcan la expresión y la elaboración del duelo^(8,10,13). Este silenciamiento tiende a intensificar el malestar psíquico y a comprometer la calidad de la atención prestada.

A pesar de ello, el vínculo establecido entre el profesional y el paciente sigue siendo un elemento central de la práctica asistencial. Basado en relaciones de confianza, empatía y corresponsabilidad, este vínculo trasciende la dimensión técnica y adquiere un valor terapéutico⁽¹⁴⁻¹⁷⁾. La literatura señala que la relación profesional-paciente está influenciada por procesos de apego y que la ruptura de este vínculo, ante la muerte, puede impactar profundamente al profesional⁽¹⁶⁾.

La formación académica tradicional, aún centrada en modelos mecanicistas y curativos, con frecuencia no prepara adecuadamente a los profesionales para lidiar con la finitud de la vida, lo que contribuye a la percepción de la muerte como un fracaso terapéutico^(8,10,18). Ante esto, los autores destacan la importancia de la humanización de la atención y de la implementación de estrategias institucionales de apoyo psicológico, supervisión y educación continua, que favorezcan el

enfrentamiento ético y emocional de la muerte y el duelo en el contexto hospitalario^(6,10,15).

En este sentido, comprender las experiencias de los profesionales de la salud ante la pérdida de pacientes en la UCI resulta fundamental para analizar cómo se constituyen los vínculos afectivos, cómo se vive y se reconoce el duelo, o se silencia, en el entorno institucional, así como los impactos emocionales de esta experiencia sobre quienes brindan cuidados.

El estudio tuvo como objetivo analizar las experiencias de los profesionales de la salud ante la pérdida de un paciente en el contexto de la UCI.

MÉTODO

Diseño, período y escenario

Se trata de un estudio de enfoque cualitativo, desarrollado en el marco del Programa de Posgrado Lato Sensu, en la modalidad de Residencia Multiprofesional en Atención de Terapia Intensiva, realizado de junio a julio de 2025 en la Unidad Ejecutora Hospital Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha.

Se adoptó el enfoque cualitativo por permitir la comprensión de los significados, valores, creencias y sentidos atribuidos por los participantes a las experiencias vividas, reconociendo la centralidad de la subjetividad en la comprensión de los fenómenos sociales e institucionales. Este tipo de investigación exige rigor analítico, coherencia metodológica y compromiso ético a lo largo de todo el proceso investigativo⁽¹⁹⁾.

Población y criterios de inclusión y exclusión

El estudio contó con la participación de cinco personas en entrevistas semiestructuradas, guiadas por preguntas orientativas. Esta técnica permite flexibilidad en la interacción y favorece la expresión profunda de los participantes, manteniendo la alineación con los objetivos del estudio.

Los criterios de inclusión abarcaron a profesionales de nivel superior y técnico que atienden directamente a los pacientes, que pasan al menos un turno de 12 horas en el sector de la UCI y que llevan ejerciendo al menos dos años, con el fin de garantizar un período de experiencia y formación como intensivistas.

Por su parte, los criterios de exclusión incluyeron a los profesionales de nivel superior y técnico que no trabajan directamente con los pacientes o no pasan un período mínimo de 12 horas en el sector de la UCI de adultos, así como a los residentes del sector.

Procedimiento de recolección de datos

La recopilación de datos se llevó a cabo de manera presencial, en las instalaciones de la UCI para adultos de la institución donde se realizó el estudio, entre el 17 y el 24 de junio de 2025, en un ambiente privado y con aislamiento acústico, garantizando la privacidad y la confidencialidad de los participantes.

Las entrevistas fueron realizadas por la propia investigadora, responsable del estudio, lo que garantizó la estandarización del procedimiento de recolección y el cumplimiento de los principios éticos que rigen la investigación cualitativa.

La realización de las entrevistas se basó en una postura ética y no directiva, priorizando la escucha atenta de las narrativas de los participantes y favoreciendo la libre expresión de sus experiencias, respetando el ritmo, los silencios y las singularidades del discurso producido en el encuentro entre la investigadora y el entrevistado.

Las entrevistas se realizaron de forma individual, se grabaron, previo consentimiento de los participantes, y siguieron un guion de entrevista semiestructurada, elaborado previamente y coherente con los objetivos de la investigación. Este formato permitió abordar los temas centrales propuestos, sin restringir la aparición de nuevos contenidos o la profundización en aspectos considerados relevantes a lo largo de la interacción.

La elección de la entrevista semiestructurada se basa en perspectivas que valoran la interpretación de los significados producidos en el discurso, la dimensión interactiva del lenguaje y la complejidad inherente a las investigaciones cualitativas⁽¹⁹⁻²⁰⁾. La participación de los profesionales fue voluntaria, previa aceptación de la invitación.

Análisis de los datos

El material empírico se analizó según el enfoque cualitativo propuesto por Minayo⁽¹⁹⁾, privilegiando la interpretación de los significados atribuidos a las experiencias relatadas, entendidos en el entrelazamiento entre subjetividad, contexto sociocultural y trayectoria histórica.

El análisis dialogó además con los supuestos del Análisis del Discurso, según Orlandi⁽²⁰⁾, utilizado como marco teórico-analítico para la comprensión del lenguaje como práctica social e histórica, en la que los significados se producen en las condiciones de enunciación.

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos nacionales e internacionales, como PubMed/Medline y la Biblioteca Virtual en Salud, así como en documentos institucionales y libros de la literatura nacional, con el objetivo de respaldar la fundamentación teórica y el análisis de los datos.

Aspectos éticos y de integridad

El proyecto de investigación fue sometido a la evaluación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha (Hospital Municipal de Campo Limpo) mediante el Certificado de Presentación de Apreciación Ética (CPAE) 88395725.3.0000.5452, con el número de dictamen 7.631.752.

En cuanto a la recopilación de datos, en primer lugar se presentaron los objetivos y las consideraciones éticas de la investigación. La participación en el estudio fue voluntaria y se formalizó mediante la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), conforme lo establece la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012, del Consejo Nacional de Salud (CNS).

Todo el material empírico, los archivos de audio y las transcripciones de las entrevistas, se transcribieron posteriormente en formato digital y se almacenaron en un soporte encriptado, con el fin de garantizar la privacidad y la confidencialidad de la información.

Con el fin de mantener la confidencialidad en cuanto a la identificación de los participantes, estos fueron identificados mediante nombres utilizados en la mitología africana, como, por ejemplo, yoruba.

RESULTADOS

El análisis de los discursos permitió identificar diez núcleos de sentido que expresan las experiencias de los profesionales de la salud frente a la muerte y el duelo en el contexto de la UCI.

Aunque el duelo no fue un tema directo de las preguntas orientativas, emerge de manera transversal, revelándose tanto en el contenido expresado como en los silencios y los desplazamientos discursivos.

Núcleo 1 – La UCI como espacio de construcción del perfil profesional y de la carrera

La UCI se concibe como un entorno de formación técnica y consolidación profesional, en el que la muerte se presenta como un efecto de sentido constante, atravesando los discursos incluso cuando no se menciona explícitamente, configurando posicionamientos subjetivos frente a la terminalidad.

Núcleo 2 – La muerte como presencia implícita en el día a día de la práctica asistencial

La muerte aparece como elemento estructurante del trabajo, manifestándose en los silencios y entre líneas del discurso, revelando la forma en que los profesionales se posicionan ante los límites de la técnica y del cuidado.

Núcleo 3 – El duelo como experiencia emocional que trasciende la lógica técnica

Los discursos revelan el duelo como una experiencia compleja, marcada por la tristeza, la impotencia y la contención emocional, rompiendo con la expectativa social de neutralidad afectiva del profesional de la salud.

Núcleo 4 – La espiritualidad como recurso simbólico para la elaboración del sufrimiento

La fe surge como una estrategia subjetiva para lidiar con la pérdida, especialmente en situaciones que involucran a pacientes jóvenes o muertes violentas, funcionando como un apoyo para atribuirle sentido a la finitud.

Núcleo 5 – La pérdida como movilizadora de vínculos afectivos y elaboración psíquica

La muerte de pacientes con quienes se establece un vínculo convoca a los profesionales a la elaboración emocional de la pérdida, poniendo de manifiesto el dolor, la frustración y las reflexiones sobre la propia finitud.

Núcleo 6 – La identificación subjetiva con el paciente y la intensificación del sufrimiento

Los relatos indican que la identificación con la historia del paciente amplía el impacto emocional de la pérdida, revelando implicación afectiva, sorpresa e impotencia ante desenlaces inesperados.

Núcleo 7 – El desafío de afrontar las repercusiones emocionales de la muerte

La comunicación del fallecimiento, el sufrimiento llevado fuera del entorno laboral y la exigencia de control emocional evidencian la dificultad de lidiar con el duelo en el día a día institucional.

Núcleo 8 – La ausencia de espacios institucionales para la elaboración colectiva del duelo

Los discursos apuntan a la invisibilidad del sufrimiento profesional, marcado por el silencio institucional y la expectativa de resiliencia permanente ante las pérdidas sucesivas.

Núcleo 9 – El duelo como proceso silencioso, singular y simbólico

El duelo se manifiesta de forma íntima y poco verbalizada, evidenciado por pausas, vacilaciones y sustituciones lingüísticas, lo que refleja el peso simbólico de nombrar la pérdida.

Núcleo 10 – El vínculo como elemento estructurante del cuidado y legitimador del duelo

La construcción del vínculo profesional-paciente surge como un aspecto central de la calidad del cuidado, legitimando el duelo como parte constitutiva de la práctica asistencial y reafirmando que cuidar implica ser afectado.

DISCUSIÓN

El análisis de las entrevistas, basado en el análisis del discurso, permitió comprender cómo los profesionales de la salud construyen significados sobre la muerte, el duelo y el cuidado en el contexto de la UCI. Se parte del supuesto de que el discurso no se limita al contenido explícito de las intervenciones, sino que se produce en las condiciones históricas, sociales e institucionales en las que se insertan los sujetos, estando atravesado por silenciamientos, contradicciones y regularidades discursivas⁽²⁰⁾.

Se observó que la UCI se significa discursivamente como un espacio de alta complejidad técnica, marcado por la responsabilidad, la vigilancia constante y la presión por los resultados. Los profesionales asocian el sector con la idea de desafío y competencia, enfatizando el dominio técnico y el uso intensivo de la tecnología en la atención⁽⁴⁾. Sin embargo, incluso cuando el discurso se organiza en torno a protocolos y procedimientos, la muerte emerge de manera transversal, revelando la tensión permanente entre la inversión terapéutica y la posibilidad de la pérdida^(3,6).

En los relatos analizados, la muerte se interpreta con frecuencia como un fracaso terapéutico, sobre todo cuando ocurre a pesar de los recursos tecnológicos disponibles. Este sentido refleja una formación profesional aún orientada por la lógica curativista, que privilegia la preservación de la vida y dificulta la elaboración simbólica de la finitud^(8,18). Como efecto discursivo, se observa el silenciamiento de las emociones y la adopción de estrategias de distanciamiento afectivo como formas de defensa frente al sufrimiento⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A pesar de este contexto, el vínculo entre el profesional y el paciente surge como un elemento estructurante de la atención. Incluso en un entorno altamente técnico, los discursos revelan la construcción de lazos afectivos sustentados por la convivencia cotidiana, la escucha y la atención continua a las necesidades del otro⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. A la luz de la teoría del apego, dichos vínculos pueden entenderse como resultado de interacciones sensibles y receptivas, que generan confianza y seguridad emocional⁽¹⁴⁾. La ruptura de estos lazos, ante la muerte del paciente, intensifica el impacto emocional de la pérdida para el profesional.

El duelo aparece, sin embargo, de manera indirecta y a menudo sin nombrarse. Aunque se mencionan sentimientos como la tristeza, la impotencia y el vacío, estas experiencias rara vez se reconocen institucionalmente como duelo legítimo⁽⁸⁾. Esta configuración caracteriza el duelo no reconocido, en el que el sufrimiento psíquico se vive de manera solitaria, sin espacios formales de acogida y elaboración⁽⁷⁻⁸⁾.

Este silenciamiento institucional contribuye al desgaste emocional y al deterioro psíquico de los profesionales de la salud. La literatura señala que la ausencia de dispositivos de apoyo favorece la cronificación del sufrimiento y refuerza estrategias defensivas que pueden comprometer tanto la salud del trabajador como la calidad de la atención⁽¹⁰⁻¹²⁾. El análisis evidenció que, incluso cuando el impacto emocional es reconocido por los propios sujetos, tiende a minimizarse debido a la exigencia de mantener el funcionamiento del servicio.

Otro núcleo de significado identificado se refiere a la insuficiente preparación para lidiar con la muerte en el proceso de formación profesional. Los discursos indican que la educación en salud privilegia los contenidos técnicos, relegando a un segundo plano las discusiones sobre la terminalidad, el duelo y el sufrimiento humano^(8,10). Esta laguna formativa contribuye a la percepción de la muerte como un evento perturbador y a la naturalización del dolor como parte inherente del trabajo, lo que dificulta su elaboración simbólica⁽⁸⁾.

Por último, los hallazgos apuntan a la necesidad de una política de humanización que incluya también a los profesionales de la salud. La literatura destaca que la creación de espacios de escucha, supervisión y apoyo psicológico en el entorno hospitalario puede favorecer el proceso de duelo y fortalecer prácticas más éticas y sensibles ante la finitud^(6,10,15). Reconocer el sufrimiento del equipo no debilita la atención, sino que la mejora, al permitir relaciones más empáticas y responsables hasta el final de la vida.

De este modo, el análisis pone de manifiesto que los significados atribuidos a la muerte y al duelo en la UCI se producen en un campo de tensiones entre técnica, ética y subjetividad. Comprender estas construcciones discursivas permite visibilizar el sufrimiento silenciado de los profesionales y refuerza la importancia de políticas institucionales que reconozcan el duelo como una dimensión constitutiva del trabajo en salud.

Limitaciones del estudio

Cabe destacar el reducido número de participantes (n=5) y la realización del estudio en un único contexto institucional, lo que limita la generalización de los hallazgos.

Aportaciones del estudio

El estudio contribuye a evidenciar la necesidad de incorporar el debate sobre el duelo de los profesionales de la salud en las prácticas institucionales, ampliando la atención sanitaria para incluir la dimensión subjetiva del trabajador.

CONCLUSIÓN

El presente estudio puso de manifiesto la complejidad del duelo que experimentan los profesionales de la salud que trabajan en la UCI, un contexto marcado por la presencia constante de la muerte y por intensas exigencias emocionales. La comprensión de las experiencias resultó fundamental para visibilizar el sufrimiento de estos profesionales, valorar los vínculos establecidos con pacientes y familiares y reconocer estrategias de afrontamiento que articulan técnica y subjetividad, contribuyendo a prácticas de cuidado más humanizadas.

Los hallazgos indican que, aunque la muerte es inherente al trabajo en la UCI, el duelo profesional permanece a menudo invisibilizado y poco legitimado en los contextos institucionales. Las experiencias relatadas revelan manifestaciones intensas, pero silenciosas, marcadas por mecanismos de contención emocional, racionalización y negación. Aun así, el vínculo con los pacientes y sus familiares surge como un elemento central de apoyo emocional, permitiendo que la pérdida se sienta y, en algunos casos, se le dé un nuevo significado.

Se observó que los profesionales recurren a recursos como la comunicación empática, la escucha sensible, la espiritualidad, el autocuidado y el apoyo terapéutico como formas de afrontar el sufrimiento. Sin embargo, estas estrategias se dan predominantemente de manera individual, lo que pone de manifiesto la ausencia de dispositivos institucionales estructurados para acoger el duelo de quienes cuidan.

El análisis también reveló que la cultura institucional de la UCI impone barreras simbólicas a la expresión del sufrimiento, sosteniendo la expectativa de la neutralidad emocional como ideal profesional. Sin embargo, los discursos demuestran que reconocer, sentir y elaborar la pérdida no debilita la atención, sino que la humaniza, permitiendo una mayor sostenibilidad emocional y ética en el ejercicio profesional.

En resumen, el estudio contribuye a afirmar que el duelo profesional no se limita a la experiencia de la pérdida, sino que se articula con la identidad profesional, los vínculos afectivos y la subjetividad del cuidador. Se pone así de manifiesto la necesidad de que las instituciones de salud reconozcan y legitimen el sufrimiento emocional de los equipos, ofreciendo espacios de escucha, acogida y apoyo psicológico. Comprender el duelo como experiencia ética, afectiva y relacional permite resignificar la práctica asistencial, reafirmando el cuidado de la vida y la finitud como dimensiones indisolubles del trabajo en salud.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Transparencia en la contribución de los autores según la taxonomía [CRediT](#).

Conceptualización	Daniela Neves da Silva
Curación de datos	Daniela Neves da Silva
Análisis formal	Daniela Neves da Silva; Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu
Captación de fondos	No Aplicable
Investigación	Daniela Neves da Silva
Metodología	Daniela Neves da Silva; Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu; Lívia Kondrat Pinto Kanashiro
Administración del proyecto	Daniela Neves da Silva; Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu; Lívia Kondrat Pinto Kanashiro
Recursos	Daniela Neves da Silva; Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu; Lívia Kondrat Pinto Kanashiro
Software	No Aplicable
Supervisión	Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu; Lívia Kondrat Pinto Kanashiro
Validación	Daniela Neves da Silva; Claudia Regina Graziano de Moraes e Abreu; Lívia Kondrat Pinto Kanashiro
Visualización	Daniela Neves da Silva
Redacción - borrador original	Daniela Neves da Silva
Redacción - revisión y edición	Daniela Neves da Silva

DECLARACIONES

Conflictos de intereses	No Aplicable
Financiamiento	No Aplicable
Aprobación ética	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CPAE) 88395725.3.0000.5452
Agradecimientos	No Aplicable
Preprint	No Aplicable
Inteligencia Artificial	No Aplicable

TRADUCCIÓN

La traducción de este artículo ha sido realizada con la ayuda de la inteligencia artificial [DeepL Translator](#) a partir de la versión original escrita en portugués (Brasil). La versión traducida fue sometida a la supervisión del equipo editorial, que consistió en una revisión editorial de alcance limitado. Las traducciones asistidas por inteligencia artificial pueden presentar variaciones en el idioma nativo.

REFERENCIAS

- Organização Mundial da Saúde. Constituição da OMS. Bol Saude. 2023;17(2):5. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/06/1437555/issue1d94108e907bb8311d8802b48fd54b4a.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Reis CGC, Moré CLOO, Menezes M, Krenkel S, Nardi AL. Cuidados paliativos no contexto do hospital geral: desafios do cuidado integral. Subjetividades. 2022;22(1):e12495. doi:10.5020/23590777.rs.v22i1.e12495. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2359-07692022000100014&script=sci_arttext. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Molina FET, et al. Cuidados paliativos em terapia intensiva: revisão integrativa de decisões terapêuticas. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/DKxhR6JzXtqgp8pD3nYlpVp/>. Acesso em: 19 nov. 2025.

- Simonetti A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. 8. ed. Belo Horizonte: Artesã; 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/guias-e-manuais/2023/manual-de-cuidados-paliativos-2a-edicao>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Salbego C, Martininghi PO, Torezan G, Cogo SB, Santos AO, Ramos TK. Bioética e cuidados de enfermagem no processo de morrer e morte do paciente crítico. Rev Enferm UFSM. 2024;14:e39. doi:10.5902/2179769284381. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/pt/biblio-1603506>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Almendra FS. Psicologia em unidade de terapia intensiva: intervenções. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018.
- Dias JR. Profissionais de saúde e a experiência de um luto não reconhecido. Rev Cathedral. 2023;5(3):191-6. Disponível em: <http://cathedral.ojs.galoa.com.br/index.php/cathedral/article/view/668>. Acesso em: 20 dez. 2024.
- Franco MH, Silva J, Pereira A, et al. Reflexões sobre o luto: práticas interventivas e especificidades do trabalho com pessoas enlutadas. Curitiba: Appris; 2021.
- Monteiro DT, Mendes JMR, Beck CLC. Medidas de conforto ou distanásia: o lidar com a morte e o morrer de pacientes. Rev SBPH. 2020;22(2). Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582019000300011&script=sci_arttext. Acesso em: 19 nov. 2024.
- Monteiro DT, Mendes JM, Beck CL. Percepções dos profissionais da saúde sobre a morte de pacientes. Subjetividades. 2020;20(1). doi:10.5020/23590777.rs.v20i1.e9164. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i1.e9164>. Acesso em: 28 dez. 2024.
- Monteiro DT, Mendes JM, Beck CL. Perspectivas dos profissionais da saúde sobre o cuidado a pacientes em processo de finitude. Psicol Cienc Prof. 2020;40:e191910. doi:10.1590/1982-3703003191910. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003191910>. Acesso em: 29 dez. 2024.
- Ityanagui AB, Silva CM, Oliveira PRS. Morte infantojuvenil: perspectivas dos profissionais de saúde. Rev SBPH. 2025;25(1). Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582025000100205. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: Martins Fontes; 1982.
- Oliveira GF, et al. Acesso e uso equitativo dos serviços de saúde: um desafio para a promoção da universalização em saúde. São Carlos: Pedro & João Editores; 2023. p.113-25. doi:10.51795/9786526505793. Disponível em: <https://www.doi.org/10.51795/9786526505793>. Acesso em: 28 dez. 2024.
- Pessoa IG, Guimarães SC, Guimarães EPA, Carleial GMA. Ampliando o método clínico centrado na pessoa: a relação médico-paciente e a teoria do apego. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3071. Disponível em: <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/3071>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Vieira LB, Nora CRD, Toso BR, Geremia DS, Mendonça AVM, Souza MFO. O vínculo na atenção primária à saúde: práticas dos enfermeiros da Região Sul do Brasil. Tempus Actas Saude Coletiva. 2022;16(4):21-32. doi:10.18569/tempus.v16i4.3042. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/04/1425936/3042-texto-do-artigo-11876-1-10-20230402.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Sobreiro IM, Brito PCC, Mendonça ARA. Terminalidade da vida: reflexão bioética sobre a formação médica. Rev Bioet. 2021;29(2):323-33. doi:10.1590/1983-80422021292470. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/VW4FtVKMQVw5xTNbd69qDyx/>. Acesso em: 19 nov. 2025.
- Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Cien Saude Colet. 2012;17:621-6. doi:10.1590/S1413-81232012000300007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMF>. Acesso em: 23 dez. 2025.
- Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 12. ed. Campinas: Pontes; 1999.