RESUMO EXPANDIDO - V. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM E OS SISTEMAS DE SAÚDE

EXPERIENCIA DE AFRONTAMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ANTE LA MUERTE DEL NIÑO CON CÁNCER HOSPITALIZADO.

Ana Leslie Villagomez Peña (ana.leslie.vp@gmail.com)

José Cruz Rivas Herrera (joserivash@gmail.com)

Dulce Fabiola (dulcefabiolab88@gmail.com)

Miroslava Iliana Carrasco González (micghim@gmail.com)

Carlos Eric Díaz Osorio (carlosenfro@gmail.com)

Ezequiel Martínez Martínez (emartinez@himfg.edu.mx)

Introdução

A equipe de enfermagem que trabalha em unidades de internação oncológica pediátrica é exposta de forma recorrente à morte de seus pacientes, gerando uma experiência que transcende a dimensão clínica e penetra nas esferas emocional, atitudinal e profissional (Vázquez, 2021). Dessa forma, o vínculo construído durante hospitalizações prolongadas faz com que o falecimento da criança constitua uma perda profundamente significativa para o profissional. A literatura científica relata que esse evento desencadeia sentimentos de tristeza,

impotência, ansiedade e culpa, assim como processos de luto frequentemente invisibilizados pela cultura organizacional das instituições de saúde (Henao Castaño, 2019; Wong et al., 2023).

A partir do Modelo de Adaptação de Callista Roy, a morte da criança pode ser compreendida como um estímulo focal de alta carga emocional que ativa o subsistema cognador da equipe de enfermagem, responsável por interpretar o evento, integrar significados e gerar estratégias de resposta (Roy, 2009). A maioria dos estudos disponíveis concentra-se em unidades de terapia intensiva com predomínio de abordagens quantitativas, o que deixa uma lacuna de conhecimento sobre a experiência em unidades de internação convencional sob perspectivas qualitativas que recuperem a voz dos profissionais (Vázquez, 2021).

Objetivo

Descrever o enfrentamento da equipe de enfermagem diante da morte da criança com câncer hospitalizada, por meio da narrativa das experiências de cuidado prestado pela equipe de enfermagem do Hospital Infantil do México Federico Gómez.

Método

Estudo qualitativo com delineamento fenomenológico hermenêutico heideggeriano, descritivo e observacional (Guillen, 2019). O cenário foi o serviço de oncologia de um hospital pediátrico de terceiro nível de atenção. A amostragem foi não probabilística por conveniência, com participação voluntária, iniciando com nove participantes (EA001–EA009) até alcançar a saturação dos dados. Os critérios de inclusão contemplaram: equipe fixa na internação, tempo de serviço superior a cinco anos em serviços assistenciais, experiência em mais de cinco óbitos de pacientes pediátricos como enfermeiro(a) responsável pelo cuidado direto e assinatura do termo de consentimento informado.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade de aproximadamente 60 minutos, gravadas em áudio e transcritas em um prazo

máximo de 24 horas. Foram elaboradas notas de campo para registrar alterações sensório-motoras observadas durante a entrevista. A confidencialidade foi garantida mediante a atribuição de códigos alfanuméricos e pseudônimos a cada participante. A análise foi realizada em quatro fases: organização e transcrição, codificação inicial, identificação de códigos vivos com triangulação por meio de notas de campo e formação de categorias e subcategorias. O rigor metodológico foi sustentado pelos critérios de credibilidade, auditabilidade e transferibilidade (Guillen, 2019).

Resultados preliminares

A análise das nove entrevistas permitiu identificar, até o momento, 5 categorias principais, das quais 2 são categorias emergentes.

Categoria 1. Pacientes que deixam marcas - impacto emocional

A equipe vivencia um luto genuíno, com manifestações físicas e emocionais. Os vínculos afetivos construídos durante hospitalizações prolongadas geram um impacto que persiste ao longo do tempo.

"Com M criei laços muito estreitos, pela convivência, porque no fim das contas às vezes você vê mais os pacientes do que a própria família." EA002

Categoria 2. Estratégias de enfrentamento

As estratégias são predominantemente individuais e informais. Identificam-se tanto respostas adaptativas quanto desadaptativas.

- Estratégias individuais informais (ruptura da rotina, desconexão do trabalho)
- Formação em tanatologia e cuidados paliativos como recurso formal.

"No dia em que você estiver mal, não vá para casa chorar; vá tomar um sorvete. Romper a rotina me ajudou mais do que você imagina." EA001

"O que eu faço para suportar é deixar o trabalho aqui. Eu procuro sempre não levar as coisas para casa... o que fica, fica, acabou, e eu já esqueço disso." EA003

Categoria 3. Transformação da prática

A exposição repetida à morte de pacientes pediátricos modifica a forma de cuidar, de se relacionar com o paciente e de compreender o papel profissional.

"[Depois das minhas perdas, tornei-me mais humano.] [Agora os abraços têm outro significado, porque você também precisou deles em algum momento.]" EA004

Categoria 4. Obstinação terapêutica

A equipe não sofre apenas pela perda do paciente: sofre quando sente que essa morte não foi digna, que a criança padeceu desnecessariamente. Isso gera um sofrimento moral que impacta a identidade profissional.

"Já estamos fazendo demais. Tenho que fazer isso porque legalmente sou obrigada a fazê-lo. Mas eu já não gostaria de fazê-lo porque sei que dói na criança, sei que ela só queria estar abraçada pelos pais." EA006

"As crianças que não passam por obstinação vão muito tranquilas, vão se despedindo pouco a pouco, e os pais também parecem mais relaxados, como se estivessem assimilando isso." EA006

Categoria 5. Parentalidade como projeção do cuidado

Os participantes que são pais ou mães relatam que a imagem de seus próprios filhos se sobrepõe involuntariamente à de seus pacientes. Essa projeção nem sempre é consciente nem controlada, mas condiciona tanto a resposta emocional quanto a intensidade do vínculo terapêutico.

"Com pacientes com idades iguais às dos meus filhos, não sei, acontece um clique e não consigo dizer não a pedidos que meus filhos me fariam." EA005

Conclusões preliminares

A equipe de enfermagem vivencia processos de luto genuínos e complexos diante da morte da criança hospitalizada, frequentemente invisibilizados dentro das instituições de saúde.

As estratégias de enfrentamento são predominantemente individuais e informais. Coexistem respostas adaptativas (tanatologia, apoio entre pares, humanização do cuidado) e desadaptativas (barreiras emocionais, apatia) que requerem intervenção.

A obstinação terapêutica emerge como um marco de sofrimento moral que transcende a dimensão emocional e impacta a identidade profissional da equipe de enfermagem.

De forma precoce, a experiência é ressignificada em direção à resiliência e à humanização do cuidado: a perda, quando elaborada adequadamente, impulsiona um cuidado mais consciente e digno.

A parentalidade atua como um transformador silencioso da experiência profissional, ampliando a empatia, mas também a vulnerabilidade emocional da equipe.

Referências

Guillen, F., & Elida, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones, 7(1). doi:10.20511/pyr2019.v7n1.267

Henao Castaño, A. M., & Quiñones Mora, M. A. (2019). Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. Enfermería Intensiva, 30(4), 163-169. doi:10.1016/j.enfi.2018.10.005

Roy, C., & Andrews, H. A. (2009). Roy Adaptation Model (3ª ed.). Alberta, Canadá: Pearson.

Vázquez Sánchez, D., Hernández Rodríguez, V. M., Castruita Sánchez, M., & Álvarez Aguirre, A. (2021). Experiencia de la enfermera ante la muerte del paciente pediátrico. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería, 8(1), 4-23. doi:10.35383/cietna.v8i1.566

Wong, J. Q., Charles, J. S., Mok, H., Tan, T. S., Amin, Z., & Ng, Y. (2023). Experiences of healthcare personnel with death in the neonatal intensive care

unit: a systematic review of qualitative studies. Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 103(6), 617-622. doi:10.1136/archdischild-2023-325566

Coping experience of nursing staff in the face of the death of hospitalized children with cancer.

Nursing staff working in pediatric oncology inpatient units are repeatedly exposed to the death of their patients, generating an experience that goes beyond the clinical dimension and enters the emotional, attitudinal, and professional spheres (Vázquez, 2021). In this way, the bond built during prolonged hospitalizations makes the child's death a deeply significant loss for the professional. The scientific literature reports that this event triggers feelings of sadness, helplessness, anxiety, and guilt, as well as grief processes that are frequently rendered invisible by the organizational culture of healthcare institutions (Henao Castaño, 2019; Wong et al., 2023).

From Callista Roy's Adaptation Model, the child's death can be understood as a focal stimulus with a high emotional burden that activates the cognator subsystem of the nursing staff, responsible for interpreting the event, integrating meanings, and generating response strategies (Roy, 2009). Most available studies focus on intensive care units with a predominance of quantitative approaches, leaving a gap in knowledge about the experience in conventional hospitalization units from qualitative perspectives that recover the voices of professionals (Vázquez, 2021).

Objective

To describe nursing staff coping with the death of hospitalized children with cancer through narratives of the care experiences provided by the nursing staff of Federico Gómez Children's Hospital of Mexico.

Method

Qualitative study with a Heideggerian hermeneutic phenomenological, descriptive, and observational design (Guillen, 2019). The setting was the oncology service of a tertiary-level pediatric hospital. Sampling was non-probabilistic by convenience with voluntary participation, beginning with nine participants (EA001–EA009) until data saturation was reached. Inclusion criteria included: permanent inpatient staff, more than five years of experience in care services, experience with more than five deaths of pediatric patients as the nurse responsible for direct care, and signed informed consent.

Data collection was carried out through in-depth interviews lasting approximately 60 minutes, audio recorded and transcribed within a maximum period of 24 hours. Field notes were prepared to record sensorimotor changes observed during the interview. Confidentiality was guaranteed by assigning alphanumeric codes and pseudonyms to each participant. Analysis was conducted in four phases: organization and transcription, initial coding, identification of in vivo codes with triangulation through field notes, and the formation of categories and subcategories. Methodological rigor was supported by the criteria of credibility, auditability, and transferability (Guillen, 2019).

Preliminary results

Analysis of the nine interviews has made it possible to identify, to date, 5 main categories, of which 2 are emerging categories.

Category 1. Patients who leave a mark - emotional impact

Staff experience genuine grief with physical and emotional manifestations. The emotional bonds built during prolonged hospitalizations generate an impact that persists over time.

"With M I formed very close bonds because of the time we spent together, because in the end sometimes you see patients more than you see your own family." EA002

Category 2. Coping strategies

Strategies are predominantly individual and informal. Both adaptive and maladaptive responses are identified.

- Informal individual strategies (breaking routine, disconnecting from work)
- Training in thanatology and palliative care as a formal resource.

"On the day things go badly for you, don’t go home to cry, go get some ice cream. Breaking the routine has helped me more than you can imagine." EA001

"What I do to cope is leave work here. I always try not to take things home... what stays here, stays here, it’s over, and then I forget about it." EA003

Category 3. Transformation of practice

Repeated exposure to the death of pediatric patients changes the way of caring, relating to the patient, and understanding the professional role.

"[After my losses I became more human.] [Now hugs have another meaning because at some point you also needed them.]" EA004

Category 4. Therapeutic obstinacy

Staff do not only suffer the patient’s loss: they suffer when they feel that death was not dignified, that the child suffered unnecessarily. This generates moral suffering that affects professional identity.

"We are already doing too much. I have to do it because legally I am required to do it. But I no longer want to do it because I know it hurts the child, I know the child would only want to be held by their parents." EA006

"Children who are not subjected to obstinacy pass away very peacefully, they say goodbye little by little, and the parents also seem more relaxed, as if they were beginning to accept it." EA006

Category 5. Parenthood as a projection of care

Participants who are fathers or mothers report that the image of their own children involuntarily overlaps with that of their patients. This projection is not

always conscious or controlled, but it shapes both the emotional response and the intensity of the therapeutic bond.

"With patients the same age as my children, I don’t know, something clicks and I can’t say no to requests that my own children would make of me." EA005

Preliminary conclusions

Nursing staff experience genuine and complex grief processes in the face of the death of hospitalized children, often rendered invisible within healthcare institutions.

Coping strategies are predominantly individual and informal. Adaptive responses (thanatology, peer support, humanization of care) and maladaptive responses (emotional barriers, apathy) coexist and require intervention.

Therapeutic obstinacy emerges as a milestone of moral suffering that transcends the emotional dimension and affects the professional identity of nursing staff.

At an early stage, the experience is re-signified toward resilience and the humanization of care: loss, when adequately worked through, drives more conscious and dignified care.

Parenthood acts as a silent transformer of professional experience, amplifying empathy but also the staff’s emotional vulnerability.

References

Guillen, F., & Elida, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones, 7(1). doi:10.20511/pyr2019.v7n1.267

Henao Castaño, A. M., & Quiñones Mora, M. A. (2019). Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. Enfermería Intensiva, 30(4), 163-169. doi:10.1016/j.enfi.2018.10.005

Roy, C., & Andrews, H. A. (2009). Roy Adaptation Model (3rd ed.). Alberta, Canada: Pearson.

Vázquez Sánchez, D., Hernández Rodríguez, V. M., Castruita Sánchez, M., & Álvarez Aguirre, A. (2021). Experience of nurses in the face of the death of pediatric patients. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería, 8(1), 4-23. doi:10.35383/cietna.v8i1.566

Wong, J. Q., Charles, J. S., Mok, H., Tan, T. S., Amin, Z., & Ng, Y. (2023). Experiences of healthcare personnel with death in the neonatal intensive care unit: a systematic review of qualitative studies. Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 103(6), 617-622. doi:10.1136/archdischild-2023-325566

Experiencia de afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte del

niño con cáncer hospitalizado.

Introducción

El personal de enfermería que labora en unidades de hospitalización pediátrica oncológica se expone de manera recurrente a la muerte de sus pacientes, generando una experiencia que trasciende la dimensión clínica y penetra en las esferas emocional, actitudinal y profesional (Vázquez, 2021). De esta forma, el vínculo construido durante hospitalizaciones prolongadas hace que el fallecimiento del niño constituya una pérdida profundamente significativa para el profesional. La literatura científica reporta que dicho evento desencadena sentimientos de tristeza, impotencia, ansiedad y culpa, así como procesos de duelo frecuentemente invisibilizados por la cultura organizacional de las instituciones sanitarias (Henao Castaño, 2019; Wong et al., 2023).

Desde el Modelo de Adaptación de Callista Roy, la muerte del niño puede comprenderse como un estímulo focal de alta carga emocional que activa el subsistema cognator del personal de enfermería, encargado de interpretar el evento, integrar significados y generar estrategias de respuesta (Roy, 2009). La mayoría de los estudios disponibles se concentran en unidades de cuidados

intensivos con predominio de enfoques cuantitativos, lo que deja un vacío de conocimiento sobre la experiencia en unidades de hospitalización convencional desde perspectivas cualitativas que recuperen la voz de los profesionales (Vázquez, 2021).

Objetivo

Describir el afrontamiento del personal de enfermería ante la muerte del niño con cáncer hospitalizado, a través de la narración de las experiencias de cuidado brindado por el personal de enfermería del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Método

Estudio cualitativo de diseño fenomenológico hermenéutico heideggeriano, descriptivo y observacional (Guillen, 2019). El escenario fue el servicio de oncología de un hospital pediátrico de tercer nivel de atención. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia con participación voluntaria, iniciando con nueve participantes (EA001–EA009) hasta alcanzar la saturación de datos. Los criterios de inclusión contemplaron: personal fijo en hospitalización, antigüedad mayor a cinco años en servicios asistenciales, experiencia en más de cinco fallecimientos de pacientes pediátricos como enfermero/a responsable del cuidado directo, y firma de consentimiento informado.

La recolección de datos se realizó mediante entrevistas a profundidad de aproximadamente 60 minutos, grabadas en audio y transcritas en un plazo máximo de 24 horas. Se elaboraron notas de campo para registrar cambios sensomotores observados durante la entrevista. La confidencialidad se garantizó asignando códigos alfanuméricos y pseudónimos a cada participante. El análisis se realizó en cuatro fases: organización y transcripción, codificación inicial, identificación de códigos vivos con triangulación a través de notas de campo, y conformación de categorías y subcategorías. El rigor metodológico se sustentó en los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (Guillen, 2019).

Resultados Preliminares

El análisis de las nueve entrevistas ha permitido identificar hasta el momento 5 categorías principales de las cuales son 2 categorías emergentes.

Categoría 1 Pacientes que dejan huella - impacto emocional

El personal experimenta duelo genuino con manifestaciones físicas y emocionales. Los vínculos afectivos construidos durante hospitalizaciones prolongadas generan un impacto que persiste en el tiempo.

"Con M hice lazos muy estrechos, pues por la convivencia, porque al final de cuentas a veces ves más a los pacientes que ni a tus propios familiares." EA002

Categoría 2 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias son predominantemente individuales e informales. Se identifican tanto respuestas adaptativas como desadaptativas.

- Estrategias individuales informales (ruptura de rutina, desconexión del trabajo)
- Formación en tanatología y cuidados paliativos como recurso formal.

“El día que te vaya mal, no te vayas a tu casa a llorar, vete por un helado. Romper la rutina me ha ayudado más de lo que te imaginas." EA001

"Lo que hago para sobrellevar es dejar lo del trabajo aquí. Yo procuro siempre no llevarme las cosas a la casa… lo que se queda, se queda, se acabó y ya me olvido de eso." EA003

Categoría 3 Transformación de la práctica

La exposición repetida a la muerte de pacientes pediátricos modifica la forma de cuidar, de relacionarse con el paciente y de comprender el rol profesional.

"[Después de mis pérdidas fui más humano.] [Ahora los abrazos tienen otro significado porque tú también en algún momento lo requeriste.]" EA004

Categoría 4 Obstinamiento terapéutico

personal no solo sufre la pérdida del paciente: sufre cuando siente que esa muerte no fue digna, que el niño padeció innecesariamente. Esto genera un sufrimiento moral que impacta la identidad profesional.

"Ya le estamos haciendo de más. Lo tengo que hacer porque legalmente estoy obligada a hacerlo. Pero yo ya no quisiera hacerlo porque sé que al niño le duele, sé que solo quisiera estar abrazado por sus papás." EA006

"Los niños que no tienen obstinamiento se van muy tranquilos, se van despidiendo poco a poco, y los papás también se ven más relajados y como que lo van a asimilar." EA006

Categoría 5 Parentalidad como proyección del cuidado

Los participantes que son padres o madres reportan que la imagen de sus propios hijos se superpone de forma involuntaria con la de sus pacientes. Esta proyección no siempre es consciente ni controlada, pero condiciona tanto la respuesta emocional como la intensidad del vínculo terapéutico.

“Con pacientes con edades iguales a mis hijos no sé, hay un clic y no puedo decir que no a solicitudes que mis hijos me harían."EA005

Conclusiones preliminares

El personal de enfermería experimenta procesos de duelo genuinos y complejos ante la muerte del niño hospitalizado, frecuentemente invisibilizados dentro de las instituciones de salud.

Las estrategias de afrontamiento son predominantemente individuales e informales. Coexisten respuestas adaptativas (tanatología, apoyo entre pares, humanización del cuidado) y desadaptativas (barreras emocionales, apatía) que requieren intervención.

El obstinamiento terapéutico emerge como un hito de sufrimiento moral que trasciende la dimensión emocional e impacta la identidad profesional del personal de enfermería.

De manera temprana, la experiencia se resignifica hacia la resiliencia y la humanización del cuidado: la pérdida, elaborada adecuadamente, impulsa un cuidado más consciente y digno.

La parentalidad opera como un transformador silencioso de la experiencia profesional, amplificando la empatía, pero también la vulnerabilidad emocional del personal.

Referencias

Guillen, F., & Elida, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones, 7(1). doi:10.20511/pyr2019.v7n1.267

Henao Castaño, A. M., & Quiñones Mora, M. A. (2019). Afrontamiento de las enfermeras ante la muerte del paciente en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico. Enfermería Intensiva, 30(4), 163-169. doi:10.1016/j.enfi.2018.10.005

Roy, C., & Andrews , H. A. (2009). Roy Adaptation Model (3a ed.). Alberta, Canada: Pearson.

Vázquez Sánchez, D., Hernández Rodríguez, V. M., Castruita Sánchez, M., & Álvarez Aguirre, A. (2021). Experiencia de la enfermera ante la muerte del paciente pediátrico. ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería, 8(1), 4-23. doi:10.35383/cietna.v8i1.566

Wong, J. Q., Charles, J. S., Mok, H., Tan, T. S., Amin, Z., & Ng, Y. (2023). Experiences of healthcare personnel with death in the neonatal intensive care unit: a systematic review of qualitative studies. Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition, 103(6), 617-622. doi:10.1136/archdischild-2023-325566

Palavras-chave: afrontamiento- enfermería- muerte- experiencia; duelo.