

## Cuidar de familias de ancianos en final de vida en la Estrategia Salud de la Familia

Lucía Silva<sup>1</sup>

Kátia Poles<sup>2</sup>

Michelle Freire Baliza<sup>3</sup>

Mariana Cristina Lobato dos Santos Ribeiro Silva<sup>4</sup>

Maiara Rodrigues dos Santos<sup>5</sup>

Regina Szyllit Bousso<sup>6</sup>

Objetivo: comprender, por medio del equipo de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), el proceso de cuidar de familias con ancianos que se encuentran en situación de final de vida, tratamos de identificar los significados que el equipo atribuye a la experiencia y con ellos construir un modelo teórico. Método: se utilizó el interaccionismo simbólico y la teoría fundamentada en los datos. Fueron entrevistados 14 profesionales de la ESF de un municipio del interior del estado de São Paulo. Resultados: el análisis comparativo identificó la categoría central "superando los desafíos para acoger a la familia y al anciano durante el proceso de morir", compuesta por los subprocesos: Identificando la problemática de la situación, Planificando una nueva estrategia para el cuidar, Manejando el cuidado y Evaluando la trayectoria de cuidado. Conclusión: el equipo enfrenta dificultades para alcanzar un mejor desempeño, acogiendo las necesidades biológicas y emocionales de las familias y buscando ofrecer dignidad a los ancianos en situación de final de vida, ampliando el acceso a la salud.

Descriptorios: Familia; Anciano; Muerte; Family Health Program; Acogimiento; Relaciones Profesional-Familia.

<sup>1</sup> PhD, Profesor, Faculdade Marechal Rondon, Universidade Nove de Julho, São Manuel, SP, Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Profesor, Centro Universitário de Lavras, Lavras, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Estudiante de maestría, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> MSc, Enfermera, Fundação Faculdade de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>5</sup> Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>6</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

---

Correspondencia:

Lucía Silva  
Universidade Nove de Julho  
Faculdade Marechal Rondon  
Vicinal Dr. Nilo Lisboa Chavasco, 5000  
CEP: 18650-000, São Manuel, SP, Brasil  
E-mail: luciasilva@usp.br

## Introducción

Se considera anciano al individuo con 60 años o más, siendo que aquellos que residen en países en desarrollo, son considerados ancianos a partir de los 60 años y los que residen en países desarrollados, con 65 años y más<sup>(1)</sup>.

Esta población es bastante susceptible a la ocurrencia de condiciones crónicas de salud y a varias enfermedades concomitantes asociadas, muchas de ellas en estado avanzado de evolución, predisponiendo a que ancianos y familiares permanezcan por un período en una situación de final de vida, en un proceso de fragilidad creciente, sin posibilidad de recuperar el estado de salud<sup>(2)</sup>.

El cuidado a los individuos en situación de final de vida está siendo considerado dentro del campo de los cuidados paliativos, como abordaje capaz de mejorar la calidad de vida de los enfermos y de sus familias, delante de una enfermedad terminal, por medio de la prevención y del alivio del sufrimiento, de la identificación precoz, de la evaluación rigurosa y del tratamiento del dolor y de otros síntomas, sean ellos de orden físico, psicosocial y espiritual<sup>(3)</sup>.

A pesar de existir varias opiniones al respecto de la proximidad del plazo del pronóstico fatal, los principios de los cuidados paliativos deben ser aplicados lo más precozmente posible, no solamente delante de enfermedades fatales, pero también en el transcurso de condiciones crónicas<sup>(3)</sup>, desde el diagnóstico hasta el proceso de luto<sup>(4)</sup>.

Específicamente en lo que se refiere a los cuidados paliativos ofrecidos a los ancianos, se recomienda planificar los servicios de salud más apropiados y efectivos para atender a las necesidades de este segmento de la población. En ese sentido, es importante enfatizar el abordaje integrado entre equipos de cuidados paliativos, equipos que prestan atenciones especializados al anciano y equipos que actúan en la atención primaria a la salud<sup>(1)</sup>.

Conviene destacar, también que delante de la preferencia de familias y enfermos para que los cuidados paliativos sean dispensados en el domicilio y debido a la tendencia de la familia de volver a responsabilizarse por los enfermos que están muriendo, este cuidado también se ha tornado competencia necesaria para los servicios de atención primaria a la salud<sup>(5)</sup>.

Uno de los grandes potenciales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), implementada como una propuesta de reorganización del Sistema Único de Salud (SUS) en el ámbito de la atención primaria a la salud, reside en su capacidad de ofrecer soporte y fortalecer las familias que están bajo su responsabilidad, en situaciones en que ellas pueden encontrarse frágiles<sup>(6)</sup>, como delante de una condición de salud que amenaza la vida de uno de sus entes.

Sin embargo, la práctica y la literatura<sup>(2,4,6)</sup> apuntan que muchos profesionales todavía sienten que no están preparados para desempeñar ese tipo de cuidado a la familia.

En relación al cuidado durante el proceso de morir en el domicilio, se constata que esta es una experiencia desgastante para los profesionales, principalmente por su falta de habilidad para lidiar con familias y por la falta de disponibilidad de recursos tecnológicos<sup>(7)</sup>.

Además de eso, los cuidados al final de vida, en el contexto comunitario, predisponen a que los profesionales ejerzan su trabajo en un ambiente desafiador, en el cual muchas veces se encuentran con la obligación de tomar decisiones éticas y con la muerte y el morir<sup>(8)</sup>.

Ya un estudio sobre las barreras que los médicos y los enfermeros enfrentan para administrar el cuidado de final de vida para ancianos, en Holanda, en servicios de atención domiciliar, evidenció que estos profesionales encuentran muchas dificultades para acceder a las necesidades de los enfermos y de los familiares<sup>(4)</sup>.

Delante de la falta de preparación de los profesionales para ejercer este cuidado en la atención primaria a la salud, pensamos que es importante conocer su experiencia en relación al desafío de cuidar de familias que experimentan la fase de final de vida de un ser anciano, en la comunidad, ya que en ese proceso también está implícito el cuidado en un contexto de múltiples pérdidas. Se piensa que, para los profesionales, la muerte del anciano también puede ser considerada una pérdida, sobre todo cuando ellos mantenían estrecho vínculo de proximidad emocional.

Además de eso, pocas son las investigaciones que se preocupan en estudiar la interacción entre los profesionales y las familias de personas que están muriendo en el domicilio<sup>(9)</sup>.

Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivos comprender el proceso de cuidar de familias de ancianos en situación de final de vida por el equipo de la ESF, identificar los significados que el equipo de la ESF atribuye a la experiencia de cuidar de esas familias y construir un modelo teórico representativo de la experiencia.

## Método

La investigación cualitativa tiene por objetivo obtener respuestas para estudios sobre experiencias, comportamientos, pensamientos, emociones y funcionamiento de servicios de salud<sup>(10)</sup>.

El Interaccionismo Simbólico, adoptado como marco teórico, enfoca la naturaleza de las interacciones, la dinámica de las actividades sociales entre las personas, los significados que ellas atribuyen a los eventos, los

ambientes naturales en que viven y las acciones que desempeñan<sup>(11)</sup>.

Ya la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD) fue definida como método para guiar la recolección, la organización y el análisis de los datos y designa un conjunto de categorías bien desarrolladas y sistemáticamente interrelacionadas para formar una estructura teórica que explique fenómenos como los relacionados a las experiencias de salud-enfermedad relevantes<sup>(10)</sup>.

El estudio fue realizado en seis de las nueve unidades de salud de la ESF de la ciudad de Botucatu, localizada en la región centro oeste del estado de Sao Paulo.

En el municipio del estudio, cada equipo de la ESF es responsable por la atención de hasta 4.000 personas que hagan parte del área de influencia de la unidad y está compuesta por un médico, un enfermero, cuatro a seis auxiliares de enfermería, cuatro a ocho agentes comunitarios de salud, un dentista, un auxiliar de consultorio dental, un auxiliar administrativo y un auxiliar de servicios generales. Todas las unidades tiene apoyo matricial del Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), compuesto por psicólogos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, educadores físicos, fisioterapeutas, farmacéuticos, acupunturistas, un médico gerontólogo, un médico ginecólogo y obstetra, un médico psiquiatra, un médico pediatra y un médico homeópata para las atenciones en la propia unidad de salud o en los domicilios de las familias, periódicamente y siempre que sea necesario.

Hicieron parte del estudio los profesionales de los equipos de la ESF que actuaban directamente junto a familias de ancianos en situación de final de vida (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y agentes comunitarios de salud), que desearan participar y que actuaban en ese escenario hace por lo menos seis meses, para que tuviesen acumulado cierto tempo de experiencia relacionada al proceso de trabajo en la ESF y mayor posibilidad de haber experimentado situaciones de cuidado a la familia y al anciano durante el proceso de morir. Estos fueron convidados personalmente o por medio de contacto telefónico hecho por la investigadora, ocasión en que eran explicados los objetivos y los procedimientos de la investigación.

Fueron abordados catorce profesionales y todos ellos concordaron en participar. De estos, doce eran mujeres y dos hombres, entre 23 y 50 años de edad, siendo dos médicos, cinco enfermeras, tres auxiliares de enfermería y cuatro agentes comunitarios de salud (ACS). En las seis unidades de salud donde fue realizado el estudio, trabajaban un total 84 de estos profesionales. Sin embargo, el número de participantes fue configurándose

en razón del análisis de sus declaraciones, por medio de muestreo teórico, hasta que sucediese la saturación de los datos, cuando ningún otro dato nuevo fue revelado y en la medida en que los conceptos identificados eran mejor comprendidos<sup>(10)</sup>.

Los datos fueron recolectados de enero a octubre de 2009, por medio de foto elicitación y conducción de entrevistas abiertas, realizadas en las propias unidades de salud.

La foto elicitación usa fotografías para evocar comentarios, memorias y provocar discusiones, es utilizada como una de las técnicas de extender los métodos convencionales de entrevistas<sup>(12)</sup>. Así, las fotografías no consistieron en objeto de análisis, pero la realización de las imágenes fue una condición colocada a los profesionales para participar del estudio. Fueron ofrecidas máquinas fotográficas para que cada participante realizase diez imágenes que representasen el cuidado a la familia y al anciano en situación de final de vida, que consistieron en el enfoque de las entrevistas grabadas, que tuvieron duración de 30 a 80 minutos.

Las preguntas disparadoras de las narrativas fueron: ¿Cuénteme el motivo por el cual usted escogió estas imágenes? ¿De qué forma ellas representan, el cuidado a la familia y al anciano en situación de final de vida? Cuénteme una situación en la cual usted tuvo la oportunidad de cuidar de una familia en esa situación. ¿Cómo fue para usted cuidar de esa familia?

Las entrevistas fueron transcritas totalmente y analizadas de acuerdo con el método comparativo constante entre categorías, en busca de conceptos similares o diferentes para revelar posibles propiedades y dimensiones, desarrollándose la conceptualización teórica<sup>(10)</sup>.

En la primera etapa del análisis, *codificación abierta*, el texto de cada entrevista fue "abierto", fragmentado en pequeños trechos y examinando línea por línea, permitiendo la identificación de los códigos. A seguir, los datos fueron comparados en busca de similitudes y diferencias y agrupados bajo conceptos más abstractos, las categorías. En la segunda etapa del análisis, *codificación axial*, las categorías fueron relacionadas a sus subcategorías, con la finalidad de generar explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos. La *codificación selectiva* constituyó la tercera etapa del análisis, en la cual se buscó integrar y perfeccionar la teoría<sup>(10)</sup>.

Como la meta del proyecto era la construcción de una teoría fundamentada en los datos, los resultados son presentados como un conjunto de conceptos interrelacionados por medio de la redacción de una trama<sup>(10)</sup> para la presentación del modelo teórico explicativo del proceso.

En esa trama, las categorías son presentadas con la inicial mayúscula. Cada categoría, a su vez, es compuesta por subcategorías, que son presentadas en cursiva.

Se resalta que la recolección de datos se inició mediante parecer favorable del Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo (proceso nº 725/2008) y mediante la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado por los participantes<sup>(13)</sup>.

## Resultados

Las categorías identificadas y las relaciones teóricas establecidas posibilitaron el desarrollo de un proceso analítico y explicativo de las acciones y de las interacciones que compusieron el proceso de cuidar de familias de ancianos en situación de final de vida, representado por la categoría central: superando los desafíos para acoger a la familia y al anciano durante el proceso de morir.

Este proceso es compuesto por cuatro subprocesos que representan el significado simbólico de la experiencia para el equipo de salud. Cada subproceso identificado fue nombrado para formar las categorías: Identificando la problemática de la situación, Planificando una nueva estrategia para el cuidar, Manejando el cuidado y Evaluando su trayectoria de cuidado.

La integración entre las categorías y su articulación con la categoría central permitió la construcción de un modelo teórico (Figura 1), que representa la experiencia del equipo durante el cuidado en esa situación específica.

El modelo teórico posibilita visualizar como los subprocesos interactúan de manera no lineal y si, en constante conexión en el desarrollo del proceso.



Figura 1 – Diagrama representativo del modelo teórico superando los desafíos para acoger la familia y el anciano durante el proceso de morir

## El Modelo Teórico

Superando los desafíos para acoger la familia y el anciano durante el proceso de morir, trata de las acciones emprendidas por el equipo a lo largo de la experiencia, cuyo propósito es administrar el cuidado a la familia y preservar la dignidad del anciano en situación de final de vida en la comunidad.

Considerando el contexto de extrema pobreza característico de las áreas periféricas donde actúan los equipos de la ESF en el municipio y la falta de recursos tecnológicos para el cuidado, la experiencia se inicia con el equipo Identificando la problemática de la situación, a partir del levantamiento de los aspectos que ella considera problemáticos para que consiga acoger a la familia y al anciano. El equipo analiza la situación y la define como problemática y, por consiguiente, estresante, ya que va *identificando una nueva condición para el cuidado*: ahora el anciano se encuentra en situación de final de vida y tal condición demanda cuidados especiales, diferentes de aquellos ofrecidos anteriormente. Además, el profesional reconoce que dependerá de la ayuda de la familia para asistir integralmente al anciano que se encuentra frágil y dependiente.

Así, *reconociendo su impacto emocional* al percibir que cuidará de la familia y de un anciano cada vez más frágil, el profesional se coloca en el lugar de ambos, se compadece del sufrimiento y se identifica con ellos. Se proyecta en el ciclo de vida y en el cuidar, en ese caso, también significa que el profesional enfrentara su propia vejez y finitud.

El impacto de esa problemática genera intenso estrés en el profesional porque él analiza la situación *reconociendo sus puntos débiles* en el cuidado del anciano (al final de la vida) y de su familia: se siente inseguro por no saber cómo actuar o delante de la posibilidad de no ser capaz de administrar el mejor cuidado a la familia.

Sin embargo, superando los desafíos para acoger a la familia y al anciano durante el proceso de morir, el profesional analiza la problemática de la situación *identificando las oportunidades* que emergen a partir del vínculo establecido entre él y la familia. Eso posibilita que profesional se sienta responsable por administrar ese cuidado.

Mismo así, delante de la oportunidad de honrar su compromiso con la familia, el equipo se da cuenta que no puede más cuidar como cuidaba anteriormente y se siente desafiado a trazar una nueva forma de trabajo, Planificando una nueva estrategia para el cuidar, en el sentido de superar los obstáculos para que consiga acoger a la familia y al anciano durante el proceso de morir.

Al superar los desafíos para acoger a la familia y al anciano durante el proceso de morir, que es marcado por la calidad de vida limitada para el anciano y para la familia que vivencia el proceso de la pérdida, el profesional inicia la planificación de la nueva manera de cuidar *definiendo a la familia como objeto de cuidado en salud*. Delante de la inminencia de la muerte, reconoce que ella se trata de un único sistema en el cual las partes están interconectadas y, por esa razón, se desgasta físicamente y emocionalmente al cuidar del ser anciano extremadamente dependiente. Trazando una nueva manera de cuidar, el equipo busca acoger las urgentes necesidades de la familia y del anciano delante de la eminencia de la muerte, *priorizando el cuidado del anciano - al final de la vida - y de su familia*. El profesional, temiendo la muerte del anciano, lucha contra el tempo y agiliza las atenciones de salud necesarias antes que la muerte suceda y hace llegar a la familia, lo más rápido posible, los recursos existentes y el cuidado para que ella propia no se enferme.

Al planificar una nueva estrategia para el cuidar, los profesionales van *anticipando posibles articulaciones con el equipo y con otros servicios*. Ellos imaginan como interactuar con los demás integrantes del equipo y con los otros servicios de salud para acoger las necesidades del anciano y de la familia y ampliar el acceso de ambos a las acciones en salud. Ellos también experimentan la experiencia *interactuando con el self*, reflexionando sobre el significado de la muerte, sobre la dignidad del ser humano en la vejez y sobre el proceso de morir. Eso lo ayuda a organizar sus pensamientos para definir la muerte y el morir y posteriormente lo ayuda a administrar el cuidado.

Consciente de la necesidad de un contar con un cuerpo de conocimiento propio que sustente su evaluación clínica y sus intervenciones con las familias, el profesional también desea obtener un desempeño adecuado para acoger al anciano y a su familia, *buscando adquirir habilidades y conocimiento*.

A partir de esa planificación, el equipo va Manejando el cuidado por medio de acciones, de emociones como miedo y tristeza y sensibilidad que facilitan o dificultan experimentar el proceso de morir junto a la familia y al anciano en el final de la vida y, también, vencer los desafíos que componen la experiencia. Durante el manejo del cuidado, el profesional se encuentra con desafíos para acoger a la familia y al anciano en el proceso de morir, *identificando los obstáculos para mantener el flujo de atención*, el equipo constata la falta de recursos humanos especializados y de alta tecnología para el manejo de síntomas del anciano. Con eso, surgen dificultades para ofrecer el cuidado que juzga adecuado y siente que limita

el acceso del anciano a las acciones en salud de mayor complejidad tecnológica.

Manejando el cuidado, el profesional puede constatar que el anciano está mal cuidado por la familia en el domicilio y, *reconociendo la influencia de las barreras familiares sobre el cuidado*, cree que esa falta de aptitud familiar para cuidar del anciano perjudica la interacción del equipo con la familia, fragiliza el vínculo establecido y torna más difícil el cuidado compartido.

Superando los desafíos para acoger a la familia y al anciano durante el proceso de morir, el profesional administra el cuidado con la intención de ir *cuidando para que haya una muerte digna*, a pesar de su falta de habilidad para comunicarse con la familia cuando debe ofrecer informaciones sobre el diagnóstico del anciano. Inclusive así, él busca superar esas dificultades y cuida amparando las decisiones familiares, preparando a la familia para la pérdida fortaleciendo los vínculos entre sus miembros y acogiéndola durante el luto, después de la muerte del anciano.

El término de la experiencia de manejar el cuidado de la familia y del anciano al final de la vida, de una nueva manera es representado por el equipo Evaluando su trayectoria de cuidado, dependiendo de como se siente al final del proceso. La consecuencia de las interacciones y de las acciones emprendidas por el equipo está impregnada por sentimientos de desgaste o de reconocimiento profesional.

En este escenario, *sintiéndose derrotado por la muerte y por el cuidado*, el aceptar la muerte de su paciente anciano, con quien tiene un estrecho vínculo emocional, constituye uno de los mayores desafíos del profesional. En este caso, la muerte tiene un significado de derrota, ya que cree que no obtuvo éxito en su lucha por la vida y por la recuperación de la salud del anciano.

Esa combinación entre el intenso involucramiento emocional y el cuidado profesional impide que el equipo establezca límites profesionales con la familia. Así, superando los desafíos para acoger a la familia y al anciano durante el proceso de morir también ocasiona estrés en el equipo, ya que él se dedica exageradamente a las actividades de cuidar, haciendo por la familia y por el anciano tareas que van más allá de la esfera profesional, y además, se siente obligada, continuamente, a ofrecer el cuidado que considera ideal.

De ese modo, evaluando su trayectoria de cuidado, el equipo identifica que también precisa ser acogido y tener la oportunidad de verbalizar sus miedos y angustias, con el propósito de sentirse fortalecido y acoger a la familia y al anciano durante el proceso de morir.

Por otro lado, cuando el profesional es capaz de lidiar con la pérdida del anciano, significando que es

una parte del ciclo vital, se va *sintiendo más reconocido profesionalmente*. En ese contexto, reconoce la pérdida de la familia así como, su propia pérdida y verifica la necesidad de dar continuidad al acogimiento de la familia en el luto.

Ese modo de cuidar requiere el perfeccionar el trabajo en equipo, lo que también se constituye en medio eficaz de lidiar con la pérdida del anciano y trabajar el luto por medio de compartir experiencias y sentimientos entre los profesionales.

Superando los desafíos para acoger a la familia y al anciano durante el proceso de morir, el profesional encuentra un nuevo sentido para el cuidado y se siente motivado para administrar cuidados de mejor calidad a la familia, honrando y cumpliendo su compromiso con ella.

De ese modo, el equipo enfrenta las dificultades que componen la experiencia con el objetivo de obtener su mejor desempeño profesional, acogiendo las necesidades biológicas y emocionales de las familias y buscando proporcionar dignidad a los ancianos en situación de final de vida, ampliando, así, su acceso a las acciones en salud de forma integral, favoreciendo mejor calidad de vida mismo durante el proceso de morir.

## Discusión

La necesidad de establecer vínculos con la clientela asistida por los equipos de salud de la familia hace parte de una de las directrices que sustentan la Estrategia en el país<sup>(14)</sup> y esa directriz también estuvo fuertemente presente en el estudio, como condición fundamental para concretizar el acogimiento a las necesidades de la familia y del anciano durante el proceso de morir y ofrecer, por lo tanto, un cuidado integral.

La creación de un contexto en el cual profesionales y familias puedan establecer una relación de confianza depende del concepto de familia para el equipo de salud<sup>(6)</sup>. Como ella define a la familia, sustenta e influye en las estrategias utilizadas para mantener el vínculo y procesar el cuidado.

El equipo reconoce que trabajar en el sentido de honrar los vínculos existentes con la familia se trata de una oportunidad de establecer una relación de confianza entre ellas, sobre todo para superar lo que considera uno de sus mayores desafíos: la falta de habilidad personal para reforzar la mala noticia sobre la condición de salud del anciano y de la proximidad de la muerte.

El acto de comunicar una mala noticia es un momento potencialmente difícil y emocionalmente desgastante, debido a que los profesionales tienen que lidiar con las posibles reacciones fuertes del enfermo y de la familia

delante de la noticia y, también, con sus propias emociones y recelos delante de su propia finitud<sup>(15)</sup>.

Sin embargo, la falta de preparación profesional para esa tarea y el rechazo en hacerla adecuadamente impide que los familiares y los enfermos tengan preservado uno de sus derechos: el derecho a la información. Ser informado sobre su estado de salud, recibir informaciones claras, objetivas y comprensibles sobre hipótesis de diagnósticos y diagnósticos realizados, constituye una de las directrices de la Política Nacional de Humanización en el país<sup>(16)</sup>.

El vínculo conquistado por medio de la comunicación abierta en relación al diagnóstico y al proceso de morir, puede posibilitar a la familia tomar decisiones y participar más activamente del proceso de cuidado, tornándose participante del equipo y concretizando el cuidado compartido.

En el ámbito del SUS, se da el nombre de control social a la participación activa de los pacientes y de las familias, constituyéndose en uno de los principios asistenciales y organizativos que fundamentan la atención primaria en salud y se trata de una condición esencial para la humanización del cuidado en salud<sup>(16)</sup>.

Además de promover el ejercicio de la ciudadanía por medio del control social, la comunicación abierta con la familia puede hacer que ella se sienta acogida. Este acogimiento se procesa en la esencia del encuentro entre el profesional y la familia que vivencia la fase de final de la vida de su ser, impregnado por el involucramiento emocional y en la capacidad del profesional de identificarse con la familia<sup>(17)</sup>.

En ese sentido, la empatía es el comprender los sentimientos de la persona que pasa por determinada situación, pero también es la habilidad del profesional para demostrar esta comprensión a ella, siendo por lo tanto, elemento esencial en la interacción entre ellos para que se alcance la calidad del cuidado administrado<sup>(18)</sup>.

El desafío de la empatía y del vínculo reside en equilibrar los sentimientos personales y las acciones profesionales para no ultrapasar límites y actuar profesionalmente. El establecimiento de esos límites en la interacción ayuda a sustentar a los profesionales en el proceso de cuidar, minimizando el impacto del estrés sobre ellos<sup>(9)</sup>.

También con el objetivo de reducir el impacto del estrés profesional, los administradores y los supervisores del equipo de salud tiene un papel clave en crear un ambiente que permita a los profesionales discutir las presiones<sup>(19)</sup> y aumentar la satisfacción en el trabajo<sup>(20)</sup>.

Por esa razón, es esencial que el equipo también sea acogido para que, por medio de sus reflexiones y significados atribuidos a las experiencias, supere los

desafíos y procese el acogimiento a las familias y a los ancianos durante el proceso de morir asegurando, así, la humanización del cuidado ofrecido.

### Consideraciones Finales

El análisis del proceso identificó que ofrecer el cuidado a la familia y al anciano, durante el proceso de morir, significa que el profesional debe superar desafíos para alcanzar su mejor desempeño, acogiéndolos por medio de comunicación abierta, ofreciendo disponibilidad y manteniendo el vínculo conquistado, ofreciendo dignidad a los ancianos en situación de final de vida y a sus familias, ampliando, así, su acceso a los cuidados en salud.

“Superando los desafíos para acoger a la familia y al anciano durante el proceso de morir” es una teoría específica, porque posibilita la comprensión del proceso de cuidar de familias y de ancianos en la fase de final de vida, en el contexto de la ESF. Una teoría formal, más completa, puede ser generada a partir de estudios que enfoquen el proceso de cuidar en múltiples contextos, bajo una variedad de condiciones.

A pesar de que algunos profesionales hubiesen presentado dificultades para manejar su tiempo para obtener las imágenes fotográficas, creemos que este recurso fue de gran valor para la acción de ayudarlos a recordar eventos vividos y suscitar fuertes emociones sobre sus vivencias personales y profesionales envolviendo la muerte y el morir, posibilitando aclarar sus experiencias de manera más profunda.

Los resultados permiten el avance del conocimiento sobre el proceso de morir en el contexto de la atención primaria a la salud, más específicamente, en la ESF.

Pensamos que es urgente formar los profesionales para manejar el cuidado en el nivel de la atención primaria de la salud, ya que con el creciente envejecimiento de la población brasileña, es preciso ir más allá del manejo de los aspectos biológicos – hay que discutir el tema de la muerte, pues existe una gran probabilidad de que ella suceda en el domicilio y quien estará en la comunidad junto a la familia es el profesional que actúa en la ESF.

También se debe considerar que, en el contexto de nuestro estudio, el profesional construye y se esfuerza para mantener un estrecho vínculo emocional con familia y con el anciano y, por ese motivo, cuando el anciano muere, el profesional también sufre con la pérdida y precisa de tiempo y espacio para trabajar su luto.

### Referencias

1. World Health Organization. Palliative Care for older people: better practices. [Internet]. Copenhagen; 2011

[acceso 3 jul 2012]. Disponible em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/143153/e95052.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf)

2. Silva L, Silva MCLSR, Bousso RS. Perfil de famílias de idosos frágeis atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Min Enferm.* 2010;14(1):52-8.

3. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. [Internet]. Geneva; 2002 [acceso 4 maio 2011]. Disponible em: <http://www.who.int/cancer/publications/en/#guidelines>.

4. Graaff FM, Francke AL. Barriers to home care for terminally ill Turkish na Moroccan migrants, perceived by GPs and nurses: a survey. *BMC Palliat Care* [periódico na Internet]. 2009 [acceso 14 jan 2011]; 8(3):[aproximadamente 9 p.]. Disponible em: <http://www.biomedcentral.com/1472-684X/8/3>

5. Munday D, Petrova M, Dale J. Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England. *BMJ.* 2009 2011 Jul 15;338: b2391. doi: 10.1136/bmj.b2391.

6. Silva L, Silva MCLSR, Bousso RS. Approaching the family in the family health strategy: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(5):1250-5. doi: 10.1590/S0080-62342011000500031

7. Valente SH, Teixeira MB. Estudo fenomenológico sobre a visita domiciliária do enfermeiro à família no processo de terminalidade. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(3):655-61.

8. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics.* 2011;18(3):317-26.

9. Stajduhar KI, Funk LM, Roberts D, Cloutier-Fisher D, McLeod B, Wilkinson C et al. Articulating the role of relationships in access to home care nursing at the end of life. *Qual Health Res.* 2011;21(1):117-31.

10. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed; 2008.

11. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 3rd ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2004.

12. Banks M. Dados visuais para pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

13. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996;4(2Supl):15-25.

14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

15. Lallemand CZ, González SP, Ferrer TPC, López YD, Santiago MM, Mulet CM, et al. Mejorando el cuidado a los

