



Revista Bioética
ISSN: 1983-8042
ISSN: 1983-8034
Conselho Federal de Medicina

Costa, Daniel Tietbohl; Garcia, Lucas França; Goldim, José Roberto
Morrer e morte na perspectiva de residentes multiprofissionais em hospital universitário
Revista Bioética, vol. 25, núm. 3, 2017, Setembro-Dezembro, pp. 544-553
Conselho Federal de Medicina

DOI: 10.1590/1983-80422017253211

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361559168013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Morir y muerte en la perspectiva de residentes multiprofesionales en un hospital universitario

Daniel Tietbohl Costa¹, Lucas França Garcia², José Roberto Goldim³

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar y describir el entendimiento que los residentes multiprofesionales de un hospital universitario tienen sobre la muerte y el morir. Se trata de un estudio de enfoque cualitativo, con la utilización de la técnica de análisis de contenido de Bardin. La herramienta utilizada para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada, analizada con la ayuda del software QSR NVivo 11. Se verificó que en la perspectiva de los entrevistados es totalmente pertinente trabajar el tema de la muerte y del morir, temática indispensable en la formación académica para la asistencia integral. Se concluye que los entrevistados señalaron la sensación de no sentirse preparados para lidiar con el proceso de morir y la muerte.

Palabras-clave: Muerte. Actitud frente a la muerte. Cuidados paliativos. Educación en salud. Bioética.

Resumo

Morrer e morte na perspectiva de residentes multiprofissionais em hospital universitário

Este artigo tem como objetivo analisar e descrever o entendimento que residentes multiprofissionais de hospital universitário têm sobre a morte e o morrer. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, com emprego da técnica de análise de conteúdo de Bardin. A ferramenta utilizada para coleta de dados foi entrevista semiestruturada, analisada com auxílio do software QSR NVivo 11. Verificou-se que na perspectiva dos entrevistados é totalmente pertinente trabalhar o tema da morte e do morrer, temática indispensável à formação acadêmica para assistência integral. Conclui-se que os entrevistados sinalizaram a sensação de não se sentirem preparados para lidar com o processo de morrer e a morte.

Palavras-chave: Morte. Atitude frente à morte. Cuidados paliativos. Educação em saúde. Bioética.

Abstract

Death and dying from the perspective of multiprofessional residents in a teaching hospital

This study aimed to analyze and describe the understanding of multi-professional residents of a teaching hospital regarding death and dying. A qualitative study was performed using Bardin subject analysis. A semi-structured interview was used for the collection of data, which was analyzed with QSR NVivo 11 software. It was noted that the interviewees believe that working with the theme of death and dying is entirely pertinent, and that it is an indispensable subject in academic training for integral care. It was found that the interviewees did not feel they were prepared to deal with the process of death and dying.

Keywords: Death. Attitude to death. Palliative care. Health education. Bioethics.

Aprovação CEP-HCPA CAAE 51253615.9.0000.5327

1. **Mestrando** dtcosta@hcpa.edu.br – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) 2. **Doutor** lucasfgarcia@gmail.com – Unicesumar 3. **Doutor** jgoldim@hcpa.edu.br – UFRGS, Porto Alegre/RS, Brasil.

Correspondência

Daniel Tietbohl Costa – Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência. Centro de Pesquisa Experimental. Rua Ramiro Barcelos, 2.350, LAB12213 CEP 90035-903. Porto Alegre/RS, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La discusión del significado de la muerte acompaña la historia de la humanidad. Su carácter irreversible y la imposibilidad de ser formulada en términos simbólicos aterroriza al ser humano, pues no conseguimos describirla o nombrarla¹⁻³, aunque sea la única gran certeza⁴. Diversos entendimientos, énfasis y comprensiones fueron y son dadas a este proceso en diferentes sociedades y períodos, y la conducta del ser humano frente a la muerte se transformó diversas veces con el correr de los tiempos.

Lo que hoy se caracteriza como un final de la vida solitario en el hospital, ya fue afrontado como “muerte domada”, en la que el moribundo o el enfermo terminal presidía su ceremonia de muerte. En la Edad Media, con esa perspectiva de muerte familiar, la persona actuaba de forma calma y tranquila frente a la muerte, aceptando su destino y el fin de la vida. Esperaba con serenidad y organizaba su partida, inclusive su velorio o cortejo fúnebre. La muerte era pública y la despedida era en la casa, rodeada de parientes, amigos y vecinos, con participación también de niños^{5,6}.

Con las transformaciones por las cuales la sociedad pasó a lo largo del tiempo, las personas fueron haciéndose menos receptivas a la muerte, pues, por las medidas sanitarias, el muerto y el enfermo en proceso de terminalidad comenzaron a ser apartados de los demás, con el objetivo de evitar riesgos y la propagación de los males. Este desplazamiento de la muerte, que ya no se da en la casa, en medio de la familia, sino en la camilla de un hospital, puede haber acelerado su interdicción en términos discursivos y psicológicos⁷. Esta comprensión de que el hospital sería el lugar más adecuado para morir, rodeado de aparatos invasivos y de tecnología pesada, fue denominada por Menezes “muerte moderna”^{8,9}. Así, morir se tornó un acto solitario y temido¹⁰.

Además de estas diferencias inherentes al proceso histórico, durante el desarrollo de las ciencias médicas, se elaboraron nuevos criterios para definir la muerte, lo que intensificó aún más la diversidad de interpretaciones. Desde el punto de vista técnico-científico, la muerte, que era anteriormente clasificada como la ausencia de la función cardiorrespiratoria¹¹, pasó a ser caracterizada también por el criterio encefálico. Es decir, se comprueba la muerte cuando tiene lugar el cese irreversible de las funciones del cerebro, como resultado de una agresión severa o una lesión grave en el órgano, bloqueando el flujo sanguíneo y acarreando su destrucción^{12,13}.

Los avances tecnológicos y la visión del cuerpo como máquina de producción remiten a la muerte como algo a ser temido, evitado y pospuesto^{4-6,13}. Tales avances permitieron la prolongación de la vida

por nuevos métodos artificiales, pero no necesariamente hicieron lo suficiente para que el ser humano viviese con mejor calidad^{4-6,14}. De esta forma, se imponen a los pacientes terapias que prolongan su existencia sin preocuparse por las consecuencias en el vivir, sin tener en cuenta efectos adversos¹⁵. El objetivo pasó a ser salvar vidas “a cualquier costo”, priorizándose los años de vida, es decir, la cantidad, independientemente de la calidad del vivir^{16,17}. Esto culminó en un distanciamiento de la muerte, que pasó a simbolizar un fracaso terapéutico^{13,14}, generando falta de empatía del equipo asistencial, apartándose del entendimiento del sufrimiento del paciente y la propia interdicción del tema.

La discusión del morir y de la muerte puede ser realizada en todos los contextos, ya sea familiar, profesional o educacional⁴⁻⁶. Siendo así, la perspectiva de la muerte está presente en cualquier etapa de la vida humana, desde el nacimiento hasta la vejez extrema. El profesional de salud, desde las etapas de su formación académica y profesional, así como todo ser vivo, tiene a la muerte presente en su cotidiano. Los residentes multiprofesionales están expuestos a situaciones que implican el morir y la muerte. No obstante, existen pocos espacios de discusión y reflexión sobre el tema.

Se justifica, de esta manera, la necesidad de trabajar la cuestión adecuadamente durante la formación del profesional de salud, así como de proveer a éste un soporte permanente. Se evidencia igualmente la permanencia de la apertura de espacios dialógicos para la discusión del tema de la muerte y del morir, con la intención de mejorar su entendimiento y el reconocimiento de que la muerte es parte de la vida, perfeccionando así la asistencia integral al paciente. El objetivo de este artículo es describir la percepción de los residentes en formación del Programa de Residencia Integrada Multiprofesional en Salud (Rims) sobre el proceso de morir y la muerte.

Método

Se realizó un estudio de carácter cualitativo, descriptivo, utilizando el análisis de contenido de Bardin¹⁸ para la construcción de categorías temáticas. Las tres etapas del análisis de contenido fueron observadas: pre-análisis, que consistió en la elección de los documentos a ser analizados, sistematización de hipótesis e ideas iniciales y creación de categorías de análisis; exploración, en la cual tuvo lugar la clasificación y categorización del material; y, finalmente, tratamiento e interpretación de los resultados obtenidos.

La muestra estuvo compuesta por diez residentes en formación de la RIMS del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), de las siguientes áreas de concentración: Adulto Crítico (n=1), Atención Cardiovascular (n=1), Onco-Hematología (n=3) y Salud del Niño (n=5). El criterio de inclusión abarcó a estudiantes que iniciaron su participación en la Rims entre 2013 y 2015, actuantes en el Programa de Residencia durante las entrevistas. La muestra fue seleccionada por conveniencia.

Los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas (instrumento anexo), conducidas en el período de enero a agosto de 2016 y realizadas por un investigador con experiencia en investigación cualitativa. Los participantes fueron invitados a participar del estudio vía e-mail institucional y personalmente durante el período de formación. Se enviaron 60 invitaciones y los primeros 15 respondientes fueron seleccionados para participar del estudio. Tras diez entrevistas, se llegó a la saturación de sentidos. Las entrevistas fueron realizadas en el Centro de Investigación Clínica del HCPA, grabadas y transcriptas en su totalidad con la autorización de los participantes. Todos los sujetos participaron del proceso de consentimiento informado y, luego de la comunicación de los posibles riesgos y beneficios, decidieron participar del estudio.

Para mantener la privacidad y la confidencialidad de los participantes, se decidió no informar el área de formación de cada sujeto, considerando el número reducido de residentes, fácilmente identificables, en el lugar de estudio. En la presentación de los discursos, se optó por utilizar la letra "E" seguida del número correspondiente a la entrevista – por ejemplo, a la primera entrevista se le asignó el código E1. Los datos obtenidos en la transcripción de las entrevistas fueron analizados con la ayuda del software QSR NVivo 11, versión Windows¹⁹, empleando la técnica de análisis de contenido de Bardin. El programa utilizado permitió cruzar informaciones, codificar datos y gerenciar informaciones, y ayudó en el montaje de las categorías temáticas. Además, también viabilizó un análisis estadístico básico y un agrupamiento de los discursos en clusters, árboles y frecuencia de palabras.

Resultados y discusión

La muestra estuvo compuesta por diez residentes de la RIMS del HCPA, siendo el 80% (n=8) de sexo femenino y el 20% (n=2) de sexo masculino. La edad promedio fue de 28 años, variando de 25 a 41 años.

Participaron profesionales de la salud de las áreas de Educación Física, Enfermaría, Farmacia, Fisioterapia, Nutrición y Servicio Social. Con la finalidad de preservar la confidencialidad y la privacidad de los participantes, sus discursos no fueron identificados por profesión o área de actuación.

Del análisis de las transcripciones de las entrevistas obtenidas emergieron cuatro categorías temáticas: 1) pertinencia del tema trabajado y preparación de los profesionales para lidiar con la muerte; 2) entendimiento del residente multiprofesional sobre la muerte y sus criterios de definición; 3) sentimientos relacionados con la pérdida – subdividido en sentimientos relacionados con la pérdida familiar y la pérdida de pacientes; y 4) simbolismo de la muerte para el residente multiprofesional.

Pertinencia del tema y preparación de los profesionales para lidiar con la muerte

En la perspectiva de los residentes entrevistados, el tema del morir y de la muerte debería formar parte de la preparación para la asistencia integral, tornando su discusión pertinente. En la formación práctica, muchos residentes son jóvenes estudiantes sin experiencia previa en la asistencia hospitalaria, y son pocas o raras las veces en que lidiaron con pérdidas en el ambiente de trabajo. Frente a esto, es natural que se sientan no preparados para lidiar con el tema. Así, es esencial que reciban una formación adecuada sobre cómo lidiar con la muerte, así como el apoyo de otros profesionales por medio de ruedas de conversación, intercambios de experiencias, entre otras actividades de apoyo. La necesidad de estar preparado para lidiar con la muerte es evidenciada varias veces en los discursos de los entrevistados:

"Yo no creo que esté preparada para lidiar con la muerte. Principalmente porque allí en la internación no ocurren tantas muertes como en la UCI, por ejemplo" (E1);

"No, ni un poco [preparado para lidiar con la muerte]. Nosotros somos preparados para lidiar con la vida y con las enfermedades en el ser humano enfermo, pero no con esa cuestión de la muerte, del fin" (E4);

"No, no tuve ninguna preparación para lidiar con ese asunto antes de ingresar en el hospital. En el período de la residencia, tuve la posibilidad de asistir a conferencias y participar de eventos sobre el asunto, pero siento que la preparación además es inadecuada, ya sea en

el grado o en la RIMS. Existen lagunas sobre el asunto que deben ser trabajadas y completadas” (E10).

Los profesionales de salud entrevistados relataron no sentirse aptos para lidiar con la muerte de los pacientes, demostrando la falta de una preparación adecuada con relación al tema estudiado. Esta falta de preparación es identificada también, por los participantes, en el grado, que no aborda el asunto. La formación profesional enfatiza la vida y discute poco sobre la muerte. Muchos profesionales asumen un antagonismo entre vida y muerte y no las identifican como un proceso integral, lo que puede conducir a la sensación de fracaso frente a la muerte del paciente.

Palabras como “no”, en el sentido de inexistencia de preparación; “trabajado”, en el sentido de abordado durante la formación; “muerte”; “lidar”, en el sentido de manejo personal y emocional; y “formación”, en el sentido educacional y profesional, fueron las más frecuentes en los discursos de los residentes. Un breve análisis permite observar que todas las palabras convergen en el sentimiento de falta de preparación, desprendiéndose que la muerte debe ser tratada en la formación del profesional de salud con un abordaje más amplio.

Figura 1. Nube de palabras sobre pertinencia del tema y preparación profesional.



Trabajar el tema “muerte” es fundamental en todos los contextos. El fenómeno de la muerte es inherente a los seres vivos y, más temprano o más tarde, la pérdida se abalanza sobre todos. Para el profesional de la salud, además del medio familiar, es necesario reflexionar sobre esta cuestión en el ambiente de enseñanza o en el lugar de trabajo⁴⁻⁶. Estos profesionales, y aquí específicamente los residentes multiprofesionales, tienen la muerte en su cotidianidad de trabajo, lo que torna mucho más

pertinente abordar el tema durante todo el proceso de formación.

De acuerdo con los residentes entrevistados, discutir la muerte es muy importante, principalmente en el área de la salud y a lo largo de la formación. Entenderla o enfrentarla ayuda a lidiar con los sentimientos y con las familias de manera menos sufrida²⁰. El contexto hospitalario convencional, de manera general, no incentiva la discusión amplia sobre cómo lidiar con el sufrimiento físico y psíquico de pacientes gravemente enfermos y sus cuidadores¹⁻³.

“Nosotros tenemos que estar preparados para lidar con el fin, con el paciente paliativo, con el paciente que está muy grave, que el equipo deja puntuado que no tiene cómo volver (...), creo que tenemos que acostumbrarnos, pero al mismo tiempo no da para perder la sensibilidad como ser humano. Creo que eso forma parte, tiene que ser tocado de alguna manera, es importante también tener esa separación de lo que sentimos, de quedar sensibilizados” (E8);

“Cuando el esposo [de una paciente que murió] vino al hospital, quería agradecer, pero estaba perdido. Eso fue una situación que podría desestabilizarme. Quien se inserta en un ambiente hospitalario debe abordar el tema de una forma madura. No sabía qué decir. Así como no tuve preparación de cómo tener una conducta en situaciones difíciles. Esta cuestión de la empatía es muy personal, saber decir las cosas correctas en el momento correcto es un ejercicio muy de ‘ser’ humano, uno tiene que ser muy grande para decir algo reconfortante en un momento de esos. El profesional que se permite llorar por un paciente es extremadamente raro, incluso porque nuestro preceptor no hace eso y él es nuestro modelo” (E9).

Así, el análisis de los discursos permitió concluir que debemos invertir en una formación más humana de los profesionales del área de la salud, enseñándoles a comprender el dolor del otro y a saber comportarse en esos momentos de pérdida y tristeza. Para ello, debemos ser conscientes de que las interacciones tienen lugar de forma múltiple y actúan de formas diferenciadas en los procesos de equilibrio de personas distintas²⁰. Además, es indispensable observar que la relación profesional-paciente no se da en un sistema cerrado – es necesario tomar en consideración los intereses y deseos de los involucrados, pacientes y familiares²¹⁻²⁴. Esta percepción evidencia la importancia de acoger a la persona con cariño, brindándole apoyo emocional y respeto.

Entendimiento del residente multiprofesional sobre la muerte y sus criterios de definición

Se puede decir que el entendimiento sobre los criterios de la muerte tiende a variar en conformidad con nuestras creencias y visión del mundo. De acuerdo con los datos obtenidos en las entrevistas, se entiende por muerte la descomposición del cuerpo, el fin del cuerpo físico, el fin de la vida, es decir, se percibe la valorización del aspecto físico en la definición de muerte en el discurso de los participantes de la investigación. De esta manera, para los entrevistados, la muerte es un estado físico, cuando el cuerpo ya no soporta más la vida, no pudiendo mantener su funcionalidad biológica. Es posible decir que esa visión está fuertemente basada en la óptica biomédica, en la cual percibimos al cuerpo como máquina. La muerte evoca sentimientos de frustración e impotencia, asociados a pesar, luto, dolor, desesperación, contrariando el concepto tecnicista y biomédico de vida y desarrollo^{12,14,16}.

El morir es un proceso irreversible; una vez instalado en el organismo, no hay cómo impedirlo, aunque sea posible retardarlo con tratamientos, en muchos casos aplicadas de forma artificial y fútil. Representa también el fin de un ciclo, la vida que cesa. Es dejar de vivir físicamente, lo que es visto como un fenómeno natural. No obstante, la comprensión sobre la muerte puede variar conforme la orientación religiosa de la persona. Para los que creen en la perspectiva del espiritismo, conforme lo relatado en las entrevistas, la muerte se refiere a la clausura del cuerpo como terminalidad física, en el cual el espíritu deja el estado físico, pero su alma o esencia no deja de existir. Esas consideraciones se ilustran en los discursos a continuación:

“Depende mucho de sus creencias, en fin... para mí la muerte se refiere más al cuerpo físico, porque yo creo en el espíritu, en el alma, soy espiríta. (...) El cuerpo físico muere y allí la vida termina, pero en lo referido al cuerpo físico. Esto no significa que la esencia o el alma del individuo se perdió. Es sólo la muerte del cuerpo físico” (E1);

“La muerte es el fin de la vida. No soy religiosa, para mí no hay mucho más que eso. Entonces, creo que es cuando el cuerpo entra en un estado que no soporta más la vida, a partir de allí ya se está en estado de muerte” (E5).

Al analizar los dichos a seguir, observamos que los residentes entrevistados perciben diferentes criterios para definir el desenlace de la muerte, como

la muerte encefálica y la ocasionada por un paro cardiorrespiratorio (PCR):

“Yo creo que en la muerte cerebral, alguien, teniendo algún mantenimiento, va a tener su cuerpo funcionando dependiendo de las tecnologías, pero ya no tiene más su conciencia, ya no se va a revertir, esto es constatado por diversos exámenes, la muerte encefálica... Y en la cardiorrespiratoria, para el pulmón y el corazón, progresivamente, el cerebro también va perdiendo funciones... las dos son muertes, sí, en mi entendimiento, las dos son muertes” (E3);

“Muerte es cuando la persona realmente cesa todas las señales vitales, el corazón para de latir y la persona no tiene ya ninguna reacción” (E6);

“Comprendo a la muerte como el fin de la vida, como el fin de un ciclo, algo irreversible. La muerte por criterio encefálico es un diagnóstico sin reversión. Creo que es un error reanimar” (E9).

Los residentes perciben una relación entre muerte encefálica y tratamientos fútiles. De esta manera, consideran indeseable el mantenimiento artificial de la vida, excepto en el caso de donación de órganos. En relación con la muerte por PCR, existe una percepción diferente, en la cual el cuerpo padece lentamente, dado que el cerebro, entendido como el principal órgano del sistema nervioso, aún está preservado. Aunque pueda haber una aparente dicotomía entre muerte por PCR y muerte encefálica, ambas son criterio para la caracterización de la muerte.

Figura 2. Nube de palabras sobre entendimiento sobre la muerte y criterios de definición.



Sentimientos relacionados con la pérdida

En esta categoría, la palabra “no” toma mayor proporción en relación con la frecuencia de palabras, dejando claro el fuerte sentimiento de negación asociado a la muerte.

Figura 3. Nube de palabras sobre sentimientos relacionados con la pérdida



Emerge en esta categoría el gran sentimiento de culpa y vergüenza, que podemos relacionar con los avances tecnológicos, dado que la pérdida de un paciente representa un fracaso terapéutico, generando en los profesionales que lidian con la pérdida sentimientos de impotencia y culpa. La modernidad trajo consigo el concepto de hombre autónomo e individual, en el que el cuerpo pasa a ser sinónimo de producción, y la enfermedad se torna un flaqueza y motivo de vergüenza¹³.

Otros sentimientos relacionados con la pérdida son bastante frecuentes, como la tristeza y el sufrimiento. Según los profesionales entrevistados, la pérdida genera emociones ambivalentes que se manifiestan de modo diverso en cada individuo, pues ya sean sentimientos nostálgicos por la persona amada perdida, o que la odiemos porque nos haya dejado. Ese sentimiento de ambivalencia también fue verificado en estudios correlacionados²⁵⁻²⁷. En la visión de los entrevistados, podemos y debemos sentir y llorar la pérdida de pacientes, cuando es de forma moderada, sin permitir que obstaculice la rutina asistencial y la relación entre el profesional y otros pacientes.

Vivenciada por todos los seres humanos en algún momento de su vida, la pérdida es un fenómeno universal. Independientemente del tipo de situación a la que la pérdida está circunscripta, todas tienen en común la dificultad de los individuos implicados en soportar la falta de aquel que se fue²⁵. Luego de la pérdida inesperada, parece haber siempre una fase de protesta, en la que el individuo que perdió al ser querido se esfuerza para recuperar la persona

perdida. Esperanza, desesperación y rabia se alternan. El enlutado pasa por la desestabilización de la fase de desesperación y se reorganiza en base a la ausencia permanente de la persona²⁵. Rabia y asilamiento social son sentimientos necesarios para que el proceso de duelo sea saludable. Los discursos referidos a estos aspectos están transcritos a continuación:

“Yo me quedé muy triste, porque era un paciente en el que estábamos invirtiendo mucho, a pesar de no tener perspectiva de vida (...). Pero incluso así éste estaba siendo muy cuidado, en todos los tipos de tratamientos, las especialidades estaban involucradas, entonces fue una pena, porque la madre tenía mucha esperanza sobre la vida del hijo y ella estaba todo el tiempo allí y dedicada” (E1);

“Tristeza, nostalgia que da después de que la persona fallece. Tristeza por la familia, al ponerse en lugar de la familia. Yo creo que sí, yo soy una persona, tengo sentimientos, y en el momento en que yo no sienta más nada, voy a necesitar rever si quiero continuar trabajando en esta área” (E4);

“Sentimiento es sólo tristeza ¿no? Nostalgia...” (E6).

De acuerdo con estos relatos y con otros transcripciones anteriormente, se puede percibir que los residentes se incomodan con la inversión inútil en pacientes sin perspectivas de cura o de reversión del cuadro. Sin embargo, aunque se haga evidente la incomodidad que esto genera, muchas veces ejecutan esos tratamientos en el intento de preservar a los familiares del paciente de ese sufrimiento.

Según Bowlby²⁵, el duelo está compuesto por tres fases: protesta, desesperación y desligamiento. Personas de todas las edades que experimentan la pérdida de un ser querido sienten pesar y pasan por el período de duelo. La reorganización del individuo en sufrimiento varía de acuerdo con el modo en que éste enfrenta estos períodos. La negación es la primera reacción del ser humano frente a la maña noticia y sirve como un mecanismo de defensa temporal²⁴. Negamos el tema de la muerte y no tocamos el asunto por la falsa ilusión de que, al negar, estaríamos protegiendo a las personas del contacto con el dolor y el sufrimiento⁴⁻⁶. No obstante, negar la acción de la muerte torna más difícil la elaboración del duelo²⁵.

- *Sentimientos relacionados con la pérdida familiar (de personas próximas)*

Perder personas siempre es doloroso, aún más cuando son nuestros familiares o personas muy

próximas. Cuando son interrogados sobre los sentimientos involucrados en las pérdidas familiares, los participantes mostraron un mayor pesar con relación a las pérdidas de pacientes, lo que era normalmente esperable. Tenemos un vínculo afectivo más fuerte con nuestros familiares. Se destacó en esta categoría el hecho de que los residentes refirieron una mayor preparación para lidiar con la muerte de familiares por el hecho de conversar sobre el diagnóstico y hablar abiertamente con el enfermo sobre las posibilidades de vivir o morir.

Aunque sea inherente al ser humano, la muerte suele producir sentimientos de angustia y sufrimiento, que dificultan su enfrentamiento y aumentan su dualismo¹⁶. Esto porque reaccionamos a la noticia ya sea con alivio por saber que el sufrimiento del enfermo acabó, o con extrema tristeza y pesar, a veces incluso con rabia por la pérdida. A continuación, se presentan algunas frases asociadas a estos sentimientos:

“La primera pérdida cercana que yo tuve, (...) yo lidié muy mal [con ella], [fue] mi abuelo, que fue mi paciente. Sufrí horrores, quedé un tiempo mal y no quería ir más a la casa de mis abuelos, donde él vivía. Y ahí mi familia trabajó eso conmigo” (E5);

“Perdí a mi padrastro y a mis dos abuelos maternos, tuve a mi cuñado también, que falleció de forma muy inesperada. Enfermedades crónicas, así, uno entiende más fácilmente pasar por la muerte; ahora, yo tuve un cuñado de 18 años que falleció cayéndose de un balcón, entonces fue muy traumático” (E6);

“La pérdida de mi padre fue algo inesperado, él no estaba en el hospital, murió en casa, durmiendo. La muerte de él fue muy impactante, pues horas antes yo había conversado con él, pero a pesar de todo el dolor de la pérdida, el sufrimiento de la familia, siempre consideramos el hecho de que él no haya sufrido con enfermedades terminales como cáncer, o que haya tenido que pasar por procedimientos invasivos que le causaran dolor. Creemos que fue una muerte tranquila” (E10).

- *Sentimientos relacionados con la pérdida de pacientes*

Cuando se les preguntó sobre sentimientos relacionados con la pérdida de pacientes, las respuestas divergieron. De cierto modo, algunos residentes piensan que es un error involucrarse y sufrir la pérdida de un paciente, pues perciben esa actitud como una falta de preparación y de profesionalismo. Esto

se da debido a construcciones culturales, históricas y jerárquicas dentro de hospitales con estructuras biomédicas^{26,28,29}. La muerte completa el ciclo de la vida³⁰. Por otra parte, los profesionales se encuentran emocionalmente no preparados para enfrentar los sentimientos que ésta despierta, presentando así dificultades al momento de ofrecer soporte y asistencia al paciente terminal³¹. A continuación se presentan oraciones que exponen el pensamiento de los residentes en cuanto a la creación y al mantenimiento de vínculos con pacientes gravemente enfermos:

“Yo no voy a sentir [la muerte de un paciente] como [si fuese] un familiar mío, pero con seguridad que lo voy a sentir... Creo que no hay cómo comparar” (E1);

“Es muy difícil perder a un niño, que un ser tan joven pierda la vida. Afecta mucho, uno se apega... Por más que uno intente no llevarse el trabajo a la casa, del hospital a la vida personal, justamente para protegerse” (E3);

“Hubo un paciente al que yo me apegué un poco más. Yo sabía que él estaba en cuidados paliativos y que en algún momento iba a suceder [la muerte] (...). Fui yo quien se apegó y creo que no debería haberme apegado. Nosotros no podemos apegarnos, sino se transforma en una cosa negativa para nosotros. Porque los pacientes críticos mueren frecuentemente” (E5).

Aunque no haya consenso, el sentimiento de conmoción afecta ampliamente a los participantes. Los profesionales aprenden a vincularse con los pacientes y con sus familias para juntos enfrentar las enfermedades que los afectan. Los residentes fuertemente ligados a pacientes que murieron sufren su pérdida, lo que es previsto en una situación en la cual el vínculo se rompe, abruptamente o no. No obstante, ni esos ni ningunos otros médicos pueden sufrir una pérdida como esa sin tener el amparo de otros profesionales. Es necesario que el dolor sea compartido y que el residente multiprofesional reciba el apoyo adecuado.

Otra particularidad por destacar en esta categoría fue la no aceptación de la pérdida de un paciente pediátrico. Recibimos con mayor facilidad la pérdida de un adulto o de un anciano por el hecho de que existe cierta naturalidad en la muerte en la vejez¹⁶ – son muertes esperadas y conseguimos así elaborar el duelo anticipadamente. Cuando se pierde a un niño, hay una ruptura precoz del vínculo, y existe la concepción de que los niños “aún tienen toda la vida por delante”.

El simbolismo de la muerte para el residente multiprofesional

La muerte representa tristeza, pérdida, el fin. Es algo en lo que generalmente no se piensa, justamente por la asociación a esos sentimientos negativos. Es la ausencia del cuerpo físico que deja un vacío lleno de nostalgia. Sentir la pérdida es natural, cuando es de forma moderada. La muerte puede ser considerada un alivio, un pasaje, un ciclo que se cierra, siendo o no continuado en otro plano espiritual. La muerte es un fenómeno complejo con innumerables influencias externas e internas que dificultan su comprensión y su integración a la vida cotidiana.

La visión de la muerte está cargada de simbolismo, construido socialmente de modo gradual, impregnándose de valores y significados que dependen del contexto histórico, cultural, económico, político y ambiental en el cual el sujeto está inserto, ejerciendo fuertes influencias en diferentes generaciones. Por lo tanto, tales concepciones sobre la muerte son de extrema relevancia para colaborar en el entendimiento sobre las representaciones sociales de los residentes que actúan en la asistencia en salud. Sus actitudes frente al morir y a la muerte estarán de acuerdo con su comprensión. A continuación, se presentan algunas de las frases referidas al simbolismo de la muerte:

“El fin de un ciclo. El fin del sufrimiento. El fin de la vida” (E2);

“Pérdida. Depende del punto de vista – es pérdida para algunos, pero puede ser alivio para otros” (E7);

“Representa tristeza, sufrimiento, cambios, cierre y descanso” (E10).

Consideraciones finales

Puede decirse que los resultados obtenidos con el relato de los participantes de este estudio son corroborados por los hallazgos en la bibliografía, es

decir, la percepción de la falta de preparación adecuada para lidiar con la muerte. Esta laguna en la capacitación del profesional es atribuida a diversos motivos, destacándose las cuestiones culturales. Los entrevistados perciben la muerte como un proceso de separación, de pasaje y finitud, indicando el fin de la vida, el cierre de un ciclo, y caracterizando un fenómeno irreversible.

Los resultados señalan también que la percepción de la muerte depende de las creencias de cada individuo. En esta perspectiva, las personas más religiosas entienden a la muerte sólo como el fin del cuerpo físico, quedando el alma y el espíritu preservados en otro plano. Los individuos menos religiosos entienden a la muerte como el fin de un proceso natural, el acto de dejar de existir físicamente, el fin del ciclo que se inicia al nacer, el cese de la vida, el cuerpo que pierde energía. Uno de los entrevistados cita el miedo a la muerte que se manifiesta en determinadas personas, que deriva de su conciencia del modo en que utilizó las oportunidades que tuvo durante la vida, si condujo su vida de forma que valiese la pena.

La muerte es un factor estresante, y enfrentar la pérdida solo, sin estar adecuadamente preparado, puede generar un intenso sufrimiento incluso en profesionales con experiencia. Existen lagunas significativas en la enseñanza del área de la salud, ya sea en el grado o en el posgrado, sobre las cuestiones que involucran la muerte y el morir. Aunque los profesionales de salud tengan una formación continua, no encuentran espacios dialógicos que permitan compartir sus pérdidas, aflicciones y sufrimientos. De la misma manera, tampoco son amparados de forma estructurada, en sus cuestiones emocionales y sociales frente a la muerte.

En base a las informaciones obtenidas, sugerimos que se brinde una mayor atención a las cuestiones implicadas en la muerte y el morir durante la formación de los profesionales de salud, en el grado y en la residencia multiprofesional, con espacios de interlocución que permitan el intercambio de experiencias y de vivencias, facilitando la superación de situaciones difíciles y angustiantes.

Referências

1. Kovács MJ. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
2. Kovács MJ. Educação para a morte. [Internet]. Psicol Ciênc Prof. 2005 [acesso 15 jul 2016];25(3):484-97. Disponível: <http://bit.ly/2xezF9L>
3. Kovács MJ. Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. 2^a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2012.
4. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Defining death: a report on the medical, legal and ethical issues in the

Morir y muerte en la perspectiva de residentes multiprofesionales en un hospital universitario

- determination of death. [Internet]. Washington: U.S. Government Printing Office; 1981 [acesso 10 jan 2017]. Disponível: <http://bit.ly/2gVkf0d>
5. Ariès P. História da morte no Ocidente: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
 6. Ariès P. O homem diante da morte. São Paulo: Unesp; 2014.
 7. Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PRA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. [Internet]. Rev Bras Educ Méd. 2011 [acesso 22 ago 2016];35(1):37-43. Disponível: <http://bit.ly/2vO96Vu>
 8. Menezes RA. Tecnologia e “morte natural”: o morrer na contemporaneidade. [Internet]. Physis. 2003 [acesso 6 jul 2017];13(2):129-47. Disponível: <http://bit.ly/2fc0jzC>
 9. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. [Internet]. Ciênc Saúde Coletiva. 2013 [acesso 6 jul 2017];18(9):2577-88. Disponível: <http://bit.ly/2xUIRhP>
 10. Combinato DS, Queiroz MS. Morte: uma visão psicossocial. [Internet]. Estud Psicol. 2006 [acesso 14 out 2016];11(2):209-16. Disponível: <http://bit.ly/2vYturo>
 11. Dantas Filho VP, Sardinha LAC, Falcão ALE, Araújo S, Terzi RGG, Damasceno BP. Dos conceitos de morte aos critérios para o diagnóstico de morte encefálica. [Internet]. Arq Neuropsiquiatr. 1996 [acesso 10 jun 2016];54(4):705-10. Disponível: <http://bit.ly/2vYfZra>
 12. Beecher HK. After the definition of irreversible coma. [Internet]. N Engl J Med. 1969 [acesso 12 jan 2017];281:1070-1. Disponível: <http://bit.ly/2wTe0n2>
 13. Beecher HK. A definition of irreversible coma. [Internet]. Int Anesthesiol Clin. 2007 [acesso 7 jun 2016];45(4):113-9. Disponível: <http://bit.ly/2vOatU8>
 14. Maranhão JLS. O que é morte. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1986.
 15. Bobbio M. O doente imaginado. São Paulo: Bamboo; 2014. p. 246.
 16. Covolan NT, Corrêa CL, Hoffmann-Horochovski MT, Murata MPF. Quando o vazio se instala no ser: reflexões sobre o adoecer, o morrer e a morte. Rev. bioét. (Impr.). 2010;18(3):561-71.
 17. Agamben G. *Homo sacer*, o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: UFMG; 2007.
 18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2008.
 19. Lage MC. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. [Internet]. Educ Tem Dig. 2011 [acesso 20 jul 2017];12(N. Esp.):198-226. Disponível: <http://bit.ly/2vOgfFg>
 20. Silva Júnior FJG, Santos LCS, Moura PVS, Melo BMS, Monteiro CFS. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de enfermagem. [Internet]. Rev Bras Enferm. 2011 [acesso 27 nov 2016];64(6):1122-6. Disponível: <http://bit.ly/2gVqzFh>
 21. Piaget J. Epistemologia genética. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
 22. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Rev HCPA. 2006;26(2):86-92.
 23. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. Rev Amrigs. 2009;53(1):58-63.
 24. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
 25. Bowlby J. Formação e rompimento dos laços afetivos. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
 26. Borges MS, Mendes N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. [Internet]. Rev Bras Enferm. 2012 [acesso 17 jul 2017];65(2):324-31. Disponível: <http://bit.ly/2gUPOGI>
 27. Pereira CP, Lopes SRA. O processo do morrer inserido no cotidiano de profissionais da saúde em unidades de terapia intensiva. [Internet]. Rev SBPH. 2014 [acesso 6 jul 2017];17(2):49-61. Disponível: <http://bit.ly/2xoCIIQ>
 28. Botsaris A. Sem anestesia: o desabafo de um médico: os bastidores de uma medicina cada vez mais distante e cruel. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
 29. Pitta A. Hospital como campo de prática. In: Pitta A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 39-59.
 30. Epicuro. Carta sobre a felicidade (a Meneceu). São Paulo: Unesp; 2002.
 31. Menin GE, Pettenon MK. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. [Internet]. Rev. bioét. (Impr.). 2015 [acesso 10 jun 2016];23(3):608-14. Disponível: <http://bit.ly/2wRxxoE>

Participación de los autores

Daniel Tietbohl Costa participó de la concepción del estudio, la recolección de los datos y la redacción del manuscrito. José Roberto Goldim participó de la concepción del estudio. Todos los autores contribuyeron en el análisis de los datos y en la revisión crítica del manuscrito.



Anexo

Guion de entrevista semiestructurada
Datos del participante:

Código del Participante: _____ Fecha: ____/____/____

Sexo: () femenino () masculino Edad: ____ años

Práctica religiosa: No () Sí () ¿Cuál? _____

Formación: _____ Área de actuación en la RIMS: _____

Año de la residencia: R1 () R2 ()

Experiencia previa a la RIMS en actividades asistenciales en la salud: ____ años

1. ¿Qué entiende usted por “muerte”?
2. ¿Usted cree que la muerte comprobada por criterios encefálicos es igual a la muerte constatada por criterios cardiotorácicos?
3. ¿Qué representa la muerte para usted?
4. ¿Usted cree que fue adecuadamente preparado para lidiar con asuntos que aborden la temática de la muerte y del morir?
5. ¿Usted cree pertinente trabajar este tema a lo largo de la formación académica?
6. En las actividades de grado, ¿usted tuvo alguna disciplina o actividad que abordase la temática de la muerte y del morir?
7. ¿Usted ya tuvo alguna experiencia personal de muerte de un familiar o amigo? (Especifique)
8. En caso afirmativo, ¿cuál fue su sentimiento con relación a esa pérdida?
9. ¿Usted ya tuvo alguna experiencia personal de muerte de un paciente que acompañaba como actividad vinculada a la RIMS? (Especifique)
10. En caso afirmativo, ¿cuál fue su sentimiento con relación a esa pérdida de un paciente?
11. ¿Usted tendría algún comentario o sugerencia adicional para hacer sobre el tema de la muerte y del morir?