

Vivencias en torno a la muerte de pacientes de edad avanzada en la práctica médica y dignidad humana

Sadi Poletto¹, Luiz Antonio Bettinelli², Janaína Rigo Santin³

Resumen

El estudio tuvo como objetivo conocer las vivencias en torno a la muerte de pacientes de edad avanzada en la práctica médica y la dignidad humana en el ambiente hospitalario. Se aborda la perspectiva del médico en sus experiencias con la muerte de pacientes ancianos, así como el comportamiento y las reacciones de los familiares ante la inminencia de la muerte de sus seres queridos. La investigación fue cualitativa y de carácter exploratorio y descriptivo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 11 médicos, que trabajan desde hace más de cinco años en un hospital de gran porte en Río Grande do Sul, Brasil. A través del análisis temático de contenido, esta investigación analizó la categoría “vivencias en torno a la muerte de pacientes de edad avanzada en la práctica médica” y las subcategorías relacionadas a la misma. Se concluye que es necesaria la inserción en la formación médica de espacios de discusión y estudio sobre el abordaje y el afrontamiento de la muerte, con el fin de minimizar los dilemas éticos que enfrentan los profesionales en su práctica cotidiana. **Palabras clave:** Envejecimiento. Bioética. Cuidados paliativos. Muerte.

Resumo

Vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e dignidade humana

Este estudo objetivou conhecer as vivências da morte de pacientes idosos na prática médica e a dignidade humana em ambiente hospitalar. Aborda o olhar do médico em suas experiências com a morte de pacientes idosos, bem como o comportamento e as reações dos familiares na iminência da morte de seus entes queridos. Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo. Realizaram-se entrevistas semiestructuradas com 11 médicos que atuam há mais de cinco anos em hospital de grande porte do interior do Rio Grande do Sul. Por meio de análise temática de conteúdo, esta pesquisa analisa a categoria “vivências da morte de pacientes idosos na prática médica” e suas subcategorias. Conclui-se que é necessário inserir na formação médica espaços de discussão e estudo sobre abordagem e enfrentamento da morte, a fim de minimizar dilemas éticos enfrentados pelos profissionais em sua prática cotidiana.

Palavras-chave: Envelhecimento. Bioética. Cuidados paliativos. Morte.

Abstract

Experiences of death of older adults in medical practice and human dignity

This study focuses on the experiences of death of older adults in medical practice, and human dignity in hospital environments. It discusses the medical perspective regarding their experience with death of older adults, as well as the behavior and reactions of the family when their loved ones are on the verge of death. The research was qualitative, exploratory, and descriptive. Researchers conducted semi-structured interviews with eleven doctors, who have worked for over five years in a large hospital in the State of Rio Grande do Sul. Through thematic content analysis, this research analyzed the “experiences of death of older adults in medical practice” and the subcategories related to it. It concludes that it is necessary to include within medical training opportunities for the discussion and study of how to approach and deal with death, in order to minimize ethical dilemmas faced by professionals in their daily practice.

Keywords: Aging. Bioethics. Palliative care. Death.

Aprovação CEP 097/2011, CAAE 0008.0.398.000-11

1. **Doutorando** sadi@poletto.med.br – Universidade de Caxias do Sul (UCS), Caxias do Sul/RS 2. **Doutor** bettinelli@upf.br – Universidade de Passo Fundo (UPF) 3. **PhD** janainars@upf.br – UPF, Passo Fundo/RS, Brasil.

Correspondência

Janaína Rigo Santin – Rua Rio Branco, 183, apt. 501, Rodrigues CEP 99070-080. Passo Fundo/RS, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

La muerte de las personas, de forma natural o asociada a enfermedades terminales, reporta nuevas perspectivas y transformaciones del conocimiento sobre el envejecimiento. En el proceso de término del ser humano, los profesionales de la salud necesitan considerar la calidad de vida, pues no basta con sobrevivir: el tiempo que resta debe disfrutarse con dignidad. Para eso, es necesario que los profesionales que cuidan a alguien en sus últimos días desarrollen habilidades y conocimiento de los síntomas y señales físicas, además deben tener la capacidad de responder a las necesidades espirituales y emocionales de los pacientes, atributos del arte de cuidar, el cual puede ser muy adecuado en esa situación¹.

Prolongar el sufrimiento de una vida en su fase terminal es muy sensible e implica decisiones delicadas que exigen un conocimiento complejo del proceso, la observación cuidadosa de las conductas y el diálogo honesto en la toma de decisión por parte de los involucrados. La enseñanza tradicional de la medicina tiende a “entrenar” al profesional de la salud para salvar al paciente a cualquier costo, pues el “enemigo que hay que vencer” es la muerte. Se prepara al profesional para la vida y no para la muerte. Ese objetivo parece relegar a segundo plano la noción de que es necesario que esa sobrevivencia se experimente con dignidad. Si ya no quedan conductas posibles que puedan curar a la persona, es necesario adoptar cuidados paliativos para disminuir el sufrimiento en esa etapa importante y final de la vida y garantizar la dignidad del paciente.

La percepción común indica que, *cuando retrocedemos en el tiempo y estudiamos culturas y pueblos antiguos, tenemos la impresión de que el hombre siempre odió la muerte y, probablemente, siempre la repelió*². El rito de la muerte es un caso particular de la estrategia del hombre contra la naturaleza, por eso, no ha sido abandonado, sino que por el contrario, la muerte se volvió prisionera en sus ceremonias y fue transformada en un espectáculo: el hombre intentó contenerla en los espacios y rituales³. Esos ritos reportan la dificultad de lidiar con la muerte, reforzando la noción de la importancia de los cuidados paliativos en la etapa final de la vida.

De esa forma, el objetivo de este estudio fue conocer las vivencias en torno a la muerte de pacientes de edad avanzada en la práctica médica y la dignidad humana en el ambiente hospitalario.

Método

Se trata de un estudio exploratorio, descriptivo y con abordaje cualitativo. La muestra incluyó 11

médicos que trabajaron por más de cinco años en un hospital general muy grande en una ciudad de la región montañosa de Rio Grande do Sul, en las especialidades de clínica médica y quirúrgica, atendiendo adultos mayores internados y en sus consultorios.

La recolección de los datos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas individuales, grabadas con autorización de los participantes en un dispositivo electrónico de audio. Las conversaciones fueron evaluadas por el análisis de contenido temático categorial⁴, adaptada de Minayo⁵, después de su transcripción/decodificación. La recolección de los datos ocurrió entre los meses de abril y septiembre de 2011.

Se destaca que las entrevistas se realizaron hasta la saturación de los datos, lo cual se hizo evidente cuando las conversaciones empezaron a repetirse y a presentar aumento poco significativo en vista de los objetivos propuestos inicialmente en esta investigación⁶. A pesar de que todos los participantes contribuyeron a la cuantificación de los datos, es necesario presentar solo las conversaciones de cinco entrevistados, pues las demás solamente confirmaban lo dispuesto.

Las preguntas del instrumento de recolección de datos eran sobre 1) la experiencia y vivencia del profesional médico frente a la muerte de pacientes de tercera edad internados, 2) las conductas y actitudes de la práctica médica frente al proceso de la muerte de ancianos hospitalizados y 3) el comportamiento de los familiares ante la muerte inminente. Todas las preguntas contribuyeron a los resultados obtenidos en este artículo.

Las entrevistas fueron individuales, realizadas después de la aceptación y firma del término de consentimiento informado. Se escuchó a cada entrevistado mediante un agendamiento previo, en un horario y lugar indicado por él, con el objetivo de interferir en lo menos posible su vida cotidiana. La recolección de datos se obtuvo por medio de preguntas cerradas, referentes a la caracterización de los participantes, y abiertas, con preguntas estructuradas para alcanzar los objetivos del estudio.

La duración de la entrevista fue de aproximadamente 30 minutos, grabada en un MP3, con la autorización previa del participante entrevistado. Las entrevistas se transcribieron íntegramente. Para evitar problemas éticos referentes a la confidencialidad de los datos de la investigación, se optó por caracterizar a los participantes como “entrevistados” e identificar cada entrevista por secuencia numérica (1, 2, 3, etc.), asegurando su anonimato.

Después de la transcripción de las entrevistas, se consideraron los datos a partir del análisis temático, desarrollado en tres fases diferentes: análisis previo, en el cual se organiza el material empírico, sistematizando las ideas iniciales y creando las subcategorías; exploración del material que define la categoría de análisis, en el cual se realizaron operaciones de búsqueda y catalogación del material empírico y, finalmente, tratamiento de los resultados obtenidos y su interpretación, de forma que sean significativos y válidos para los objetivos de la investigación.

Resultados y discusión

Caracterización de los participantes

Entre los profesionales médicos entrevistados, siete eran del sexo masculino y cuatro del femenino. De acuerdo con la observación del investigador, todos eran blancos. Un participante era viudo y diez eran casados. En relación con la religión, diez eran católicos y un era espiritista.

El rango etario de los entrevistados varió entre los 39 y 63 años, con un intervalo de 16 a 38 años de experiencia en la profesión médica. Todos tenían posgrado. Seis entrevistados estudiaron en universidades particulares, dos en federales de la capital y tres en federales del interior de la región. Cinco sufrieron la pérdida de familiares en una etapa terminal prolongada.

En cuanto a la legislación aplicable a la problemática de la investigación, en especial a lo que concierne a la ética relativa al proceso de muerte y la muerte misma de sus pacientes, se les preguntó sobre su conocimiento del código de ética médica y sobre el estatuto del adulto mayor. Dos de los entrevistados conocían totalmente el código de ética médica actual y nueve lo conocían parcialmente. Uno de ellos conocía el estatuto del adulto mayor completamente, siete lo conocían parcialmente y tres no conocían el diploma legal.

Categoría y subcategorías

En este artículo se consideró la categoría “vivencias en torno a la muerte de pacientes de la tercera edad en la práctica médica”, constituida por las siguientes subcategorías: 1) “el adulto mayor y su proceso de muerte y la muerte en sí” y 2) “el comportamiento de familiares ante la muerte inminente”. En la subcategoría “el adulto mayor y su proceso de muerte y la muerte en sí”, se evidenciaron en las declaraciones de los participantes,

de manera bastante enfática, manifestaciones de miedo e incerteza, momentos de preocupación y de revelaciones, así como vivencias sin temor a la etapa terminal.

Existe un momento en la vida del paciente en que el dolor cesa, la mente entre en un estado de entumecimiento, la necesidad de alimentarse se vuelve mínima y la consciencia del medio ambiente casi desaparece en la oscuridad. Es el periodo en el cual los parientes se mueven de un lado a otro en los corredores de los hospitales, esperando el momento de la muerte⁷.

Es el momento demasiado tarde para palabras. Como seres humanos y profesionales, tenemos la capacidad de reflexionar sobre el camino de la muerte, transformando el modo de ver la vida y reflexionar sobre la vida puede llevar a experimentar la muerte de forma diferente. Entonces *y solo entonces, podremos interpelar a una muerte desnuda, labrada, desmaquillada y disecarla en su realidad biológica pura*⁸.

Kübler-Ross⁷ relata que el imaginario visualiza la muerte como un hecho terrible y espantoso que es compartido por las personas. Todos intentan ignorar la muerte o esquivarla, negando, de esta forma, la condición de ser mortal. Se observa esa vivencia entre los entrevistados: “Ellos no quieren morir (...) La muerte es una incógnita, nadie sabe lo que hay allí” (Entrevista 2). Por su parte, el envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica implican tiempo prolongado de la etapa terminal, lo cual aumenta la demanda de los servicios de salud y la necesidad de un mayor apoyo a las personas y a las familias en el proceso de la muerte y de la muerte en sí, lo cual ocurre actualmente, en general, en hospitales.

La diferencia de concepción de la muerte entre las personas en general y los profesionales del área de la salud es que, para ellos, está presente en la vida cotidiana. Sin embargo, cuando ocurren pérdidas sin la elaboración adecuada del luto, la posibilidad de enfermedad aumenta. En esa perspectiva, si no se trabaja bien el proceso de la muerte y la muerte en sí y la finitud de la vida, toda enfermedad pasa a ser vista como una amenaza a la vida, un gesto a la muerte⁹ y, por lo tanto, una situación aflictiva. De esa forma, es necesario discutir el proceso de la enfermedad y su pronóstico para que el paciente y sus familiares puedan estar claros, conscientes y fortalecidos en sus posiciones.

Esa información contribuirá al proceso de tratamiento y a la preparación para el fin de la vida, pues

favorecerá la dignidad y la autonomía del paciente hasta el momento de la muerte¹⁰. Según Santin y Bettinelli, *el principio de la dignidad de la persona humana establece un grado de protección de esta frente al Estado y a las demás personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, además de imponer la satisfacción de condiciones existenciales básicas para que el ser humano sea capaz de vivir realmente y no solo de sobrevivir. Abarca todos los sectores de la orden jurídica y política brasileña, siendo el deber del Estado editar leyes y realizar políticas públicas con el objetivo de satisfacer las necesidades vitales básicas de sus ciudadanos, velando por su existencia digna. De la misma forma, es deber de la sociedad actuar en conjunto para la realización concreta de tales leyes y políticas públicas*¹¹.

De esa forma, es necesario observar el principio de la dignidad humana, previsto en el artículo 1º, III, de la Constitución Federal¹², en todas las fases de la vida, incluso en la terminal, la cual demanda mayor atención por parte del Estado y de la sociedad. La muerte forma parte de la vida humana y el miedo de la muerte es necesario, ya que es expresión del instinto de autopreservación, forma de protección a la vida y de superar instintos destructivos. No se puede vivir siempre bajo la aplastante presencia de la muerte. En ese sentido, es necesario “educar” sobre la etapa terminal, siendo esta educación entendida como una posibilidad de crecimiento personal integral, el cual involucra el desarrollo subjetivo durante la vida y también en la preparación de la muerte¹⁰. Sin embargo, esa noción no es constante entre pacientes. Algunos profesionales entrevistados observaron que algunos ancianos no le temen a la muerte:

“En relación con la etapa terminal, según mi actividad profesional, principalmente de los pacientes de edad avanzada, lo más importante es que los pacientes no le tienen miedo (...) los ancianos comprenden que la etapa terminal es parte de la vida. Ellos lo aceptan e incluso determinan los momentos que consideran definitivos” (Entrevista 1).

Se observa en algunas respuestas de los médicos entrevistados que los pacientes afirman que, además de no tenerle miedo a la muerte, usan metáforas para reforzar el dominio de la situación, definen incluso el lugar donde quieren morir, como en la conversación a continuación: *“En este momento de la etapa terminal no soy cobarde, estoy enfrentando’ (...) Pocos días después relató un sueño [refiriéndose al relato del paciente de quien habla] ‘Soñé que estaba escribiendo un libro’, le*

pregunté qué capítulo era y me dijo que era el último. La metáfora fue fantástica. Unos días después me llamaron para avisarme que estaba mal. Fui a su casa y le pregunté dónde quería estar. Me pidió que fuese en el hospital y murió pocas horas después [de la internación]” (Entrevista 1).

En el contenido de las conversaciones, se vuelve claro que, según los profesionales entrevistados, la mayor preocupación manifestada por los ancianos en el proceso de la muerte es por los familiares que dejan, afirmando lo siguiente: *“Un paciente repentinamente sufrió una descompensación hepática. No tenía idea de la enfermedad hasta ese momento y el diagnóstico era una neoplasia de hígado. En el hospital dijo: Necesitaba esta enfermedad para decirle a mi familia que estoy en la ruina, ni mi mujer ni mi hijo saben. Ya no me queda nada”* (Entrevista 1).

Tal como lo relatado, los pacientes también *“dicen que ya cumplieron su misión”* (Entrevista 1). Después, viene la identificación de dos miedos del adulto mayor en fase terminal. Uno es que los familiares retengan malos recuerdos por verlos morir en la casa. El otro es el miedo a la muerte, lo cual hace que el paciente niegue su propio fin. Ambos están relacionados al miedo al sufrimiento, a lo desconocido y a la propia extinción¹³.

En la subcategoría “Comportamiento de familiares ante la muerte inminente” surgen en las conversaciones de las familias, relatadas por los médicos, interfaces en el proceso de la muerte. Eso evidencia claramente las dificultades de lidiar con la finitud del ser querido, la influencia de asuntos financieros en ese momento, así también como la existencia de familiares omisos en tal proceso:

“Veo, en relación a los hombres, por ejemplo, que muchos de ellos son malos maridos, malos padres de familia o no son como deberían ser, ¿entiende? Se separan de su mujer. Sin embargo, vemos que en la fase terminal, quien va a apoyarlo, quien va a estar con él es siempre la primera mujer. La que fue el primer amor. La segunda, la tercera mujer no quieren ni saber. El tipo está ahí muriéndose, deja que se muera. Se despiden de él y quien carga con el peso es la primera mujer. Eso es algo que me llama la atención” (Entrevista 11).

También sobre las vivencias en torno al proceso de la muerte y la muerte en sí, los familiares le dicen al médico que existen miembros de la familia que son impotentes, que tienen poder de decisión y están preocupados de los costos del proceso terminal:

“Tengo un plan de salud VIP, ¿cómo es posible que no pueda quedarse aquí dentro del hospital? [familiar del paciente]. Ellos dicen: ‘quiero dejar al paciente en el hospital’. Sin embargo ahí existe toda esa otra burocracia que tú sabes cómo funciona, ¿cierto? Entonces cuando empieza a hacerse difícil, cuando el paciente está complicado, ellos [los familiares] quieren ‘tercerizar la muerte’” (Entrevista 5).

“Fui a hacer una evaluación clínica y el hijo [del paciente] me dijo: ‘no, no. No vamos a hacer la cirugía, no tiene sentido esa evaluación. (...) Si pagamos eso, ¿qué nos va a sobrar a nosotros’” (Entrevista 9).

Esos aspectos de la situación financiera de la familia, como los costos de la internación, también necesitan ser analizados por el profesional médico y muchas veces son decisivos para que algunas familias tomen las decisiones. Sin embargo, a pesar de la influencia del aspecto económico en las decisiones sobre los procedimientos a los que el paciente se debe someter, el profesional también necesita lidiar con la dificultad de la familia en aceptar la finitud del ser querido. La obstinación de los familiares muchas veces exige que el equipo médico haga todo lo posible para impedir el momento final, incluso si esto implica, en la práctica, la distanasia.

En ese sentido, el prolongamiento abusivo de la vida, con sufrimiento del paciente, es considerado un crimen de ofensa a la integridad física, atentando contra el cuerpo humano e incluso contra la libertad de la persona, *haya o no aumento del sufrimiento. Y es mayor el gravamen penal si procede contra la voluntad del paciente de que no se realice la distanasia*¹⁴. Uno de los entrevistados ejemplifica ese asunto con la siguiente afirmación, en la cual se percibe el intento de la familia para casi nunca “tirar la toalla” frente a la muerte: *“Es muy difícil que la familia diga ‘sí, lo vamos a dejar descansar’. Muy difícil. Normalmente, ellos dicen ‘haga todo lo que sea posible’. Eso es lo común en un 90% (Entrevista 9).*

De esa forma, lo que los profesionales entrevistados observan es que tanto el paciente como los familiares nutren esperanza de cura, negando en un primer momento la posibilidad de la muerte. La opinión médica del “no hay nada más que hacer” difícilmente se acepta¹⁵. Si el análisis de las conversaciones permite observar que la familia tiene dificultad para enfrentar su sufrimiento y los dilemas inherentes a la muerte de su ser querido, se puede verificar también que la actitud del profesional frente a la etapa terminal puede ayudar a comprender mejor ese momento:

“Tuve una paciente con cáncer de mama (...) cuya familia se desesperaba y cuando vi que estaba demasiado mal les pedí que me acompañaran afuera y les dije: ‘las personas tienen que nacer, vivir y morir con dignidad, a partir de ahora no hay nada más que se pueda hacer y ustedes tienen que aceptar eso por el bien de ella’. La paciente murió y nadie lloró y fue algo bueno”. (Entrevista 2).

En esa conversación se observa que el entrevistado orienta la aceptación de los familiares en el proceso de la muerte del ser querido y consigue manejar el sentimiento de pérdida. La situación de los involucrados, ejemplificada en esa subcategoría, corrobora la afirmación anterior de que, en la mayoría de las veces, el adulto mayor tiene miedo de su propia extinción y usa metáforas como mecanismo de defensa. Por su parte, el familiar tiene miedo de no ver más a su ser querido y el médico, quien percibe esas vivencias en la práctica, intenta manejarlas de forma que respete la autonomía del paciente y la voluntad de los familiares¹³. Finalmente, es necesario resguardar la dignidad humana tanto en la vida como en la fase terminal de los pacientes.

Consideraciones finales

Este estudio demuestra que hay necesidad de intervenciones efectivas frente a la finitud humana, buscando desarrollar acciones y estrategias de enfrentamiento del proceso de la muerte y de la muerte en sí con dignidad. Además, es imprescindible el estímulo de apoyo a los profesionales que trabajan en el cuidado del adulto mayor, pues se enfrentan a la realidad de la etapa terminal de sus pacientes. La muerte de los pacientes es un fenómeno complejo, con implicaciones individuales profundas, por lo cual se debe abordar y hacer seguimiento en un trabajo interdisciplinario.

La consciencia de la problemática que involucra la vida cotidiana del profesional médico en relación con los aspectos del límite entre la vida y la muerte es un dilema que ofrece subsidios para reflexiones, lo cual puede generar discusiones para desarrollar estrategias de enfrentamiento. Con esta investigación, fue posible aprender vivencias tanto de los médicos como de los familiares en el proceso de la muerte y de la muerte en sí, al crear situaciones inquietantes en la vida de cada profesional. Eso favoreció reflexionar y redirigir el nuevo actuar, así también como buscar la transformación del cuidado en ese momento difícil de la vida de cada ser humano.

Dentro de esa perspectiva, es imperativo crear espacios de discusión durante la formación médica sobre la vivencia y el enfrentamiento de la muerte de sus pacientes. Esos espacios/vivencias podrán minimizar dilemas éticos enfrentados


en el día a día del trabajo de los futuros profesionales de la medicina. Se sugieren nuevos estudios para ampliar aún más el conocimiento sobre el tema, involucrando otros segmentos de la sociedad.

Referencias

1. Burlá C, Py L. Humanizando o final da vida em pacientes idosos: manejo clínico e terminalidade. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2004. p. 319.
2. Kübler-Ross E. *Sobre a morte e o morrer*. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005. p. 6.
3. Ariès P. *O homem diante da morte*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1989. vol. 2, p. 659.
4. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
5. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
6. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
7. Kübler-Ross E. *Op.cit.* p. 281.
8. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2002. p. 9.
9. Kovács MJ. *Morte e existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 222.
10. Kovács MJ. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicol ciênc prof*. 2011;31(3):482-503.
11. Santin JR, Bettinelli LA. A bioética e o cuidado no envelhecimento humano: um olhar a partir do princípio da dignidade humana e dos direitos fundamentais. *Rev Ministério Público RS*. 2011;(69):141-55. p. 147.
12. Brasil. Presidência da República. *Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988*. [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília; 5 out 1988 [acesso 11 out 2016]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/1dFiRrW>
13. Oliveira SCF, Pedrosa MI, Santos MFS. Quem está mais próximo da morte? Percepção dos idosos sobre que faixa etária se associa mais à morte. *RBCEH*. 2009;6(1):146-52.
14. Cardoso AL. Eutanásia e suicídio assistido. In: Ascensão JO, organizador. *Estudos de direito da bioética*. Coimbra: Almedina; 2005. vol. 1, p. 246.
15. Pereira LL, Dias ACG. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. *Psico*. 2007;38(1):55-65. p. 58.

Participación de los autores

Luiz Antonio Bettinelli y Janaína Rigo Santin, orientadores de la disertación de magíster que dio origen al artículo, ayudaron en la elaboración del texto, en las correcciones y en la revisión final. Sadi Poletto es el autor de la disertación que dio origen al artículo y colaborador en la elaboración del texto y sus correcciones.



Recebido: 16. 1.2016
Revisado: 27. 9.2016
Aprovado: 10.10.2016