

Reflexión sobre la muerte y el morir en la UCI a partir de la perspectiva profesional en cuidados intensivos

Maria do Carmo Vicensi

Resumen

Este artículo se ocupa del análisis reflexivo de las preocupaciones bioéticas sobre la muerte y el proceso de morir desde el punto de vista profesional en cuidados intensivos, a través del método de revisión bibliográfica. Se busca resaltar que a pesar de que la muerte es parte del contexto laboral de estos profesionales, despierta sentimientos de impotencia, de indiferencia e incluso de evasión y negación, visibilizando incomodidad o algún intento de camuflar el verdadero sentimiento en relación a la muerte. Se busca también discutir sobre la muerte concebida como pérdida, dolor, malestar, tristeza, miedo, ausencia y el final de todo. El estudio evidencia las dificultades sentidas por los profesionales a la hora de verificar la muerte en una UCI, lugar en el cual se lucha intensamente por la vida. Se constató que esta dificultad es el resultado tanto de la educación contemporánea, como de la formación poco humanizada y distante de la concientización de la muerte y del proceso de morir como parte de la vida.

Palabras-clave: Muerte. Cuidados paliativos al final de la vida. Grupo de atención al paciente. Unidades de cuidados intensivos.

Resumo

Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional

Este artigo trata de análise reflexiva, com preocupações bioéticas, sobre a morte e o processo de morrer na perspectiva do profissional em terapia intensiva, por meio do método de revisão bibliográfica. Busca ressaltar que esse processo, embora faça parte do contexto laboral desses profissionais, desperta sentimentos de impotência, de indiferença e até mesmo de fuga e negação, demonstrando desconforto ou, ainda, certa tentativa de camuflar o verdadeiro sentimento em relação à morte. Procura-se também discorrer sobre a morte concebida como perda, sofrimento, mal-estar, tristeza, medo, ausência e fim de tudo. O estudo evidencia as dificuldades sentidas pelos profissionais, ao admitirem a morte em uma UTI, local onde se luta intensamente pela vida. Constatou-se que essa dificuldade é fruto não apenas da educação contemporânea, mas também da formação desses profissionais, pouco humanizada e distante da conscientização da morte e do processo de morrer como parte da vida.

Palavras-chave: Morte. Cuidados paliativos na terminalidade da vida. Equipe de assistência ao paciente. Unidades de terapia intensiva.

Abstract

Reflection on death and dying in the ICU from a professional perspective in intensive care

This article is a reflexive analysis with bioethical concerns on death and the process of dying in intensive care from a professional perspective, employing the bibliographic review method. It should be emphasized that despite death being part of the working context of these health professionals, it brings about feelings of impotence, indifference and even of flight and denial. The professionals demonstrate uneasiness or even attempt to hide their real feelings about death. Death is thus conceived as loss, suffering, uneasiness, unhappiness, fear, absence and the end of everything. The present study evidences the difficulties experienced by health professionals in accepting the idea of death in an ICU where an intensive struggle for life occurs. Such difficulty is the result of contemporary education and of non-humanized training, removed from an awareness of death and the concept of the death process as part of life.

Keywords: Death. Terminal care, hospice care. Patient care team. Intensive care units.

Mestre mariadocarmovicensi@gmail.com – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

Correspondência

Rua XV de Novembro, 1.038, Centro CEP 80620-000. Campos Novos/SC, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

La muerte y el morir son temas que instigan y afligen a casi todas las personas, inclusive a los profesionales de la salud. Nadie es invulnerable frente a la perspectiva del fin inevitable, independientemente de quien sea la persona en peligro de muerte. Cuando esa posibilidad es producto de una enfermedad o accidente en donde el individuo permanece horas, días o hasta meses a merced de medicamentos y atención continua, la proximidad o posibilidad de la muerte repercute de forma más compleja, aún entre los profesionales de la salud y aquellos experimentados o adecuadamente preparados para enfrentar esas situaciones. En la unidad de cuidados intensivos (UCI) se puede percibir más claramente el proceso de morir y sus consecuencias en la relación entre el profesional de la salud, paciente y familiares.

Aunque la concepción clásica de la UCI todavía sea el modelo cartesiano-mecanicista, que creó una cultura de distanciamiento y frialdad en los profesionales de la salud en relación a pacientes y familiares, hoy se reconoce que la humanización es el camino viable y eficiente para el trabajo en esas unidades. Esas nuevas percepciones y prácticas en la UCI están directamente relacionadas a la cuestión de la muerte y el morir y los inevitables sentimientos que incluye.

Este artículo es un análisis reflexivo con preocupaciones bioéticas sobre la muerte y el proceso de morir desde la perspectiva del profesional de cuidados intensivos. Para ello, se utiliza el método de revisión bibliográfica, que fundamenta la reflexión acerca del tema en estudio.

Muerte *versus* naturalidad/normalidad

La muerte es un tema paradójico: por un lado, seduce y sirve de inspiración a artistas, manifestándose en todos los lenguajes artísticos. Por el otro, provoca miedo, fuga y terror. De acuerdo con la percepción individual, puede significar ausencia o permanencia, finitud o eternidad.

En el conjunto de concepciones más comunes sobre el tema está el denominado entendimiento natural de la muerte. Nacimiento y muerte son procesos igualmente naturales. Genéricamente, los seres vivos se rigen por el determinismo biológico, ya que nacen, crecen, maduran y mueren. Del mismo modo, en el sentido religioso hay una conducción natural de la muerte, en ese caso con una connotación de pasaje y no de finitud. Sin embargo, para la religión, la muerte y el proceso de morir

también son objeto de creencias, filosofías y ritos específicos, que pueden presentarse de forma paradójica debido a las diferencias entre las distintas concepciones y credos.

La muerte, así como el proceso de morir, constituye un fenómeno de la vida aunque despierte temor en el ser humano, justificado por su dificultad para lidiar con su propia finitud. Se la puede caracterizar como un acontecimiento inherente a la vida porque de cierto modo, en cada momento se está muriendo paulatinamente.

La forma de encarar la muerte o el proceso de morir ha cambiado significativamente. Si por miles de años ese proceso duraba alrededor de cinco días, hoy dura en promedio cinco años. Era un acontecimiento presenciado por familiares, parientes, amigos y hasta por extraños que ayudaban con los últimos rituales. La muerte era considerada familiar, un elemento inevitable de la vida y así debía ser tratada, aunque en aquella época ya existían rituales destinados a impedir que los difuntos perturbasen a los vivos¹. El miedo, por lo tanto, era de los muertos y no de la muerte.

Según Ariés², la filosofía y el modo de vivir contemporáneo cultivan actitudes que intentan olvidar, ignorar o hasta matar a la muerte, en una tentativa de vencerla en busca de la inmortalidad. La urbanización y el desarrollo científico y tecnológico promovieron un aumento expresivo en la expectativa y mejoría de la calidad de vida. Esos cambios, en compensación, provocaron un distanciamiento de la conciencia de la finitud de la vida - o más precisamente, de la muerte y del proceso de morir - por estar directamente afectada por el alargamiento de la etapa terminal de la vida, o sea, el tiempo en que es posible mantener una persona viva³.

En la contemporaneidad, morir, especialmente en hospitales y para los equipos de salud, se tornó un símbolo de fracaso e ineficiencia. Las ciencias de la salud están obsesionadas con la tarea de evitar e impedir la muerte y el hospital se transformó en el espacio en donde los acontecimientos más naturales y más presentes de la vida, como dolor, sufrimiento y muerte, pasaron a ser tratados como algo que debe ser combatido a cualquier precio. Pero como no es posible evitar la muerte, pasamos a ignorarla, aislándola de la vida social y apartándonos emocional, espiritual y psíquicamente tanto de la persona en fase terminal como de sus familiares⁴.

Delante de esa interdicción social hacia la muerte, el proceso de morir pasa a ser un factor de ansiedad para los profesionales de la salud, dada la

sensación de fracaso resultante de la no aceptación de la muerte como fenómeno natural. Así, diversas técnicas y procedimientos son utilizados en la tentativa de salvar la vida de la persona enferma, pero lo que muchas veces se logra es apenas prolongar su sufrimiento y el de las demás personas afectadas⁵.

Hay relatos, durante el siglo XX, en que los enfermos más graves, para los cuales la medicina ya no contaba con alternativas de tratamiento curativos, eran sometidos a una total falta de respeto, siendo instalados en locales aislados y sin las mínimas condiciones de bienestar, como si la muerte que se aproximaba fuese contagiosa. Esa postura creó una barrera en las relaciones entre los equipos de salud, el enfermo y sus familiares. El contacto era el mínimo necesario, siempre superficial e inexpressivo⁴.

La naturalidad/normalidad de la muerte fue olvidada, trayendo como consecuencia un distanciamiento de la vida en los hospitales. En ese sentido, se destacan las diferentes posibilidades de su ocultamiento, representadas como mecanismos de defensa: negación, represión, intelectualización y desplazamiento⁴. Pero tales mecanismos acaban provocando la sensación de que la ciencia de la salud es fallida e ineficiente. Por lo tanto, la muerte pasa a ser como una enfermedad a ser combatida y curada⁵.

En el ámbito de la salud, ciencia y tecnología, se favorece la prolongación de la vida a través del uso de técnicas que permiten las más diversas posibilidades de tratamiento e inclusive del mantenimiento de la vida de pacientes que en otros tiempos no tendrían ninguna posibilidad de vida o sobrevivida. Sin embargo, los profesionales de la salud viven el dilema entre su responsabilidad y capacidad técnica, sus creencias y sentimientos en relación a la muerte y la persona que pasa por el proceso de morir, además de convivir con los dilemas del propio paciente y sus familiares, también envueltos en el complejo conjunto de sentimientos, creencias y científicidades, pero sobre todo, en la real posibilidad de muerte.

La muerte y el morir desde la perspectiva del equipo multidisciplinario de la UCI

Por más que se evite pensar en la muerte, ella vive en el cotidiano de todos los que trabajan en las UCI, y en muchos casos, es inevitable hacerlo a pesar de los recursos disponibles, que tienen como único propósito superarla y vencerla. La UCI es un ambiente especializado, que cuenta con recursos

materiales y humanos para lidiar con la muerte, pero al mismo tiempo, el hecho de abrigar pacientes graves o terminales lo convierte en uno de los recintos más agresivos y tensos del hospital⁶.

Aún cuando la UCI es el espacio del hospital destinado a la recuperación, también es el lugar que abriga a personas en situación tan grave que la unidad se considera como el último recurso⁵ para intentar impedir la muerte. El final, entonces, se presenta como una posibilidad real, y aún con el peso cultural de evadirse del tema, no hay como evitar y hasta sentir su presencia. Estos sentimientos e impresiones no son apenas permeables para el paciente, sino que afectan igualmente a sus familiares y al equipo involucrado en sus cuidados.

El abordaje de esta realidad nos remite a la principal cuestión que da origen al problema: al fin de cuentas, ¿cuál es la relación de esos profesionales con el proceso de morir y con la muerte? Sus cuestionamientos, miedos, inseguridades y sentimientos son diversos y profundos. El núcleo del difícil proceso de lidiar con la muerte nos remite también a la formación y preparación de los profesionales, todavía poco eficientes en la tarea de fomentar una actuación que incluya científicidad, técnica y humanización.

La UCI trae una paradoja importante en cuanto a su papel para los profesionales que trabajan en ellas: algunos la conciben como el lugar para morir; otros, que no aceptan la muerte, se ilusionan con los recursos ofrecidos por la tecnología y la ciencias y acaban perdiendo el sentido crítico al creer que pueden revertir la situación de muchos pacientes terminales, actitud que resulta en sufrimiento para el paciente, sus familiares y todo el equipo de salud⁵.

Esa dicotomía de funciones en la UCI - unidad que como ya vimos⁵, atiende tanto a pacientes recuperables como a aquellos en fase terminal - alimenta en los profesionales el deseo de vencer a la muerte, pero en contrapartida, también los lleva a involucrase cotidianamente con ella. De esta forma, los profesionales son tan afectados por este proceso que al expresar la necesidad racional de no permitir que las experiencias laborales interfieran en sus vidas personales, por tratarse de relaciones humanas impregnadas de todas las vicisitudes propias de este tipo de contacto, no les es posible realizar semejante escisión emocional⁷.

En un estudio cualitativo realizado con un equipo multidisciplinario de la UCI de un hospital público de la zona oeste del estado de Santa Catarina, fue posible identificar y clasificar las informaciones

recolectadas en cuatro grupos. El primer grupo concebía la muerte como natural/normal, entendiéndola como un proceso igual al nacimiento. El segundo encaró la muerte de forma dicotómica, caracterizándola como orden y desorden, que produce tristeza, dolor, malestar y sufrimiento. El tercer grupo mostró concepciones relacionadas a la religiosidad, creyendo en la muerte apenas como un pasaje más allá de lo que podemos visualizar durante la vida. Finalmente, el cuarto grupo maquilló a la muerte y tuvo ante ella actitudes de frialdad, omnipotencia, negación y derrota profesional⁸.

Otro estudio, realizado con diez enfermeras de la UCI de un hospital público de enseñanza, reveló que además de no haber uniformidad en el cuidado, hay también una cierta indiferencia en cuanto a los aspectos emocionales, espirituales y sociales y a la sobrevaloración de las acciones técnicas. Aunque se haya evidenciado la preocupación de los enfermeros con el sufrimiento de la familia, el estudio indicó que hay una dificultad generalizada en comprender la muerte como parte del ciclo vital, mostrando también que tanto en el ámbito académico como en la práctica en el hospital, existe un desfase en la preparación de estos profesionales para la integralidad en cuidado⁹.

Los resultados presentados por un estudio con 18 médicos de una UCI adulta de un hospital general indican que esos intensivistas tienen las mismas dificultades que los demás profesionales de la salud, ya sea en la aceptación de la muerte o en la forma de lidiar con pacientes y familiares. Además, tienden a sentir estrés, ansiedad y las más variadas confusiones emocionales¹⁰.

Del análisis de estos estudios se desprende que las mismas dudas, miedos o creencias de la población en general están presentes en la vida de los profesionales de la salud y que esos estados no pueden ser anulados por completo cuando se está en el ejercicio de la profesión. Al contrario, cuando se piensa en un trabajo humanizado, esos sentimientos deben ser experimentados y considerados, sobre todo en situaciones extremas, como es el caso de pacientes terminales o en estado grave. Reconocer que los profesionales son antes que nada seres humanos involucrados en un complejo conjunto de emociones y responsabilidades es el primer paso para promover una adecuada preparación para lidiar no apenas con los propios sentimientos, sino también con otros profesionales, familiares y especialmente, con la persona enferma.

Ocurre que con el desarrollo tecnológico y científico, el mito de la inmortalidad se estableció

en la sociedad en general y entre los profesionales de la salud en particular, ya que tienden a ver la muerte en el ejercicio de sus funciones como un fracaso, como si no tuviesen alcanzado la eficiencia necesaria. De esta forma, la preparación para trabajar con el proceso de morir y con la muerte se transformó en algo a ser (casi) ignorado en las actividades profesionales de la salud. Una investigación hecha con enfermeros y técnicos de enfermería de la UCI neonatal de dos hospitales públicos en la ciudad de Natal, en Rio Grande do Norte, confirma esa constatación al analizar los sentimientos de estos profesionales en relación a la muerte de pacientes, mostrando que entre ellos prevalecen la culpa, el fracaso y la negación¹¹.

Sin embargo, en la práctica, la salud, además de los aspectos médicos como tratamientos, diagnóstico y aplicación de medicamentos, incluye también los aspectos “medicinales”, que abarcan todos los actos capaces de promover el bienestar o consolar a los desafortunados con remedios, cuidados, afecto y respeto a las personas, a sus creencias y a sus culturas. La diferencia entre el aspecto médico y el medicinal está en el hecho de que el primero depende estrictamente de la actuación del profesional de la salud, mientras que el segundo está presente tanto en quien cuida como en quien recibe el cuidado. Por lo tanto, estando el profesional en la función de cuidar, es necesario incluir entre sus atribuciones, no solamente la búsqueda de la cura, sino también el saber lidiar con la muerte del paciente en estado crítico y con sus familiares, sin olvidar la responsabilidad del cuidado consigo mismo, como ser humano que se depara cotidianamente con la muerte⁹. Aunque no siempre se consiga la deseable armonía entre la técnica médica y el aspecto medicinal, es necesario promover el equilibrio entre ambos¹².

Se incluyen en las funciones del equipo multidisciplinario de la UCI, los cuidados paliativos, que no se limitan a acciones mecanicistas. Un estudio realizado con profesionales de la UCI en un hospital brasileño de enseñanza revela que el énfasis está puesto en los aspectos higiénicos, estéticos y de confort físico, como la minimización del dolor en detrimento de la asistencia psicológica, espiritual y social y del establecimiento de una relación afable entre el profesional, la familia y el paciente¹³. Las acciones paliativas son poco exploradas e incluso consideradas inadecuadas en el espacio de las UCI, aún cuando están pautadas por la filosofía mecanicista¹⁴, lo que probablemente refleja las presunciones adoptadas por las disciplinas de graduación en las áreas relacionadas a la salud – entre

ellas la práctica intensivista – las cuales no contemplan abordajes teóricos más profundos.

La persona en estado terminal tiene los mismos derechos que los demás pacientes: apoyo personal, derecho de ser informado y de rechazar procedimientos o tratamientos y especialmente, derecho al cuidado respetuoso y ético. Además, en caso de rechazo al tratamiento clásico, los cuidados paliativos deben ser lo más eficientes posible y la actuación de los profesionales de la salud debe limitarse a los protocolos de cuidados integrales¹.

Como enseña Kübler-Ross⁴, uno de los aspectos que pueden favorecer sustancialmente la preparación de los profesionales es pensar en su propia finitud, tomando conciencia de la inevitabilidad de la muerte y del morir. Ejercitar esa conciencia ayuda a desarrollar la capacidad de percepción real de nosotros mismos, de quienes somos y de lo que necesitamos; de la suerte que tenemos de poder mirar al otro como un ser único, singular, con especificidades que deben ser respetadas. Ese es uno de los caminos para comprender la muerte como parte imponderable de la vida y fomentar el coraje necesario para aceptarla cuando se vuelve inevitable, provocando el rompimiento de tabús sociales y contribuyendo para cambiar la mentalidad “anti-muerte” arraigada en nuestra cultura y que acaba reflejándose en la conducta de los profesionales de la salud⁵.

Como profesionales de la salud, esa conciencia será la que permitirá tratar al otro en su integralidad. Según Alves y Selli¹⁵, la integralidad en la asistencia, considerada como la forma eficiente y humanizada de acción en salud, requiere del equipo multidisciplinario la capacidad de ayudar individuos con enfermedades terminales y a sus familiares, amparándolos en ese momento crucial y respetando su espiritualidad y creencias tanto como se deben respetar sus características biológicas y decisiones racionales. La ética, fomentada por la bioética en el área de la salud, colabora directamente con la formación y práctica de los profesionales de la salud, ya que constituye el fundamento de la toma de decisiones, de las actitudes y del entendimiento de la función profesional de cuidar enfermos en situación terminal.

En este contexto teórico y conceptual, la bioética propone la reflexión ética acerca de las acciones concretas que involucran el comportamiento cotidiano y fomenta la tolerancia y la aceptación de las pluralidades¹⁵. Además, demuestra que cuidar integralmente al paciente en proceso de morir es tan importante y gratificante como la cura de aquellos

que cuentan con esa posibilidad. Proporcionar una buena muerte es prestar cuidados con dignidad y respeto, proporcionando un final con el mínimo posible de sufrimiento y sin dolor⁹.

El acto de cuidar, por lo tanto, no significa salvar vidas a cualquier precio, sino preservar la vida con dignidad, respetar el tiempo, las necesidades y decisiones individuales, además de asistir a la persona enferma sin que eso signifique mantenerla viva o curarla⁵. Incorporar esa visión medicinal a la práctica de los cuidados de la salud es de suma importancia para rescatar el carácter humano en la relación entre el paciente, sus familiares y los profesionales que lo asisten. Así, tendríamos profesionales capacitados para actuar de acuerdo con la ciencia y la técnica, pero sin negar, ignorar o suprimir creencias personales o sentimientos y emociones oriundos de las singularidades de cada persona. Además, el respeto del profesional necesita entenderse a sí mismo en situación de igualdad con los demás, incluyendo a los enfermos terminales en al menos un aspecto: la finitud.

Cuidado integral y formación académica

Dentro de las dificultades que el profesional de la salud enfrenta, se destaca la formación deficiente. Pese a los avances, el proceso formativo está muy desfasado en relación a la transmisión de conocimientos y la preparación adecuada para actuar y acompañar la muerte y el proceso de morir, que es un reflejo del reconocido tabú de gran parte de la población en relación a este tema. La formación en salud en Brasil reproduce la percepción general de la sociedad de que la muerte representa un fracaso terapéutico, o inclusive, un desprecio por la vida o un desinterés de los profesionales en buscar el tratamiento adecuado y consecuentemente, la cura, que es el único resultado aceptable, aún cuando se sabe que la vida tiene fin¹⁶. En muchas universidades, la cura todavía es considerada como la única forma de alcanzar el éxito profesional. Los equipos de salud, por su formación, luchan incesantemente por la vida y no permiten que haya espacio para cuestionar, dialogar o reflexionar sobre la muerte¹⁶.

En Brasil, no hay nada expresivo en los programas que preparan a los estudiantes del área de salud para lidiar con pacientes terminales; al contrario, lo que se observa es un aumento de la deshumanización. Médicos intensivistas relatan que no tuvieron en su formación ninguna forma de preparación, aprendizaje o información en relación a

los sentimientos y emociones que emergen durante el ejercicio de sus actividades profesionales en la UCI. El tema llega a ser tratado con sorpresa, tal es el distanciamiento que se construye durante su práctica cotidiana¹⁰.

Esa falta de preparación es exactamente lo opuesto a lo que ocurre en muchos países desarrollados, donde la sociedad ya hace mucho que discute cuestiones relacionadas a la finitud de la vida, incluyendo el derecho a una muerte digna. Varias universidades y cursos de esos países incluyen en su formación académica una disciplina llamada tanatología, materia obligatoria y relevante para la formación de los más diversos profesionales del sector. Muchos de sus hospitales e instituciones cuentan con excelentes especialistas en tanatología, además de disponer de programas específicos para trabajar con profesionales, pacientes y familiares¹.

En Brasil, el modelo técnico y mecanicista utilizado en el proceso formativo del profesional de la salud, resulta en aquello que muchos usuarios de hospital y sus familiares llaman frialdad, ya que la regla es que el profesional no se involucre y no abra espacio al cuidado integral y a la humanización, especialmente cuando está lidiando con la inminencia de muerte. Esa formación clásica de las universidades e instituciones de enseñanza de la salud ignora el hecho de que los estudiantes y futuros profesionales son y continuarán siendo humanos, con emociones, expectativas y creencias y que los pacientes, terminales o no, también comparten esos sentimientos. De esta forma, no se reconoce que la consideración del aspecto humano influye directamente en la calidad de vida y el bienestar de la persona enferma. El resultado de esa formación es el desarrollo de mecanismos de defensa, como el distanciamiento, la frialdad y la dificultad de lidiar con la muerte entre los profesionales¹⁶.

Para explicar ese proceso de mecanización de la UCI y del propio profesional intensivista, Oliveira¹² describe la rutina de esta unidad, que despersonaliza y deconstruye a la persona enferma. El proceso tiene inicio con la sustitución de ropas y objetos personales, si es que no han sido retirados antes en otra unidad y reemplazados por la ropa de hospital. Luego se suceden varios procedimientos técnicos relacionados al tipo de cama y equipamientos a ser utilizados, llenado de formularios, instrucciones y explicación de las reglas a los familiares, sin olvidar los rituales higiénicos, como baño y desinfección. Además, el espacio físico es completamente diferente a cualquier lugar que le pueda resultar familiar al paciente: un cartel en la puerta prohibiendo

el acceso a personas extrañas; el aislamiento de la unidad, lejano inclusive de las demás unidades del hospital; la ausencia de ventanas y la luz artificial; el aire acondicionado en temperatura constante y el olor a medicamentos y desinfectantes. Todo allí fue programado y ritualizado con precisión, para tener un funcionamiento técnicamente perfecto, aún a expensas de transformar a la persona enferma y a sus familiares en simples números, completamente despojados de sus personalidades, vulnerables, sumisos y dependientes, sin vida propia. Eso es lo que se aprende en el aula y lo que se practica en la UCI.

El tecnicismo exagerado asimilado durante la formación y las actitudes de los profesionales más experimentados vivenciadas en el trabajo, entran en conflicto con lo que cada persona trae dentro de sí, ya sean sus creencias y formación religiosa o aquellas sensaciones comunes a todos los seres humanos. De esta forma, muchos profesionales carecen de la preparación necesaria para lidiar con situaciones de muerte, además de no saber cómo actuar para que la vivencia de la práctica los lleve a descubrir que es lo realmente importante en este proceso.

Esa frialdad y distancia en la asistencia a pacientes en UCI, en la práctica ocurre cotidianamente. Sin embargo, en la intimidad de cada profesional, los sentimientos se acumulan: insatisfacción, culpa, negación. La formación académica enfatiza la caracterización de los profesionales como héroes que salvan vidas, debiendo, por lo tanto, derrotar a la muerte. Así, cuando la muerte vence, los peores sentimientos de desatan y el general, el resultado es que los profesionales se desgastan y los pacientes sufren¹¹.

Las investigaciones de Kübler-Ross demuestran que los profesionales de la salud también sufren al acompañar a la persona en proceso de morir y suelen tener muchas dificultades al hablar sobre el tema y al buscar ayuda para resolver sentimientos controvertidos⁴. La autora dice: *“Al comienzo de mi trabajo con pacientes moribundos, observé que el personal del hospital sentía una necesidad desesperada de negar que hubiese pacientes en fase terminal sobre su responsabilidad”*¹⁷.

El papel de la enfermería debe destacarse cuando se debate ese tema en el ámbito de las UCI. Esto se debe a que es la actividad que acompaña más de cerca y con más asiduidad el cotidiano de las personas en situación terminal y de sus familiares, aún cuando la atención sea multidisciplinaria (es necesario que así sea, ya que presupone equidad en la atención integral al paciente). Además de promover

la integración entre todos los involucrados en el proceso, la enfermería es directamente responsable por la búsqueda de los recursos necesarios para mejorar la calidad de vida de la persona enferma y por la preparación adecuada para el proceso de morir cuando se torne inevitable⁹⁻¹⁴.

Los programas de la mayoría de los cursos en salud dan poca importancia a la manera en que el profesional debe enfrentar, en el ejercicio de sus funciones, a la muerte y al proceso de morir de los pacientes. Hay un aumento de las disciplinas enfocadas en la formación de profesionales técnicos y aptos para cuidar y prolongar la vida, pero que están poco preparados para dar asistencia y cuidados a pacientes terminales. Actualmente, sin embargo, es posible encontrar instituciones de enseñanza en salud con programas que valoran las materias enfocadas en la humanización de la atención y principalmente, hay maestros que promueven el diálogo e instigan a la reflexión acerca de los sentimientos y emociones presentes en el cuidado de la salud, en el proceso de morir y en la muerte¹⁸. Considerando que la enfermería tiene como función promover tanto la integración del equipo multidisciplinario como la relación entre el equipo, la familia y el paciente, es fundamental insertar en la planificación y proyecto de terapia intensiva, el conocimiento de las modalidades de cuidados paliativos¹⁴.

¿Cómo enseñar sobre la muerte y el proceso de morir en las universidades? El tema estaba en discusión hace décadas, cuando Kübler-Ross propuso que fuesen utilizados seminarios para tratar estos temas⁴. Primeramente, es necesario reconocer nuestra fragilidad frente a la muerte⁴, que se configura como el primer paso para crear un ambiente más natural y normal; en seguida, es fundamental escuchar nuestros propios miedos y angustias¹⁹ y esos aspectos deben ser tratados en la formación académica. Abordar la muerte y el proceso de morir, estimulando a los estudiantes e inclusive a aquellos ya graduados o en pleno ejercicio profesional a debatir sus creencias, sentimientos y percepciones sobre el tema es lo que permite traer a colación lo que realmente somos: seres finitos. Ayuda también a entender que en la condición de responsables por la salud y el bienestar del otro, aún en estado terminal, debemos asistir a los pacientes integralmente, ofreciéndoles lo que necesitan.

Entre los aspectos más importantes de la propuesta de humanización de la atención y estudios sobre cuidados paliativos, ambos defendidos por diferentes disciplinas y corrientes teóricas, está el hecho de que en la salud, y específicamente en

la UCI, las atribuciones profesionales no se limitan al mantenimiento de la vida, sino que incluyen elementos objetivos y subjetivos de la atención integral, como pronósticos de muerte más precisos, el uso de analgésicos más potentes para controlar el dolor y métodos psicológicos más poderosos para aliviar la ansiedad y el sufrimiento²⁰. Esa perspectiva se ampara en los principios y conceptos bioéticos, que buscan maximizar la ética del cuidado y del respeto a la dignidad humana.

En ese contexto, el paliativismo constituye un elemento indispensable del cuidado integral, razón por la cual debe ser parte expresiva del programa de estudios de los más diversos cursos del área de la salud. No obstante, lo que se observa es la falta de conocimiento o de motivación de los profesionales de la UCI para trabajar los cuidados paliativos, pues alegan que su formación se limita a tratar, rehabilitar y curar¹³. En la reformulación de programas, cabe entonces priorizar al paliativismo, de manera que el cuidado integral y multidimensional sea efectivamente asimilado y percibido por los futuros profesionales de la salud como el camino más íntegro en el ejercicio de sus actividades. Esto significa abandonar la perspectiva mecanicista – adoptada inclusive por los raros educadores que abordan los cuidados paliativos – para definir a la atención intensiva.

Cabe destacar que los protocolos de cuidados paliativos o que incluyen el paliativismo en las acciones de salud en la UCI, además de ser fundamentales, complementan la formación. Esos protocolos podrían ser establecidos por una política nacional de cuidados paliativos destinados al cuidado del paciente en situación crítica o terminal, uniendo integralidad, comunicación y terminalidad¹³. La humanización del atendimento ya es conocida como modelo para un cuidado integral más eficiente y es considerada tan importante como la medicación y los procedimientos instrumentales²⁰. Además, la humanización viene siendo establecida y trabajada gradualmente, tanto en los cursos de graduación como en la práctica de la salud, aunque todavía esté lejos del ideal. El cuidado integral, construido por la vía de la humanización, incluye los siguientes principios: valorizar la vida y considerar a la muerte como un proceso natural; no acelerar la muerte ni prolongar la vida; promover el alivio del dolor y otros síntomas; integrar aspectos psicosociales y espirituales y promover el apoyo a la familia durante la enfermedad y el período de luto⁶.

Otro aspecto importante que debe ser parte de la formación es el papel del equipo multidisciplinario

para crear condiciones para que el paciente y sus familiares comprendan la enfermedad, pues eso no solamente ayuda directamente en la construcción de una abordaje positivo para enfrentar la enfermedad con el objetivo de rescatar la salud, sino que también, cuando fuere necesario, facilita y promueve la conciencia de la inevitabilidad de la muerte²¹.

Es necesario fomentar el diálogo, los debates y la propia enseñanza didáctica sobre estas cuestiones durante la formación académica de los profesionales de la salud, como también definir protocolos de cuidados paliativos. Aproximar la muerte a la vida no significa dejar de usar todos los recursos técnicos disponibles, sino reconocer al ser humano en su integralidad y comprender la limitación temporal de la vida¹⁹. De esta forma, se acepta que la responsabilidad por la salud está mucho más cerca del cuidado, de la promoción del bienestar y del respeto por la personalidad y dignidad del ser que únicamente de las medidas técnicas y mecánicas, que son incapaces de cambiar el curso de la vida de enfermos terminales.

Consideraciones finales

Comprender el proceso de nacer, vivir y morir es complejo y paradójico. Si por un lado queremos vivir, y vivir bien, por el otro precisamos pensar y prepararnos para la muerte; al final la gran verdad de la vida es que acaba, todos somos finitos. Aún para quienes creen que este fenómeno representa apenas la muerte biológica, hay en él un proceso para el cual debemos prepararnos. La terminalidad de la vida es un hecho y el proceso de morir, especialmente cuando ocurre por una enfermedad, accidente o cualquier situación que cause dolor y sufrimiento físico, exige que todos los involucrados tengan conciencia y sabiduría para enfrentarla.

Por lo tanto, no se puede subestimar el desorden que la percepción de la muerte genera en cualquier persona. La muerte supera todas las tentativas humanas de vencerla; podemos retardarla,

pero eliminarla es imposible. La muerte de otro es tan provocativa para nuestra capacidad de equilibrio psíquico y emocional como la percepción de nuestra propia muerte.

Todos estos aspectos están presentes en la vida psíquica y emocional de las personas y los profesionales de la salud no son la excepción. Cuando descubren su vocación y deciden ser médicos, enfermeros, nutricionistas, fisioterapeutas o trabajar en otras profesiones de la salud, no eliminan o se exceptúan de los sentimientos, percepciones o creencias en relación a la muerte y al proceso de morir. Tampoco se transforman en inmortales; al contrario, pasan a vivir esos momentos con mayor frecuencia y proximidad.

Por más preparados y experimentados en lidiar cotidianamente con situaciones relacionadas con la muerte que estén, los profesionales de la salud no consiguen familiarizarse con ella. Por el contrario, el enfrentar a la muerte siempre despierta sentimientos conflictivos de fracaso, culpa e impotencia. Para cada profesional, hay situaciones más o menos dolorosas que dependen de algunas variables como la edad de la persona, alguna característica del paciente que le recuerde a alguien muy próximo o el enojo por la no reversión del cuadro, entre otras.

Resta entonces reconocer que estudiar y reflexionar sobre la muerte y el proceso de morir es el mejor camino no solo para actuar con más eficiencia y dignidad en el área de la salud, sino también para recuperar la comprensión de la muerte como un fenómeno natural/normal que es parte de la vida.

La muerte, por generar conflictos entre los profesionales de la salud, debería ser tema de debate durante el proceso de formación de estos profesionales, para que puedan comprenderla como parte integrante de la vida. Finalmente, promover la humanización de la atención a los pacientes y sus familiares sería una manera de amenizar las dificultades en el trato con la muerte, fundamentando todas estas acciones en el contexto de la bioética.

Referências

1. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 8ª ed. rev. ampl. São Paulo: Loyola; 2007.
2. Ariés P. História da morte no Ocidente. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
3. Alles AA. Bioética e processos de religiosidade entre os pacientes com doenças terminais no Brasil. Rev. bioét. (Impr.). 2014;22(3):397-406.
4. Klüber-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

5. Sanches PG, Carvalho MDB. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. *Rev Gaúch Enferm.* 2009;30(2):289-96.
6. Dantas LM. A enfermagem e os cuidados paliativos na terminalidade em UTI: revisão bibliográfica [dissertação]. [Internet]. João Pessoa: Sobrati; 2014 [acesso 20 maio de 2015]. Disponível: www.ibrati.org/sei/docs/tese_807.doc
7. Galvão NAR, Castro PF, Paula MAB, Soares MTS. A morte e o morrer sob a ótica dos profissionais de enfermagem. *Rev Estima.* 2010;8(4):26-34.
8. Vicensi MC. A morte e o processo de morrer no cotidiano da equipe multidisciplinar de uma unidade de terapia intensiva [dissertação]. Concórdia: Universidade do Contestado; 2005.
9. Silva RS, Campos AR, Pereira A. Cuidando do paciente no processo de morte na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm.* 2011;45(3):738-44.
10. Staniscia ACM, Pereira L, Guimarães CPA, Mekler TL, Rezende F. Dificuldades emocionais vivenciadas pelos médicos intensivistas da unidade de terapia adulto de um hospital geral privado. [Internet]. *Rev SBPH.* 2011 [acesso 11 maio 2015];14(1):41-73. Disponível: <http://bit.ly/21OgBWz>
11. Silva LCSP, Valenca CN, Germano RM. Estudo fenomenológico sobre a vivência da morte em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras Enferm.* 2010;63(5):770-4.
12. Oliveira ECN. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicol Ciênc Prof.* 2002;22(2):30-41.
13. Silva CF, Souza DM, Pedreira LC, Santos MR, Faustino TN. Concepções da equipe multiprofissional sobre a implementação dos cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(9):2597-604.
14. Barros NCB, Oliveira CDB, Alves ERP, França ISX, Nascimento RM, Freire MEM. Cuidados Paliativos na UTI: compreensão, limites e possibilidades por enfermeiros. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(3):630-40.
15. Alves JS, Selli L. Cuidado espiritual ao paciente terminal: uma abordagem a partir da bioética. *Revista Bras Bioética.* 2007;3(1):65-85.
16. Borges MS, Mendes N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(2):324-31.
17. Klüber-Ross E. Op. cit. p. 259.
18. Aguiar IR, Veloso TMC, Pinheiro AKB, Ximenes LB. O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. [Internet]. *Acta Paul Enferm.* 2006 [acesso 3 maio 2015];19(2):131-7. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200002>
19. Bellato R, Araujo AP, Ferreira HF, Rodrigues PF. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. [Internet]. *Acta Paul Enferm.* 2007 [acesso 20 maio 2015];20(3):255-63. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300003>
20. Caetano JA, Soares E, Andrade LM, Ponte RM. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2007;11(2):325-30.
21. Gutierrez BAO, Ciampone MHT. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTI. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(4):660-7.

