

Percepción de la eutanasia por parte de los profesionales sanitarios

Amanda Aparecida Alves Silva¹, Fernanda Kelly Mendes Pestana², Fernanda Cardoso Rocha³, Bruna Roberta Meira Rios⁴, Artur Almeida Aquino⁵, João Fabio Gonçalves Sobrinho⁶, Joyce Micaelle Alves⁷, Álvaro Parrela Pires⁸

Resumen

En su origen, la palabra “eutanasia” significa “buena muerte” o “muerte sin dolor”, práctica que pretende aliviar el sufrimiento y poner fin al dolor del paciente terminal. Este estudio tuvo como objetivo comprender los sentimientos y percepciones de los profesionales que trabajan en la unidad de cuidados intensivos sobre el tema. Se trata de un análisis retrospectivo, descriptivo y cualitativo, realizado con 23 profesionales del Hospital Universitario Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, mediante entrevistas estructuradas interpretadas a partir del análisis de contenido. Los profesionales demostraron conocimientos previos sobre la eutanasia y mostraron en sus discursos percepciones de los aspectos sociales, morales, éticos y técnicos. La eutanasia es un tema complejo, muy discutido en todo el mundo. Por lo tanto, es necesario explorar la cuestión de la legalización, así como las repercusiones de esta decisión en la vida del paciente y de la sociedad en su conjunto.

Palabras clave: Eutanasia. Muerte. Cuidados paliativos. Personal de salud.

Resumo

Percepção de profissionais da saúde sobre eutanásia

Em sua origem, a palavra “eutanásia” significa “boa morte” ou “morte sem dor”, prática que visa aliviar o sofrimento e cessar a dor do paciente em estado terminal. Este estudo teve como objetivo compreender os sentimentos e as percepções dos profissionais que atuam em unidade de terapia intensiva sobre o tema. Trata-se de pesquisa de caráter retrospectivo, descritivo e de análise qualitativa realizada com 23 profissionais do hospital universitário de Montes Claros/MG, por meio de entrevistas estruturadas, interpretadas a partir da análise de conteúdo. Os profissionais demonstraram conhecimento prévio sobre eutanásia e evidenciaram em seus discursos percepções de aspectos sociais, morais, éticos e técnicos. A eutanásia é questão complexa, muito discutida mundialmente. Portanto, é necessário explorar a problemática de legalização, bem como os impactos dessa decisão na vida do enfermo e na sociedade como um todo.

Palavras-chave: Eutanásia. Morte. Cuidados paliativos. Pessoal de saúde.

Abstract

Health workers' perceptions about euthanasia

Euthanasia, which originally means “good death” or “painless death”, is a practice aimed at relieving suffering and ending the pain of the terminally ill patient. This study was designed to understand Intensive Care Unit health workers' feelings and perceptions about euthanasia. This is a retrospective, descriptive and qualitative analysis research conducted with 23 workers at the University Hospital of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, through structured interviews interpreted from content analysis. The interviewees demonstrated prior knowledge of euthanasia, and their discourses evidenced perceptions of social, moral, ethical and technical aspects. Euthanasia is a matter of great complexity, much discussed worldwide. It is necessary to explore the legalization issue, as well as the impacts of implementing such practice on the life of the sick patient, as well as for society as a whole.

Keywords: Euthanasia. Death. Palliative care. Health personnel.

Aprobación CEP-Soebras 2.014.605

1. **Graduada** mandinha9.dinha@gmail.com – Faculdade de Saúde Ibituruna (Fasi) 2. **Graduada** fernanda.k15@hotmail.com – Fasi 3. **Estudiante de máster** nandac.rocha@hotmail.com – Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) 4. **Especialista** brunameirarios@gmail.com – Fasi, Montes Claros/MG 5. **Graduado** enfarturaquino@gmail.com – Faculdades Unidas do Norte de Minas (Funorte) 6. **Graduado** joao3832@hotmail.com – Funorte 7. **Graduada** joyce.alves25@yahoo.com.br – Unimontes, Montes Claros/MG 8. **Magíster** alvaroparrela@yahoo.com.br – Funorte, Montes Claros/MG, Brasil.

Correspondencia

Fernanda Cardoso Rocha – Rua São Roberto, 55, Todos os Santos CEP 39400-121. Montes Claros/MG, Brasil.

Los autores declaran no haber conflictos de interés.

El tema de la eutanasia ha sido muy discutido en la actualidad, provocando interminables preguntas en el mundo académico y profesional y dividiendo las opiniones entre los que han estudiado la práctica desde hace mucho tiempo. Esto se deriva de su conexión con uno de los temas más delicados para la percepción humana: la muerte¹.

El concepto de eutanasia proviene del griego “*eu*” (bueno) y “*thanatos*” (muerte) – “buena muerte”, “muerte sin dolor”, “muerte sin sufrimiento”² –, término que fue utilizado por primera vez por Francis Bacon en 1623 en su libro “*Historia vitae et mortis*”³. Existen algunos tipos de eutanasia, y es esencial distinguirlos. La *natural*, que se refiere a la muerte sin interferencias externas, y la *provocada*, que exige la acción humana con el fin de acabar con la aflicción y la angustia del paciente, dando fin a su vida de forma directa o indirecta. La eutanasia provocada se subdivide en autónoma, cuando el paciente se suicida, y heterónoma, cuando otra persona coopera para la interrupción de la vida¹.

También existe la eutanasia *lenitiva*, que ayuda al paciente en diversos aspectos, como el psicológico, el físico y el moral, sin utilizar medios para acortar la vida, mientras que la eutanasia *activa voluntaria* anticipa la muerte del paciente, a petición suya y con su permiso y el consentimiento de los demás. La eutanasia activa voluntaria se divide a su vez en tres tipos: la liberadora, que tiene por objeto poner fin al sufrimiento del paciente; la eugenésica, que proporciona una muerte indolora a los pacientes deformes con enfermedades contagiosas o crónicas, con el fin de mejorar la naturaleza humana; y la económica, que incluye a las personas con enfermedades mentales, los ancianos y los incapacitados, a fin de liberar a los miembros de la familia y a la sociedad de la “carga” de su cuidado¹. Sin embargo, cabe señalar que los derechos humanos rechazan estas formas de eutanasia que por lo tanto no deben utilizarse bajo ninguna circunstancia.

La eutanasia también puede caracterizarse como *activa* y *pasiva*. En la activa, se busca reducir la angustia con intervenciones que ayuden a la muerte del enfermo, y en la pasiva, se abandona el tratamiento. La eutanasia pasiva también se divide en directa, que anticipa la muerte del paciente, e indirecta, considerada eutanasia pura, que no pretende anticipar la muerte, sólo reducir el sufrimiento¹.

Por el contrario, la distanasia prolonga la muerte, utilizando tecnologías para evitarla, incluso si trae dolor. Esta práctica puede considerarse incluso como una lesión corporal para el enfermo o

como una restricción ilegal⁴. La ortotanasia difiere de la eutanasia sólo en un punto: en la forma de aliviar el sufrimiento. La ortotanasia suspende los tratamientos que prolongan artificialmente la vida del enfermo terminal, aplicando únicamente cuidados paliativos para evitar el dolor⁵. Como en muchos casos el paciente sólo permanece vivo gracias a estos tratamientos, la práctica de la ortotanasia permite la muerte espontánea del paciente, sin acortar ni prolongar la vida⁵.

Algunos países ya han legalizado la eutanasia. Los Países Bajos fueron los precursores, al haber aprobado la ley que la regula en 2001, que entró en vigor al año siguiente. Siendo una cuestión controvertida, tras la legalización hubo demandas y protestas, pero las investigaciones indicaron que una parte significativa de la población holandesa (aproximadamente el 90%) aceptaba la práctica⁶. En Bélgica, la eutanasia se legalizó en mayo de 2002, entrando en vigor el mismo año⁶, y en 2014 el país se convirtió en el primero en aprobar esta práctica en niños, promulgando una ley que la permite sin limitar la edad en casos de enfermedad terminal con un sufrimiento constante e insoportable⁷.

Sin embargo, incluso sin restringir la edad del paciente, la legislación belga no incluye a todas las personas, ya que exige la capacidad de discernir y solicitar por escrito⁷. Por lo tanto, no se contemplan los niños con alteraciones de la conciencia, sin habilidades cognitivas o motoras, con déficits intelectuales, muy jóvenes y/o recién nacidos⁷. Incluso teniendo en cuenta los intensos debates, en los que participaron varias áreas profesionales, una encuesta señaló que el 75% de los belgas aprobaban la medida, aunque había reservas en cuanto a sus posibles consecuencias en la sociedad⁸.

También en Bélgica se permite que los pacientes en etapas distintas de la enfermedad terminal soliciten la eutanasia, siempre que un tercer médico apoye la decisión confirmando el estado del paciente. Además, el caso debe ser examinado por un comité especial, que averiguará si se cumplen todas las condiciones legales⁶.

En Brasil, el Consejo Federal de Medicina (CFM) tiene, en la Resolución CFM 1.995/2012⁹, sobre las directivas anticipadas de voluntad (DAV), que registran la voluntad y las preferencias del paciente en caso de que se enferme y no pueda manifestarlas¹⁰. A través de este instrumento, la persona puede comunicar cómo quiere ser tratada en caso de no poder tomar decisiones, especialmente en circunstancias de muerte. Sin embargo, la resolución no permite la eutanasia⁹.

Método

Este estudio tiene como objetivo entender los sentimientos y percepciones de los profesionales que trabajan en la unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital universitario en Montes Claros, Minas Gerais, Brasil acerca de la eutanasia. Se trata de una investigación retrospectiva y descriptiva con un enfoque cualitativo, cuyos datos fueron recopilados en entrevistas. Se seleccionaron para el estudio profesionales de la salud con formación técnica y superior, con la participación de médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y fisioterapeutas. Se excluyeron los profesionales que no deseaban participar y los que no estaban presentes en los días de la entrevista por diversos motivos, como el cambio de turno, las vacaciones, el certificado médico y/o la licencia de maternidad.

De la muestra principal elegida, correspondiente al número de profesionales de nivel técnico y superior que trabajaban en la unidad encuestada (n=36), se incluyeron 23 participantes (63,9%). La encuesta tuvo una adhesión significativa y, a pesar de ser cualitativa, tuvo como característica la saturación de datos entre los resultados obtenidos. Se realizaron invitaciones y entrevistas en el ambiente de trabajo, presentando el proyecto y los objetivos y puntuando la forma de confidencialidad utilizada. Las entrevistas han sido conducidas individualmente en la sala de reuniones con la entrega de un boletín médico.

Este estudio siguió los preceptos de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS)¹¹. Para garantizar la confidencialidad de la información, en el momento de la entrevista los investigadores llevaron un ramo con varios tipos de flores artificiales para que el entrevistado pudiera elegir una de ellas como su nombre en clave. El formulario de consentimiento informado fue firmado por todos los participantes.

Se utilizó como herramienta para la recopilación de las informaciones el guion de la entrevista estructurada compuesto de siete preguntas abiertas. Este cuestionario fue validado mediante pruebas previas, adaptándolo para su posterior aplicación. Tras la recopilación, los datos se transcribieron y evaluaron cualitativamente utilizando el método de análisis de contenido¹², identificando los temas presentes en las respuestas y orientando su interpretación sobre la base literaria acerca del tema propuesto. Este estudio puede contribuir a una mejor comprensión de los sentimientos y percepciones de los profesionales de los cuidados intensivos sobre el tema de la eutanasia, así como estimular el interés de la comunidad académica por el tema.

Resultados y discusión

Las siguientes categorías de análisis desarrolladas y presentadas a continuación se ajustan a los objetivos preestablecidos de esta investigación: percepción y libertad de elección; comprensión de la eutanasia por parte de los profesionales; aplicabilidad de la eutanasia en las esferas ética y médica; aspectos morales y sociales de la eutanasia.

Percepción y libertad de elección

Según Favarim¹, es indispensable analizar el sufrimiento y la angustia que experimenta el paciente terminal, ya que tiene derecho a morir con total dignidad y respeto. Para algunos, esta condición se relaciona con procedimientos que alivian el dolor y proporcionan cierta calidad y comodidad en el tiempo de vida restante. Sin embargo, en otros sentidos, la dignidad implicaría optar por la muerte antes de experimentar condiciones extremas, antes de que el sufrimiento se intensifique tanto para la familia como para el paciente. Por lo tanto, en el proceso de discutir la eutanasia, es importante considerar primero el bienestar, los deseos, los sentimientos y la opinión del paciente.

En cuanto a la libertad de elección del paciente para decidir si desea o no la eutanasia, los entrevistados manifestaron percepciones similares. Uno de ellos señala: *“una persona, para hacer tal declaración, que quiere morir, más aún en esta situación, la persona no está en su estado mental saludable. No creo que ninguna persona que esté bien pida que se le interrumpa la vida”* (Anturio). Otro entrevistado opina: *“Esto es un poco frustrante, porque realmente piensas en el paciente, pero en ese momento no está en condiciones de decidir sobre su vida; en mi opinión, no lo está. Una persona que pide esto no está abierta a tener otros intentos para aliviar el dolor”* (Girasol). Según las declaraciones, se puede observar que los entrevistados consideran que, incluso con una enfermedad terminal y experimentando mucho sufrimiento, los pacientes no tienen las condiciones psicológicas para decidir abreviar su propia vida, aunque se les permitiera.

Otro entrevistado manifestó lo contrario, poniéndose a favor del derecho irrestricto del paciente a la autonomía: *“creo que si es legal, si el paciente y la familia lo quieren, tenemos que seguir la voluntad del paciente y la familia, si es algo legal, estoy a favor de la eutanasia. Porque para mí lo que prevalece es lo que el paciente quiere; si es lo que él quiere, entonces seguiremos su voluntad”* (Orquídea).

Es notable el cuidado y la preocupación por la vida para no dañar la salud del paciente. Sin embargo, debe respetarse su autonomía, su derecho a elegir, a aceptar o no ciertos tratamientos, permitir su participación en el proceso de toma de decisiones y darle poder, tratándolo con total integridad y dignidad¹³. Como afirman Meireles y Magallanes, *la autonomía para morir encuentra una fuerte resistencia moral. La vida, por el sentimiento social común, extremadamente influenciada por la moral religiosa, se considera un bien inalienable e inasequible*¹⁴.

Comprensión de los profesionales sobre la eutanasia

La eutanasia implica acortar la vida de un enfermo terminal que sufre dolores insoportables¹⁵. Su práctica, realizada por un especialista, sólo incluía a los pacientes con enfermedades incurables. Con el tiempo, ha adquirido un sentido más específico de promover la muerte del individuo que se encuentra con alguna enfermedad incapacitante, incurable o en fase terminal y con dolor¹⁶. La mayoría de los profesionales entrevistados en este estudio demostraron conocer y comprender el concepto de eutanasia, como se puede ver:

“El concepto que conozco es cuando el profesional de la salud colabora para interrumpir el proceso vital del paciente de alguna manera. Sería lo más simplificado, aunque entiendo que hay varias formas, varios escenarios, varios contextos en los que esto puede suceder” (Rosa del Desierto).

“Sobre la eutanasia, sé un poco de lo que he leído, un poco de lo que he discutido, conozco la etimología de la palabra, ‘eu’ de buena, ‘thanatos’, muerte (buena muerte), una muerte agradable” (Lisianthus).

“La eutanasia es un método que la persona pide conscientemente para aliviar el dolor, para que las personas en el área de la salud hagan algo que realmente le quite la vida. De una manera más tranquila, pero eso le quita la vida. Y quiere tener el derecho de elegir por sí misma el momento en que va a morir” (Girasol).

Sin embargo, dos de los entrevistados no pudieron abordar la cuestión o indicar su importancia. Uno de ellos dijo: *“Sé muy poco sobre la eutanasia porque no es un tema muy discutido dentro del Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) entre nosotros, los profesionales, por lo que no puedo decirles lo que es claramente una eutanasia”* (Orquídea).

Otra participante relató su experiencia en otro hospital en el sector de hemodiálisis, la que considera

que es una forma de eutanasia: *“El paciente ya no quería hacer el tratamiento, así que le dijo al médico: ‘dame el alta, moriré en casa, no quiero más venir aquí’. No dijo ‘me matas’, sino ‘doctor, me das el alta de aquí, no dices que no quiero hacer el tratamiento, pero me das el alta porque ya no quiero hacer el tratamiento’. Entonces el médico dijo que no podía liberarlo, pero el paciente se murió porque permaneció seis días sin tratamiento. Cuando decidió venir, en el medio del camino no pudo resistirse. Así... creo que esto puede encajar, porque él abandonó el tratamiento, dijo que no quería hacerlo y le dijo al doctor que le diera el alta, este fue un caso reciente que ocurrió en la hemodiálisis”* (Dalia).

Se percibe que el caso que nos narra el entrevistado es una forma de eutanasia pasiva. Se destaca que en el Brasil la conducta médica en casos terminales, enfermedades graves, sin pronóstico o incurables sigue siendo restringida debido a la complejidad y la falta de posicionamiento sobre la eutanasia. Sin embargo, el hecho de que no se admita la eutanasia no implica negar la atención al paciente o dejarle morir de forma innecesariamente dolorosa. Hay formas de proporcionar al paciente más comodidad y alivio del dolor, ofreciendo cuidados paliativos y esperando que la vida del paciente termine de forma natural. Esta práctica se conoce como ortotanasia⁴. Para algunos profesionales, la ortotanasia es la opción más correcta para cuidar y confortar al paciente en este estado:

“No creo en la eutanasia, además de que tenemos medicamentos para aliviar el dolor, así que no para prolongar, sino para [dar] consuelo” (Jazmín).

“El camino de los cuidados paliativos es también un camino de una muerte aliviada, una buena muerte, una muerte sin intervenir necesariamente en la autonomía del paciente y quitarle la vida” (Lisianthus).

“Manera de aliviar, ya puedo citar el término ortotanasia, que sería lo mismo que los cuidados paliativos y tratamos de promover la comodidad del paciente hasta el final de la vida” (Jara).

Sin embargo, algunas personas consideran que los cuidados *“paliativos, cuando [el paciente] está en sufrimiento, no siempre dan resultado, así que para mí la muerte es lo que aliviará totalmente el sufrimiento del paciente”* (Orquídea). La ortotanasia ha sido muy defendida porque no se considera como una forma de anticipar la muerte sino de permitir la de forma natural, reduciendo al máximo el sufrimiento. El criterio utilizado por quienes lo practican se basa en aspectos objetivos, no sólo emocionales y sentimentales,

cumpliendo la legislación. Por lo tanto, tiene por objeto proteger la integridad y la dignidad del paciente terminal que, debido al dolor experimentado, no desea seguir viviendo o no tiene condiciones para hacerlo con calidad. Su legitimidad y utilidad están legalmente reconocidas, siendo su práctica permitida en el Brasil⁵.

El Código de Ética Médica, establecido en la Resolución CFM 2.217/2018, establece en el artículo 41 que está prohibido que el médico *acorte la vida del paciente, incluso a petición de éste o de su representante legal*¹⁷. Sin embargo, en el párrafo único del mismo artículo se subraya que, en los casos de enfermedades incurables y terminales, el médico debe ofrecer todos los cuidados paliativos disponibles sin emprender acciones diagnósticas o terapéuticas inútiles u obstinadas, teniendo siempre en cuenta la voluntad expresa del paciente o, en su imposibilidad, la de su representante legal¹⁷.

Cabe mencionar también que el Consejo Federal de Medicina, apoyado por la Resolución CFM 1.805/2006¹⁸, permite restringir o suspender los procedimientos y tratamientos que prolongan la vida del paciente en la fase terminal de una enfermedad grave y crónica, siempre y cuando se respete la voluntad de la persona o de su representante legal. Por lo tanto, se percibe que persisten contradicciones y divergencias en torno a la eutanasia, marcando un momento de transición normativa en la que se discute su autorización o prohibición por varias razones y medios, teniendo en cuenta la dificultad de tratar cuestiones extremadamente delicadas.

Aplicabilidad de la eutanasia en el ámbito ético y médico

En esta categoría, se identificó la posición del profesional cuando un paciente con una enfermedad grave o terminal pide al equipo médico que realice la eutanasia. En los discursos se pudo observar que muchos de los entrevistados consideraban que no era deber del médico ni de ninguna otra persona quitarle la vida al paciente, aunque éste se encuentre en una situación de gran sufrimiento. En este sentido, fue posible relacionar puntos de vista a favor y en contra de la punición del profesional que realiza la eutanasia. Las opiniones fueron contundentes:

“No creo que nadie tenga derecho a acortar la vida de otra persona. No juzgo si alguien ya lo ha hecho, pero particularmente no lo haría; pero si lo hace, tiene que responder frente a la ley, éticamente” (Margarita).

“Creo que me opongo a eso. Pienso que no tenemos derecho a cerrar el ciclo de vida... Creo que no

tenemos el derecho, creo que debo hacer lo que pueda, sin importar la patología que sea, si tiene un pronóstico o no” (Rosa Roja).

“Creo que desde el momento en que es consistente con los deseos de los parientes, si todos los miembros de la familia están a favor, creo que no debe ser punido, no” (Tulipa).

“Creo que mucha gente está muerta en el CTI, mientras que mucha gente viva está muriendo en la calle. Así que mucha gente está encerrada dentro del CTI, sin ninguna expectativa; viviendo, no, sufriendo encima de una cama, y no se hace nada” (Siempreviva Púrpura).

Por consiguiente, las cuestiones éticas que plantea la eutanasia requieren un razonamiento minucioso, que abarque argumentos a favor y en contra que traten de explicar o justificar la práctica en situaciones como las de pacientes terminales pero conscientes, o en estado vegetativo sin perspectivas de mejora, o incluso de niños en estado grave. Por lo tanto, es posible explorar que el discernimiento seguro del ser humano en relación con la eutanasia está extremadamente ligado al pensamiento de que matar es algo que debe ser desafiado y desterrado por la sociedad¹⁹.

Teniendo en cuenta la postura y la posición de los participantes durante las entrevistas, los investigadores postulan que, a pesar del esfuerzo por proporcionar un entorno adecuado, los entrevistados pueden haberse sentido inhibidos, retraídos o incómodos para expresar su opinión. Sin embargo, uno de los participantes mostró menos inhibición al discutir el tema:

“Creo que tenemos que dejar de tratar a las familias que no cuidan bien a sus parientes... Entonces eso resulta en problemas, así que seguimos tratando a la familia para que no nos denuncien. Así que hay una apertura a muchas cosas, mucha gente que podría dejar de sufrir aquí – si no hubiera intervenciones innecesarias que no mejorarían, sólo retrasarían el sufrimiento, no traerían vida, mucha gente no estaría sufriendo aquí hoy. En ese caso, ni siquiera necesitaría la eutanasia, pero lamentablemente hoy en día [en] nuestra sociedad, debido a los procesos judiciales, hay muchas personas oportunistas, y a veces tratamos a la familia que está fuera de la cama más que al paciente que está en la cama... Porque hay tantas amenazas, porque nos vemos obligados a tratar al paciente, pero no al paciente, a la familia, porque no hay pronóstico” (Siempreviva Púrpura).

Aspectos morales y sociales de la eutanasia

La práctica de la eutanasia está intrínsecamente ligada al valor social atribuido a la vida humana y a la moralidad relacionada con el acto de matar. En las entrevistas, se hizo evidente la influencia de los aspectos religiosos en la respuesta de los entrevistados en contra la eutanasia:

“Yo, como cristiana, no estoy de acuerdo, aunque el caso sea crítico y, médicamente hablando, no favorable, creo que el tiempo es Dios quien determina” (Gaillardia).

“No. Dejaré muy claro que soy un kardecista, un espiritista kardecista, mi religión ya lo predica. La eutanasia por desgracia, o afortunadamente, tiene una base religiosa muy grande, y no creo que esa sea la manera de aliviar el dolor” (Girasol).

“En particular, me opongo, por razones éticas y religiosas. No creo que la interrupción de la vida dependa de nosotros, seres humanos” (Jazmín).

La posición moral de cada entrevistado oscila según su proximidad a la creencia en el principio de la sacralidad de la vida, que nos impulsa a salvaguardar la vida humana como sagrada, como santificada por Dios. Para los que creen en este principio, las actitudes humanas no se definen moralmente por sí mismas y por sus consecuencias sociales y ecológicas, sino por lo que se habría definido como correcto *a priori* por Dios, y por lo tanto se regulan de manera heterónoma²⁰. Los valores personales dependen del entorno en el que uno se inserta, de las experiencias con la familia, la escuela, los amigos y en el transcurso del ejercicio profesional. En algunos casos, los valores más expresivos de un sujeto provienen de las creencias previamente adquiridas por los padres y los miembros de la familia²⁰.

Las entrevistas también destacaron a los profesionales a favor de la eutanasia y a los que se posicionaron según cada caso:

“La eutanasia podría ser legalizada siempre y cuando tuviera una forma de control estricto por parte de las unidades [en] que se aplicaría (...). Habría que contar con capacitaciones y personas especializadas para discutir este tema, con posibilidades de protocolo, para definiciones de protocolos muy específicos sobre la realización de la eutanasia” (Jara).

“Creo que en algunos casos podría estar a favor del paciente, porque vemos mucho sufrimiento, que el

paciente no tendría que pasar realmente. (...) Creo, en mi opinión, [que] depende del caso” (Alcatraz).

La reflexión sobre la eutanasia no pretende aprobar ni defender la muerte, sino sólo estimular a la sociedad y a los profesionales a pensar y admitir que sus seres queridos o sus pacientes pueden experimentar una muerte más serena sin tanto sufrimiento innecesario. Es necesario admitir que el enfermo no sólo tiene derecho a la vida y a los mejores esfuerzos para promoverla y restaurarla, sino también a una buena muerte cuando la muerte es inminente. Si aceptar la petición de eutanasia hecha por un paciente terminal sin condición de curación y sufriendo un dolor indescriptible, es un crimen, es adecuado reflexionar: ¿no sería igualmente criminal obligar a este enfermo a arrastrarse a una vida inmersa en la angustia y el dolor²¹? ¿Sería esta la marca de nuestra “humanidad”?

Consideraciones finales

La eutanasia es un tema polémico que se discute mucho en todo el mundo y que se admite en algunos países. Existe un gran interés y curiosidad sobre el tema por parte de los pacientes y familiares, y por lo tanto el tema debe ser más explorado. Cabe señalar que se trata de una práctica ilegal en el Brasil, pero, como base hipotética, este estudio tenía por objeto conocer la opinión de los profesionales sanitarios de una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

El discurso de los profesionales entrevistados revela opiniones divergentes, a veces favorables y a veces contrarias. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las opiniones favorables pueden haberse visto frenadas por el hecho de que la práctica se considera un delito en el país. Se supone, por tanto, que si la ley y la moral religiosa que marcan la sociedad ya limitan el debate sobre la eutanasia, especialmente en el ámbito laboral, sólo se puede imaginar lo mal que se sentiría el profesional encargado del procedimiento. Estas circunstancias adversas impiden conocer exactamente la opinión de los profesionales sobre el tema.

Sin embargo, no se puede negar que hay varias percepciones y posiciones sobre la legalización de la práctica de la eutanasia en el Brasil y en el mundo. Hay los que defienden la regulación, considerando los sentimientos y la voluntad del paciente al final de la vida; hay los que se posicionan según la casuística, lo que implicaría el examen minucioso de cada caso; y, finalmente, los que valoran los métodos que ayudan a aliviar el dolor y el sufrimiento para que la muerte siga su curso natural, sin permitir,

sin embargo, que una persona le quite la vida a otra. Todas estas posiciones apuntan a una verdad

inequívoca: la discusión se refiere a una preocupación de la sociedad actual y el debate está abierto.

Referencias

1. Favarim AM. Eutanásia: algumas considerações. Rev Sorbi [Internet]. 2014 [acesso 30 ago 2016];2(2):23-34. DOI: 10.18308/2318-9983.2014v2n2.34
2. Gafo Fernández J. 10 palavras-chave em bioética: bioética, aborto, eutanásia, pena de morte, reprodução assistida, manipulação genética, aids, drogas, transplantes de órgãos, ecologia. São Paulo: Paulinas; 2000.
3. Bottega C, Campos LSF. Considerações sobre eutanásia, distanásia e ortotanásia e a bioética. Rev Juríd Univ Cuiabá [Internet]. 2011 [acesso 2 set 2016];13(2):39-62. Disponível: <https://bit.ly/2RHsL5v>
4. Campos CLC, Ribeiro JBCA, Martins MHE, Pacheco RP, Donato S, Nolasco RAB, Santana WG. Eutanásia. Rev Juríd [Internet]. 2013 [acesso 30 ago 2016];5(1):1-11. Disponível: <https://bit.ly/2u5YzbS>
5. Theodoro A Jr, Alves LM. Vida e morte com dignidade, preceitos e aplicações da eutanásia, ortotanásia e distanásia. Etic Encontro Inicia Cient [Internet]. 2015 [acesso 3 set 2016];11(11):1-17. Disponível: <https://bit.ly/2RldIOM>
6. Souza FAP, Gouveia M. A história da eutanásia. Etic [Internet]. 2012 [acesso 2 set 2016];8(8):1-14. Disponível: <https://bit.ly/2tjHf3a>
7. Silva FM, Nunes R. Caso belga de eutanásia em crianças: solução ou problema? Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2015 [acesso 6 fev 2018];23(3):475-84. DOI: 10.1590/1983-80422015233084
8. Pereira MRSC. Luta pela vida ou pela morte? Etic [Internet]. 2014 [acesso 2 set 2016];10(10):1-11. Disponível: <https://bit.ly/3acstfp>
9. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995, de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 269-70, 31 ago 2012 [acesso 1º nov 2019]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2NxmSqm>
10. Silva ML. A prática de ortotanásia no término da vida: uma análise da inviolabilidade do direito à vida fundamentada no princípio da dignidade da pessoa humana. Uniritter Law J [Internet]. 2015 [acesso 2 out 2016];(2):37-46. Disponível: <https://tinyurl.com/rmt4ngl>
11. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 1º nov 2017]. Seção 1. Disponível: <http://bit.ly/1mTMS3>
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
13. Carvalho APD. Direito de morrer de forma digna: autonomia da vontade. Orbis Rev Cient [Internet]. 2012 [acesso 1º nov 2017];2(1):15-29. Disponível: <https://bit.ly/35ZgpdY>
14. Meireles CCV, Magalhães CAT. Direito e suicídio: o direito da liberdade de escolha de viver ou morrer no ordenamento brasileiro. Letras Juríd [Internet]. 2014 [acesso 1º nov 2017];(3):222-6. p. 226. Disponível: <https://bit.ly/2RHgWt>
15. Pereira I, Marques D. Eutanásia respeito ou desrespeito ao direito a vida [Internet]. In: Anais da 13ª Mostra de Iniciação Científica Congrega Urcamp; 5-7 out 2016; São Gabriel. Bagé: Ediurcamp; 2017 [acesso 15 jan 2020]. Disponível: <https://bit.ly/36XcSz>
16. Santos AA, Azzolini M, Simões IAR. Significado e percepção de eutanásia sob a óptica de acadêmicos de medicina de uma cidade sul mineira. Rev Ciênc Saúde [Internet]. 2015 [acesso 27 set 2016];5(4):43-50. DOI: 10.21876/rcsfmit.v5i4.404
17. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2019 [acesso 1º nov 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2FTuyyS>
18. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 169, 28 nov 2006 [acesso 8 fev 2018]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2QWPbR2>
19. Matzembacher A, Ferrareze Filho PF. Aspectos éticos e jurídico-penais sobre a eutanásia. Direito Debate [Internet]. 2009 [acesso 30 out 2016];18(31):11-31. Disponível: <https://bit.ly/2GiAOAs>
20. Rates CMP, Pessalacia JDR. Posicionamento ético de acadêmicos de enfermagem acerca das situações dilemáticas em saúde. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2010 [acesso 30 nov 2016];18(3):659-77. Disponível: <https://bit.ly/2FPabD0>
21. Melo ACP. A polêmica legalização da eutanásia no Brasil: o dever ético de respeito às vontades antecipadas dos pacientes terminais. Etic [Internet]. 2015 [acesso 23 out 2016];11(11):1-30. Disponível: <https://bit.ly/2TpX1Es>

Participación de los autores

Amanda Aparecida Alves Silva y Fernanda Kelly Mendes Pestana prepararon el proyecto, reunieron los datos y, junto con Bruna Roberta Meira Rios, Artur Almeida Aquino, João Fabio Gonçalves Sobrinho y Joyce Micaelle Alves, discutieron los resultados y escribieron el artículo. Fernanda Cardoso Rocha orientó el trabajo, analizó los resultados y contribuyó a la redacción, revisión y adecuación del texto a las normas. Álvaro Parrela Piris orientó el proyecto.

Amanda Aparecida Alves Silva

 0000-0002-9825-2112

Fernanda Kelly Mendes Pestana

 0000-0003-0697-145X

Fernanda Cardoso Rocha

 0000-0001-6381-2063

Bruna Roberta Meira Rios

 0000-0002-7715-2921

Artur Almeida Aquino

 0000-0003-2196-6202

João Fabio Gonçalves Sobrinho

 0000-0003-2598-0108

Joyce Micaelle Alves

 0000-0002-2339-3607

Álvaro Parrela Piris

 0000-0002-7151-5015

