



INVESTIGACIÓN

Suicidio asistido y eutanasia en la perspectiva de profesionales y estudiantes de un hospital universitario

Vitor Bastos Brandalise¹, Aline Pertile Remor¹, Diego de Carvalho¹, Elcio Luiz Bonamigo¹

1. Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc), Joaçaba/SC, Brasil.

Resumen

Se tuvo como objetivo identificar la actitud de profesionales y estudiantes de enfermería, fisioterapia, medicina y psicología de un hospital universitario ante el suicidio asistido y la eutanasia. El estudio fue desarrollado por medio de un cuestionario de auto-llenado y contó con 354 participantes, entre los cuales el 68,1% concordó con la legalización del suicidio asistido y el 73,2% con la legalización de la eutanasia para pacientes con enfermedades terminales. La concordancia con la legalización del suicidio asistido o de la eutanasia fue del 46,9% en casos de pacientes con enfermedades neurodegenerativas progresivas y del 30,8% en casos de tetraplejía. En los casos de enfermedades terminales, si se legalizara, el 45% de los participantes practicaría suicidio asistido, el 57% solicitaría eutanasia, el 36,5% colaboraría en el suicidio asistido y el 39,9% colaboraría en la eutanasia. Se concluye que la amplia aceptación de la legalización de la eutanasia y del suicidio asistido entre los participantes enfatiza la necesidad de ampliar la discusión sobre el tema entre la población.

Palabras clave: Suicidio asistido. Eutanasia. Derecho a morir. Actitud frente a la muerte. Bioética.

Resumo

Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário

Objetivou-se identificar a atitude de profissionais e acadêmicos de enfermagem, fisioterapia, medicina e psicologia de um hospital universitário perante suicídio assistido e eutanásia. O estudo foi desenvolvido por meio de questionário de autopreenchimento e contou com 354 participantes, entre os quais, 68,1% concordaram com a legalização do suicídio assistido e 73,2% com a legalização da eutanásia para pacientes com doenças terminais. A concordância com a legalização do suicídio assistido ou da eutanásia foi de 46,9% em casos de pacientes com doenças neurodegenerativas progressivas e de 30,8% em casos de tetraplegia. Em casos de doenças terminais, se legalizados, 45% dos participantes cometeriam suicídio assistido, 57% solicitariam eutanásia, 36,5% auxiliariam suicídio assistido e 39,9% auxiliariam eutanásia. Conclui-se que a ampla aceitação da legalização da eutanásia e do suicídio assistido entre os participantes enfatiza a necessidade de se ampliar a discussão sobre o tema entre a população.

Palavras-chave: Suicídio assistido. Eutanásia. Direito a morrer. Atitude frente à morte. Bioética.

Abstract

Assisted suicide and euthanasia from the perspective of professionals and academics in a university hospital

The objective of this study was to identify the attitude of professionals and academics in a university hospital regarding assisted suicide and euthanasia. The study was conducted using a questionnaire and included 354 participants. In cases of patients with terminal illnesses, 68.1% of participants supported the legalization of assisted suicide and 73.2% supported the legalization of euthanasia. The support for legalization of assisted suicide or euthanasia was 46.9% in cases of patients with progressive neurodegenerative diseases and 30.8% in cases of tetraplegia. In cases of terminal illnesses, if those were legalized, 45% of participants would commit assisted suicide, 57% would request euthanasia, 36.5% would aid in assisted suicide and 39.9% would aid in euthanasia. In conclusion, the great support for legalization of euthanasia and assisted suicide among the participants emphasizes the need to broaden the discussion on the subject in the population.

Keywords: Suicide assisted. Euthanasia. Right to die. Attitude to death. Bioethics.

Aprovação CEP-Unoesc 1.576.566

Declararam não haver conflito de interesse.

El suicidio asistido y la eutanasia son prácticas realizadas para abreviar la vida de pacientes que se hallan en un sufrimiento insoportable y sin perspectiva de mejora. En el suicidio asistido, el paciente, de forma intencional, con ayuda de terceros, pone fin a la propia vida, ingiriendo o autoadministrándose medicamentos letales; en la eutanasia activa, una tercera persona, a pedido del paciente, le administra un agente letal, con la intención de abreviar la vida y acabar con el sufrimiento¹.

Hay países que autorizan y regulan las prácticas para acelerar el proceso de muerte. En Holanda, en Luxemburgo y en Canadá tanto el suicidio asistido como la eutanasia son legales para pacientes en una condición médica irreversible, con sufrimiento constante, insoportable y que no puede ser aliviado². En Colombia y en Bélgica, la eutanasia es legal también para pacientes con sufrimiento físico o mental insoportable³.

En Estados Unidos, los estados de Oregon, Washington, Montana, Vermont y California permiten el suicidio asistido para pacientes con un pronóstico de como máximo seis meses de vida². En Suiza, el suicidio asistido es practicado por organizaciones sin fines de lucro, pues no existen leyes que prohíban esta práctica; no obstante, no es aceptable su realización con la motivación de aliviar gastos financieros de la familia o liberar una camilla de hospital para otro paciente que esté necesitando un tratamiento¹.

No existe una mención a la eutanasia en el Código Penal brasileño, pero en este caso se aplica el concepto de homicidio privilegiado motivado por valor social relevante o emoción violenta, con base en el § 1º del art. 121, denominado homicidio piadoso; cuando hubiera dolo, la conducta incide bajo el § 2º, por anticipar la muerte intencionalmente. El suicidio asistido se encuadra en el Artículo 122, que trata sobre la inducción, la instigación o la colaboración en el suicidio de alguien⁴.

El Código de Ética Médica⁵ de 2010 no cita específicamente al suicidio asistido o la eutanasia en su texto. Aun así, el art. 41 veda al médico abreviar la vida del paciente, aunque exista un pedido de éste o de su representante legal y, en su párrafo único, el código condena la distanasia y defiende la ortotanasia, los cuidados paliativos y la autonomía del paciente.

Independientemente de conductas legales o no, se trata de un asunto controversial. La eutanasia y el suicidio asistido encuentran sus bases en el principio bioético de la autonomía, según el cual el paciente tiene el derecho a decidir cuándo y dónde morir, y estos actos también pueden disminuir su

sufrimiento durante el proceso de muerte⁶. Sin embargo, existen impedimentos morales y religiosos, que argumentan que no es éticamente correcto ayudar a alguien a morir⁷.

También está el argumento de la “pendiente resbaladiza” (“*slippery slope*”, en inglés), según el cual la legalización del suicidio asistido o de la eutanasia tornaría difícil o imposible proteger a los pacientes vulnerables, como los ancianos y los deficientes, de errores y abusos⁷. No obstante, los rigurosos criterios de seguridad, como los utilizados en los países en los que estas prácticas son legales, pueden proveer una protección adecuada contra los excesos⁷.

Además, existe el pensamiento de que los médicos estarían violando los principios de su profesión, pues de acuerdo con el juramento de Hipócrates, tienen prohibido participar de la muerte intencional de un paciente⁸. Aun así, las obligaciones primordiales de los médicos son tanto la de aliviar el sufrimiento como de respetar la autonomía de sus pacientes, y los médicos estarían actuando conforme los más altos valores de su profesión cuando acatan el pedido de un paciente que desea poner fin a un sufrimiento insoportable, abreviando su proceso de morir⁷.

Debido al hecho de que los estudios sobre el tema son escasos en la bibliografía brasileña, principalmente en lo referente a la opinión de los profesionales de salud, esta investigación tuvo como objetivo identificar la actitud de profesionales y estudiantes de un hospital universitario frente al suicidio asistido y la eutanasia.

Método

Se trata de una investigación descriptiva y transversal, con un abordaje cuantitativo. La muestra estuvo conformada por profesionales y estudiantes del área de la salud del Hospital Universitario Santa Terezinha (HUST), del municipio de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. Como criterio de inclusión, se seleccionaron profesionales y estudiantes del área de la salud que estaban trabajando o realizando prácticas en el HUST durante el período de la recolección de datos. Los individuos que no se encuadraban en estos criterios, o que optaron por no participar de la investigación, por rechazo explícito, o que no firmaron el documento de consentimiento libre e informado (DCLI), o que no respondieron completamente el cuestionario, fueron excluidos de la muestra.

La investigación contó con 354 participantes y se realizó, en julio y agosto de 2016, en todos los sectores del hospital: oncología, UTI, emergencia, clínica médica, clínica quirúrgica, bloque quirúrgico, imagenología, maternidad y pediatría. Como instrumento de investigación se utilizó un cuestionario de auto-llenado compuesto por cinco preguntas socio-demográficas y 14 preguntas estructuradas según la escala Likert, que mide actitudes en estudios de opinión. El cuestionario es presentado como anexo de este artículo.

Los participantes fueron abordados en la propia institución de salud, durante el horario de trabajo, manteniéndose el cuidado de que ningún servicio o atención hospitalaria fuese interrumpido o postergado. En ese momento, se presentó a los profesionales y estudiantes el DCLI y, tras la concordancia y el llenado por parte del participante, el cuestionario fue devuelto directamente al investigador, a una funcionaria del espacio pedagógico o depositado en urnas que estaban en los puestos de enfermería de los diferentes sectores del hospital.

Los datos recolectados fueron transcritos en Microsoft Excel y sometidos a un análisis estadístico descriptivo, utilizado para describir y contabilizar el conjunto de datos. Posteriormente, se analizaron estadísticamente, de acuerdo con las variables medidas y el tipo de distribución presentado por el conjunto de datos. Para ello, se utilizaron el test de Chi-cuadrado de Pearson y el test exacto de Fisher.

Los participantes fueron divididos en tres grandes grupos: Grupo 1, graduados, compuesto por profesionales de nivel superior (enfermeros, farmacéuticos, médicos y psicólogos); Grupo 2, técnicos, compuesto por profesionales de nivel medio (técnicos en enfermería y en radiología); Grupo 3, estudiantes, compuesto por alumnos de grado (enfermería, fisioterapia, medicina y psicología).

Para garantizar la confiabilidad estadística, algunos análisis utilizaron solo los grupos profesionales con más de 50 participantes, a saber: médicos, enfermeros, estudiantes de medicina y técnicos de enfermería. Las diferencias entre los grupos fueron consideradas significativas cuando $p \leq 0,05$. En cada una de las preguntas se comparó la frecuencia absoluta para las respuestas entre los agrupamientos citados anteriormente. Con el fin de comprender entre cuáles grupos residía la diferencia estadística, se realizaron análisis complementarios e independientes comparando siempre las respuestas para cada uno de los grupos con todos los otros posibles. Para tales análisis complementarios, las diferencias significativas ($p \leq 0,05$) son

representadas por símbolos en las tablas (*, # y \$). Todos los análisis fueron realizados por el programa Statistica 7.0 y/o Excel.

Resultados

La población estimada de profesionales del área de la salud y estudiantes que estaban haciendo prácticas en el HUST en el período de recolección de datos fue de 80 médicos, 65 enfermeros, 10 fisioterapeutas, 5 farmacéuticos, 3 nutricionistas, 2 psicólogos, 1 asistente social, 140 técnicos de enfermería, 20 técnicos de radiología, 65 estudiantes de medicina, 15 estudiantes de enfermería, 30 estudiantes de fisioterapia y 2 estudiantes de psicología, un total de 438 individuos.

De ese total de posibles participantes, 411 fueron abordados y 362 (88,1%) respondieron los cuestionarios. Se excluyeron 8 participantes cuyos cuestionarios estaban incompletos o porque no habían firmado el DCLI. La muestra final estuvo compuesta por 354 participantes divididos en tres grandes grupos: Grupo 1 compuesto por 140 (39,5%) profesionales graduados, considerando 64 (18,1%) médicos, 55 (15,5%) enfermeros, 10 (2,8%) fisioterapeutas, 5 (1,4%) farmacéuticos, 3 (0,8%) nutricionistas, 2 (0,6%) psicólogas y 1 (0,3%) asistente social; Grupo 2 compuesto por 116 (32,8%) profesionales técnicos, con 113 (31,9%) técnicos de enfermería y 3 (0,8%) técnicos de radiología; Grupo 3 compuesto por 98 (27,7%) estudiantes, con 60 (16,9%) estudiantes de medicina, 27 (7,6%) estudiantes de fisioterapia, 9 (2,5%) estudiantes de enfermería y 2 (0,6%) estudiantes de psicología.

En cuanto al sexo, 265 (74,9%) eran femeninas y 89 (25,1%) masculinos. En relación con la edad, 174 (49,2%) tenían entre 18 y 29 años, 94 (26,6%) entre 30 y 39 años, 55 (15,5%) entre 40 y 49 años, 22 (6,2%) entre 50 y 59 años, y 9 (2,5%) tenían 60 años o más. Respecto del estado civil, 165 (46,6%) eran solteros, 107 (30,2%) casados, 57 (16,1%) vivían en unión estable, 24 (6,8%) divorciados/separados, y 1 (0,3%) viuda. En relación con la orientación religiosa, 272 (76,8%) eran católicos, 33 (9,3%) protestantes/evangélicos, 26 (7,3%) espíritas, 13 (3,7%) agnósticos/ateos, 5 (1,4%) se declararon simultáneamente católicos y espíritas y 5 (1,4%) de otras religiones.

De los 354 participantes, 260 (73,4%) declararon conocer el significado de "suicidio asistido" antes de la realización de la investigación y 94 (26,6%) no conocerlo. Cuando se les preguntó sobre el conocimiento del término "eutanasia", 342 (96,6%) declararon conocer el significado y 12 (3,4%) no conocerlo.

El número de participantes que ya recibió el pedido de ayuda para acelerar el proceso de muerte de algún paciente fue 39 (11%), siendo que 315 (89%) nunca recibieron ese pedido. En las respuestas de los grupos profesionales con más de 50 participantes, se encontró que 14 (21,9%) médicos, 4 (7,3%) enfermeros, 14 (12,4%) técnicos de enfermería y 2 (3,3%) estudiantes de medicina ya recibieron ese pedido. Hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$) en las respuestas “sí” de los técnicos de enfermería cuando se las compara con las de los estudiantes de medicina, médicos y enfermeros; y entre las de los médicos y estudiantes de medicina (Tabla 1).

Cuando se les preguntó si ya meditaron sobre la idea de ofrecer ayuda para acabar con el sufrimiento de algún paciente acelerando su muerte, 72 (20,3%) participantes respondieron “sí” y 282 (79,7%) “no”. En las respuestas de los grupos profesionales con más de 50 participantes, se encontró que 25 (39,1%) médicos, 10 (18,2%) enfermeros, 8 (7,1%) técnicos de enfermería y 18 (30%) estudiantes de medicina ya meditaron sobre esa idea. Hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$) por menor número de respuestas “sí” de los técnicos de enfermería cuando se los compara con estudiantes de medicina, médicos y enfermeros; y de los enfermeros cuando se los compara con los estudiantes de medicina (Tabla 1).

Con respecto a la pregunta: “Si usted fuese portador de una enfermedad terminal, en la que estuviese en un sufrimiento insoportable, ¿solicitaría la ayuda de alguien para acelerar su proceso de muerte?”, 54 (15,3%) respondieron “decisivamente sí”; 169 (47,7%) “probablemente sí”; 86 (24,3%) “probablemente no”; y 45 (12,7%) “decisivamente no”.

Sobre la concordancia con la creación de una ley en Brasil que permita el suicidio asistido en casos de enfermedades terminales, 102 (28,8%)

concordaron totalmente; 139 (39,3%) concordaron parcialmente; 50 (14,1%) discordaron parcialmente; y 63 (17,8%) discordaron totalmente. En los grandes grupos, 76 (77,6%) estudiantes, 104 (74,3%) profesionales graduados y 61 (52,6%) profesionales técnicos concordaron con la legalización del suicidio asistido en casos de enfermedades terminales. Hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$) en las respuestas “conuerdo totalmente” y “discrepo totalmente” de los técnicos en relación con los estudiantes y graduados (Tabla 2).

Respecto de la concordancia con la creación de una ley que permita en Brasil la eutanasia en casos de enfermedades terminales, 109 (30,8%) concordaron totalmente, 150 (42,4%) concordaron parcialmente, 40 (11,3%) discordaron parcialmente y 55 (15,5%) discordaron totalmente. En los grandes grupos, la concordancia con la legalización de la eutanasia en casos de enfermedades terminales fue de: 82 (83,7%) estudiantes; 112 (80%) profesionales graduados; y 65 (56%) profesionales técnicos. Así como en la pregunta anterior, el resultado fue significativo ($p<0,05$) en las respuestas “conuerdo totalmente” y “discrepo totalmente” de los técnicos en relación con los estudiantes y graduados (Tabla 2).

En cuanto a la creación de una ley que permita en Brasil el suicidio asistido o la eutanasia en casos de enfermedades neurodegenerativas progresivas, 34 (9,6%) concordaron totalmente, 132 (37,3%) concordaron parcialmente, 88 (24,9%) discordaron parcialmente y 100 (28,2%) discordaron totalmente. En los grandes grupos, 55 (56,1%) estudiantes, 73 (52,1%) profesionales graduados y 38 (32,8%) profesionales técnicos concordaron con la legalización del suicidio asistido o de la eutanasia en casos de enfermedades neurodegenerativas progresivas. En este resultado tuvo lugar una diferencia ($p<0,05$) entre las respuestas “conuerdo parcialmente” y “discrepo totalmente” de los estudiantes y graduados en comparación con los técnicos (Tabla 2).

Tabla 1. Experiencias de los participantes sobre la ayuda en el proceso de muerte

| Pregunta | Respuesta | Médicos % (n) | Enfermeros % (n) | Estudiantes de Medicina % (n) | Técnicos de Enfermería % (n) |
|--|-----------|---------------|------------------|-------------------------------|------------------------------|
| ¿Algún paciente ya le solicitó ayuda para acelerar el proceso de muerte? | Sí | 21,9 (14)** | 7,3 (4)* | 3,3 (2)* | 12,4 (14) |
| | No | 78,1 (50) | 92,7 (51) | 96,7 (58) | 87,6 (99) |
| | Total | 100 (64) | 100,0 (55) | 100,0 (60) | 100,0 (113) |
| ¿Usted ya meditó sobre la idea de ayudar a acabar con el sufrimiento de algún paciente acelerando su muerte? | Sí | 39,1 (25)* | 18,2 (10)** | 30,0 (18)* | 7,1 (8) |
| | No | 60,9 (39) | 81,8 (45) | 70,0 (42) | 92,9 (105) |
| | Total | 100,0 (64) | 100,0 (55) | 100,0 (60) | 100,0 (113) |

* $p<0,05$ vs técnicos de enfermería; # $p<0,05$ vs estudiantes de medicina

Tabla 2. Percepción de los participantes sobre la legalización en Brasil del suicidio asistido y/o de la eutanasia y la intención de cometerlos, en caso de que fuese legal, en casos de enfermedades terminales o enfermedades neurodegenerativas progresivas o de tetraplejía

| Pregunta | Respuesta | Estudiantes % (n) | Graduados % (n) | Técnicos % (n) |
|--|-----------------------|----------------------|--------------------|-------------------|
| Legalización del suicidio asistido en casos de enfermedades terminales | Concuero totalmente | 36,7 (36)* | 31,4 (44)* | 19,0 (22) |
| | Concuero parcialmente | 40,8 (40) | 42,9 (60) | 33,6 (39) |
| | Discrepo parcialmente | 18,4 (18) | 12,9 (18) | 12,1 (14) |
| | Discrepo totalmente | 4,1 (4)* | 12,9 (18)* | 35,3 (41) |
| | Total | 100,0 (98) | 100,0 (140) | 100,0 (116) |
| Legalización de la eutanasia en casos de enfermedades terminales | Concuero totalmente | 38,8 (38)* | 34,3 (48)* | 19,8 (23) |
| | Concuero parcialmente | 44,9 (44) | 45,7 (64) | 36,2 (42) |
| | Discrepo parcialmente | 12,2 (12) | 12,9 (18) | 8,6 (10) |
| | Discrepo totalmente | 4,1 (4)* | 7,1 (10)* | 35,3 (41) |
| | Total | 100,0 (98) | 100,0 (140) | 100,0 (116) |
| Legalización del suicidio asistido o de la eutanasia en casos de enfermedades neurodegenerativas progresivas | Concuero totalmente | 12,2 (12) | 6,4 (9) | 11,2 (13) |
| | Concuero parcialmente | 43,9 (43)* | 45,7 (64)* | 21,6 (25) |
| | Discrepo parcialmente | 27,6 (27) | 22,9 (32) | 25,0 (29) |
| | Discrepo totalmente | 16,3 (16)* | 25,0 (35)* | 42,2 (49) |
| | Total | 100,0 (98) | 100,0 (140) | 100,0 (116) |
| Legalización de la eutanasia en casos de tetraplejía | Concuero totalmente | 6,1 (6) | 10,0 (14) | 7,8 (9) |
| | Concuero parcialmente | 36,7 (36)* | 24,3 (34)* | 8,6 (10) |
| | Discrepo parcialmente | 24,5 (24) | 25,0 (35) | 20,7 (24) |
| | Discrepo totalmente | 32,7 (32)* | 40,7 (57)* | 62,9 (73) |
| | Total | 100,0 (98) | 100,0 (140) | 100,0 (116) |
| Cometería suicidio asistido en caso de que el propio participante fuera portador de una enfermedad terminal | Decisivamente sí | 9,2 (9) | 10,7 (15) | 11,2 (13) |
| | Probablemente sí | 43,9 (43)* | 38,6 (54)* | 21,6 (25) |
| | Probablemente no | 36,7 (36) | 35,0 (49) | 33,6 (39) |
| | Decisivamente no | 10,2 (10)* | 15,7 (22)* | 33,6 (39) |
| | Total | 100,0 (98) | 100,0 (140) | 100,0 (116) |
| Solicitaría la eutanasia en caso de que el propio participante fuera portador de una enfermedad terminal | Decisivamente sí | 15,3 (15) | 17,1 (24) | 14,7 (17) |
| | Probablemente sí | 58,2 (57)* | 42,9 (60)* | 25,0 (29) |
| | Probablemente no | 20,4 (20) | 28,6 (40) | 26,7 (31) |
| | Decisivamente no | 6,1 (6)* | 11,4 (16)* | 33,6 (39) |
| | Total | 100,0 (98) | 100,0 (140) | 100,0 (116) |

* $p < 0,05$ vs técnicos

En relación con la creación de una ley que permita en Brasil la eutanasia en casos de tetraplejía, 29 (8,2%) concordaron totalmente, 80 (22,6%) concordaron parcialmente, 83 (23,4%) discordaron parcialmente, y 162 (45,8%) discordaron totalmente. En los grandes grupos, la concordancia con la legalización de la eutanasia en casos de tetraplejía fue de 42 (42,9%) estudiantes, 48 (34,3%) profesionales graduados y 19 (16,4%) profesionales técnicos. Hubo una diferencia significativa ($p < 0,05$) en las respuestas “concuero parcialmente” y “discrepo totalmente”

de los técnicos en comparación con estudiantes y graduados (Tabla 2).

Se solicitó a los participantes, que discordaron parcialmente o totalmente con la creación de leyes que permitan el suicidio asistido o la eutanasia en los diferentes casos expuestos, que señalaran el motivo de la discordancia, pudiendo escoger más de una alternativa. Esta pregunta fue respondida por 275 participantes (con un total de 322 opciones escogidas), que alegaron las siguientes razones: “motivos personales”, señalado 135 veces (41,9%); “principios morales/

legales”, 92 veces (28,6%); “principios religiosos”, 34 veces (10,6%); y “otros motivos”, 61 veces (18,9%).

En el caso hipotético de una ley que permitiese el suicidio asistido y/o la eutanasia en Brasil, y la existencia de un participante portador de una enfermedad terminal en sufrimiento físico o psicológico, de todos los entrevistados, 159 (44,9%) practicarían suicidio asistido, de los cuales, 37 (10,5%) respondieron “decisivamente sí” y 122 (34,5%) “probablemente sí”. En las mismas condiciones, 202 (57,1%) solicitarían la eutanasia, de los cuales 56 (15,8%) respondieron “decisivamente sí” y 146 (41,2%) “probablemente sí”.

En los grandes grupos, 52 (53,1%) estudiantes, 69 (49,3%) profesionales graduados y 38 (32,8%) profesionales técnicos practicarían suicidio asistido, así como 72 (73,5%) estudiantes, 84 (60%) profesionales graduados y 46 (39,7%) profesionales técnicos solicitarían la eutanasia. Hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en las respuestas “probablemente sí” y “decisivamente no” por mayor discordancia de los técnicos en comparación con los estudiantes y graduados (Tabla 2).

Cuando se les preguntó si proveerían los medicamentos para que un paciente practicara suicidio asistido, en caso de que se aprobara una ley en Brasil, 30 (8,5%) respondieron “decisivamente sí”, 99 (28%) “probablemente sí”, 100 (28,2%) “probablemente no” y 125 (35,3%) “decisivamente no”. En las respuestas de los grupos profesionales con más de 50 participantes, se encontró que 39 (65%)

estudiantes de medicina, 28 (43,8%) médicos, 23 (41,8%) enfermeros y 16 (14,2%) técnicos de enfermería proveerían los medicamentos para que un paciente practicara suicidio asistido.

Hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en las respuestas “probablemente sí” y “decisivamente no” por mayor discordancia de los técnicos de enfermería cuando se los compara con médicos, enfermeros y estudiantes de medicina; y entre estudiantes de medicina, por mayor concordancia de estos, cuando se los compara con médicos, enfermeros y técnicos de enfermería (Tabla 3).

Cuando se les preguntó si aplicarían los medicamentos para acelerar la muerte de un paciente, en caso de que una ley permitiese la eutanasia en Brasil, 31 (8,8%) respondieron “decisivamente sí”, 110 (31,1%) “probablemente sí”, 98 (27,7%) “probablemente no” y 115 (32,5%) “decisivamente no”. En las respuestas de los grupos profesionales con más de 50 participantes, 38 (63,3%) estudiantes de medicina, 34 (53,1%) médicos, 27 (49,1%) enfermeros y 20 (17,7%) técnicos de enfermería aplicarían los medicamentos para acelerar la muerte de un paciente. Hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en las respuestas “probablemente sí” y “decisivamente no” con mayor discordancia de los técnicos de enfermería en comparación con médicos, enfermeros y estudiantes de medicina; y entre estudiantes de medicina, por mayor concordancia de estos, cuando se los compara con enfermeros y técnicos de enfermería, de acuerdo con la Tabla 3.

Tabla 3. Perspectiva de los participantes en proveer medicamentos para que un paciente practique suicidio asistido o de aplicar medicamentos para acelerar su muerte, en caso de que fuera legal

| Pregunta | Respuesta | Médicos % (n) | Enfermeros % (n) | Estudiantes de Medicina % (n) | Técnicos de Enfermería % (n) |
|---|------------------|---------------|------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Proveería los medicamentos para que un paciente practique suicidio asistido | Decisivamente sí | 6,3 (4) | 12,7 (7) | 13,3 (8) | 5,3 (6) |
| | Probablemente sí | 37,5 (24)** | 29,1 (16)** | 51,7 (31)* | 8,8 (10) |
| | Probablemente no | 35,9 (23) | 27,3 (15) | 26,7 (16) | 24,8 (28) |
| | Decisivamente no | 20,3 (13)** | 30,9 (17)** | 8,3 (5)* | 61,1 (69) |
| | Total | 100,0 (64) | 100,0 (55) | 100,0 (60) | 100,0 (113) |
| Aplicaría los medicamentos para acelerar la muerte de un paciente | Decisivamente sí | 9,4 (6) | 12,7 (7) | 13,3 (8) | 5,3 (6) |
| | Probablemente sí | 43,8 (28)* | 36,4 (20)** | 50,0 (30)* | 12,4 (14) |
| | Probablemente no | 28,1 (18) | 23,6 (13) | 28,3 (17) | 27,4 (31) |
| | Decisivamente no | 18,8 (12)* | 27,3 (15)** | 8,3 (5)* | 54,9 (62) |
| | Total | 100,0 (64) | 100,0 (55) | 100,0 (60) | 100,0 (113) |

* $p < 0,05$ vs técnicos de enfermería; # $p < 0,05$ vs estudiantes de medicina

Discusión

En el presente estudio, 21,9% de los médicos, 7,3% de los enfermeros, 12,4% de los técnicos de enfermería y 3,3% de los estudiantes de medicina ya recibieron pedidos para acelerar el proceso de muerte de algún paciente. En una investigación realizada en Grecia con 215 médicos, 250 enfermeros, 218 familiares de pacientes con cáncer en un período avanzado y 246 legos, 20,5% de los médicos, 3,6% de los enfermeros, 11% de los familiares y 6,1% de los legos relataron haber recibido pedidos de pacientes para abreviar la vida⁸. En ambos estudios, el grupo de médicos obtuvo un porcentaje mayor de pedidos para terminar la vida, posiblemente porque son los responsables de la prescripción de medicamentos y de la elección del tratamiento de sus pacientes, lo que podría dar más esperanzas en relación con el pedido.

Incluso en Bélgica, donde la legislación permite la eutanasia, los pedidos pasan por el filtro paliativo, por un abordaje activo e integral de cuidados paliativos, con la posibilidad de tornar irrelevante el pedido de eutanasia⁹. En este contexto, los cuidados paliativos pueden permitir que el paciente viva sus últimos días de la forma más plena posible, con el máximo de confort, y tenga la mejor forma posible de gestión médica de la muerte¹⁰.

Sin embargo, no se puede confundir cantidad de vida con calidad de vida; y los miedos y tabúes que presentan a la muerte como enemiga, como un fracaso o como una revelación de incompetencia profesional, deben ser superados⁹. Los cuidados paliativos no siempre están disponibles o son suficientes¹, por eso existe la posibilidad del suicidio asistido y la eutanasia, tanto que, el 39,1% de los médicos, el 30% de los estudiantes de medicina, el 18,2% de los enfermeros y el 7,1% de los técnicos de enfermería de nuestra investigación ya meditaron sobre la idea de acabar con el sufrimiento de algún paciente acelerando su muerte.

Aquí se obtuvo una alta tasa de concordancia con la creación de una ley que permitiese, en Brasil, la eutanasia y el suicidio asistido en casos de enfermedades terminales, teniendo la eutanasia un porcentaje un poco más alto de aceptación (73,2%) que el suicidio asistido (68,1%), resultado similar a investigaciones realizadas en Estados Unidos, donde la eutanasia tuvo mayor apoyo que el suicidio asistido entre los participantes². Una investigación realizada con 390 enfermeros en Andalucía, Sur de España, también mostró mayor apoyo a la legalización de la eutanasia (76,5%) que para el suicidio asistido (65%)¹¹. Sin embargo, los estudios realizados en Estados Unidos, en países de Europa y en Australia generalmente muestran un apoyo mayor de los médicos al suicidio asistido con respecto a la eutanasia².

Un estudio realizado en Corea del Sur, que contó con la participación de 1.242 pacientes con cáncer, 1.289 cuidadores familiares, 303 médicos oncólogos y 1.006 miembros de la población coreana, mostró que casi el 50% de los participantes de los grupos de pacientes y de la población apoyaron la eutanasia activa y el suicidio asistido para enfermedades terminales; no obstante, menos del 40% de los cuidadores familiares y del 10% de los oncólogos apoyaron estos actos¹². Una investigación realizada en Bélgica, donde la eutanasia es legal, constató que un 90,4% de los 914 médicos participantes concordaron con la práctica de la eutanasia para pacientes portadores de enfermedades terminales, que impliquen dolor incontrolable u otro sufrimiento extremo¹³, mostrando la diferencia de percepción existente.

Esta diferencia de aceptación se debe a diferencias culturales, pues los países que tienen mayor tasa de aceptación son más favorables a la autonomía personal (por ejemplo, países europeos y de América del Norte), y los países que tienen menor tasa de aceptación son más favorables a los modelos de toma de decisiones paternalistas o centrados en la familia (por ejemplo, países asiáticos)¹². En nuestra investigación, la tasa de aceptación del suicidio asistido y de la eutanasia para enfermedades terminales quedó cerca del 70%, asemejándose a los países europeos y de América del Norte, que valoran la autonomía de los pacientes. No obstante, este trabajo incluyó solo a profesionales y estudiantes del área de la salud, sin extenderse a pacientes o a la población.

En el presente estudio, la concordancia de los participantes con una ley que permitiese el suicidio asistido o la eutanasia en casos de enfermedades neurodegenerativas progresivas fue menor que en casos de enfermedades terminales (46,9%). En casos de tetraplejia, la concordancia fue aún menor (30,8%). Esa diferencia de aceptación, dependiendo de la situación en la que el paciente se encuentre, también fue constatada en una investigación realizada con 677 habitantes de Nueva Zelanda, en la cual el 49% de los entrevistados entendieron que la eutanasia o el suicidio asistido eran las respuestas más adecuadas para un paciente tetrapléjico que pide asistencia para morir¹⁴. No obstante, el porcentaje de neozelandeses que eligió la eutanasia o el suicidio asistido como la respuesta más apropiada para un paciente que está sufriendo una enfermedad incurable fue mayor, alcanzando el 78%¹⁴.

En el presente estudio, el 63% del total de entrevistados solicitaría la ayuda de alguien para acelerar su proceso de muerte, en caso de que fueran portadores de una enfermedad terminal, en la que estuviesen en un sufrimiento insostenible; en esa pregunta no se citó el método que sería utilizado para acelerar el proceso de muerte, ni la legalidad del acto. En las preguntas que mencionaban el

método (suicidio asistido o eutanasia), en el caso de que el acto fuera legal en Brasil, las respuestas afirmativas disminuyeron, siendo que el 57% del total de participantes solicitaría la eutanasia y el 45% practicaría el suicidio asistido.

Una investigación realizada con 588 estudiantes de medicina de dos universidades polacas mostró que en la situación hipotética de que el propio estudiante o una persona próxima a él enfrentara una enfermedad incurable, el 60,38% elegirían la muerte natural, el 17,35% escogería la eutanasia, el 16,50% el suicidio asistido y el 5,77% no supieron decidir¹⁵. En otro estudio, realizado en Portugal, con 143 médicos oncólogos, se concluyó que el 35,7% de los participantes querría tener disponible la opción de la eutanasia y el 23,8% querría tener disponible la opción del suicidio asistido en caso de que el propio participante fuera portador de una enfermedad terminal¹⁶.

En nuestro estudio, la mayoría de los técnicos de enfermería fueron decisivos en afirmar que no proveerían los medicamentos para que un paciente practicara suicidio asistido (85,9%), y que tampoco los aplicaría para acelerar la muerte de un paciente (82,3%), en caso de que hubiese una ley que permitiese tales actos en Brasil; las respuestas “decisivamente no” de los técnicos de enfermería, para ambas preguntas, fueron significativamente mayores en comparación con los otros grupos profesionales. No obstante, gran parte de los grupos de los estudiantes de medicina (63,3%), de los médicos (53,2%) y de los enfermeros (49,1%) estarían dispuestos a ayudar en la eutanasia; y el 65% de los estudiantes de medicina, el 43,8% de los médicos, el 41,8% de los enfermeros estarían dispuestos a ayudar en el suicidio asistido (Tabla 3).

Diferenciándose de estudios realizados en otros países, donde la intención de colaborar en estos actos fue menor, una investigación realizada en Alemania, por ejemplo, con participantes de un congreso sobre cuidados paliativos, y que contó con la participación de 198 médicos y 272 enfermeros, mostró que el 15,7% de los médicos y el 11% de los enfermeros estarían dispuestos a colaborar en el suicidio asistido de enfermos terminales, y el 7,1% de los médicos y el 4% de los enfermeros estarían dispuestos a colaborar en la eutanasia de enfermos terminales¹⁷. En otra investigación realizada en Italia con 855 médicos, se concluye que el 16% de los médicos colaborarían en el suicidio asistido y 12% en la eutanasia a pedido del paciente¹⁸. En una investigación realizada en Polonia con la participación de 588 estudiantes de medicina, solo el 11,73% de los estudiantes colaborarían en la eutanasia o el suicidio asistido¹⁵.

Estos estudios realizados en Alemania y en Italia mostraron que los participantes fueron más favorables a colaborar en el suicidio asistido que en

la eutanasia, dejando así la responsabilidad final en el propio paciente, lo que garantiza su autonomía y, al mismo tiempo, exime al profesional de la acción directa¹⁷. Estos resultados divergieron de lo obtenido con los grupos de médicos, enfermeros y técnicos de enfermería de la presente investigación, los cuales se mostraron más dispuestos a colaborar en la eutanasia. Un estudio con pacientes oncológicos mostró que, en las situaciones graves e irreversibles de fin de la vida, la mayoría de los pacientes no quieren ser mantenidos vivos, lo que corrobora la necesidad de reflexionar más sobre la terminalidad de la vida¹⁹.

Consideraciones finales

La mayoría de los participantes declaró conocer el significado de los términos “eutanasia” y “suicidio asistido” y fueron pocos los participantes que ya han recibido un pedido para ayudar a acelerar el proceso de muerte de algún paciente, siendo los médicos los profesionales que más lo recibieron.

Se obtuvo una alta tasa de concordancia para la eutanasia y el suicidio asistido en pacientes portadores de enfermedades terminales, en caso de que fuesen procedimientos legales en Brasil, siendo que la eutanasia tuvo una tasa mayor de aceptación que el suicidio asistido. La concordancia con la creación de una ley que permitiese el suicidio asistido o la eutanasia en Brasil fue menor en casos de enfermedades neurodegenerativas progresivas y aún menor en casos de tetraplejia.

Si se legalizaran, aproximadamente la mitad de los participantes solicitaría la eutanasia y/o practicaría suicidio asistido, en el caso de ser personalmente portador de una enfermedad terminal. De la misma forma, aproximadamente la mitad de los grupos de los estudiantes de medicina, de los médicos y de los enfermeros estarían dispuestos a colaborar en la eutanasia y en el suicidio asistido, en caso de que una ley que permitiese estos actos se aprobara en Brasil. Los grupos de los médicos, enfermeros y técnicos de enfermería se mostraron más dispuestos a colaborar en la eutanasia que en el suicidio asistido. En todas las preguntas, tanto frente a la legalización, como en cuanto a si solicitarían o si colaborarían en el suicidio asistido y en la eutanasia, hubo menor concordancia de los profesionales técnicos en comparación con otros grupos.

En Brasil, los cuidados en el ámbito de la salud están aún en un largo proceso de humanización, sobre todo el cuidado del dolor y del sufrimiento, así como el cuidado de las personas vulnerables en el final de la vida, casos en los que el aumento del ofrecimiento de cuidados paliativos en el ámbito del Sistema Único de Salud podrá mejorar considerablemente la calidad de vida de los pacientes. No

obstante, muchos derechos de los pacientes evolucionan en el Ministerio de Salud y otros consiguen avanzar en el ámbito legislativo. En este contexto, en base a los resultados de esta investigación, la

aceptación de la legalización de las prácticas de la eutanasia y del suicidio asistido enfatiza la necesidad de ampliar también la discusión sobre el tema estudiado en toda la sociedad.

Referências

1. Mishara BL, Weisstub DN. Premises and evidence in the rhetoric of assisted suicide and euthanasia. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36(5-6):427-35.
2. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *Jama*. 2016;316(1):79-90.
3. Castro MPR, Antunes GC, Marcon LMP, Andrade LS, Rückl S, Andrade VLA. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016;24(2):355-67.
4. Brasil. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [Internet]. Diário Oficial da União. Rio de Janeiro; 31 dez 1940 [acesso 5 mar 2016]. Disponível: <https://bit.ly/18kAH0G>
5. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: CFM; 2010.
6. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 [acesso 10 mar 2016];21(1):111-9. Disponível: <https://bit.ly/2sAVk7u>
7. Schafer A. Physician assisted suicide: the great Canadian euthanasia debate. *Int J Law Psychiatry*. 2013;36(5-6):522-31.
8. Parpa E, Mystakidou K, Tsilika E, Sakkas P, Patiraki E, Pistevou-Gombaki K *et al*. Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy*. 2010;97(2-3):160-5.
9. Pessini L. Lidando com pedidos de eutanásia: a inserção do filtro paliativo. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2010;18(3):549-60.
10. Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2016;24(1):165-75.
11. Tamayo-Velázquez MI, Simón-Lorda P, Cruz-Piqueras M. Euthanasia and physician-assisted suicide: knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nurs Ethics*. 2012;19(5):677-91.
12. Yun YH, Han KH, Park S, Park BW, Cho CH, Kim S *et al*. Attitudes of cancer patients, family caregivers, oncologists and members of the general public toward critical interventions at the end of life of terminally ill patients. *CMAJ* [Internet]. 2011 [acesso 20 jan 2017];183(10):E673-9. Disponível: <https://bit.ly/2Gsog3q>
13. Smets T, Cohen J, Bilsen J, Van Wesemael Y, Rurup ML, Deliens L. Attitudes and experiences of Belgian physicians regarding euthanasia practice and the euthanasia law. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2011 [acesso 20 jan 2017];41(3):580-93. Disponível: <https://bit.ly/2IT6CvZ>
14. Rae N, Johnson MH, Malpas PJ. New Zealanders' attitudes toward physician-assisted dying. *J Palliat Med*. 2015;18(3):259-65.
15. Leppert W, Gottwald L, Majkowicz M, Kazmierczak-Lukaszewicz S, Forycka M, Cialkowska-Rysz A *et al*. A comparison of attitudes toward euthanasia among medical students at two Polish universities. *J Cancer Educ* [Internet]. 2013 [acesso 19 mar 2016];28(2):384-91. Disponível: <https://bit.ly/2DYAW1a>
16. Gonçalves F. Attitudes toward assisted death amongst Portuguese oncologists. *Support Care Cancer*. 2010;18(3):359-66.
17. Zenz J, Tryba M, Zenz M. Palliative care professionals' willingness to perform euthanasia or physician assisted suicide. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2015 [acesso 19 mar 2016];14(60):1-9. Disponível: <https://bit.ly/2pHUR2p>
18. Cocconi G, Caminiti C, Zaninetta G, Passalacqua R, Cascinu S, Campione F *et al*. National survey of medical choices in caring for terminally ill patients in Italy, a cross-sectional study. *Tumori* [Internet]. 2010 [acesso 24 jan 2017];96(1):122-30. Disponível: <https://bit.ly/2pDRkDa>
19. Comin LT, Panka M, Beltrame V, Steffani JA, Bonamigo EL. Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2017;25(2):392-401.

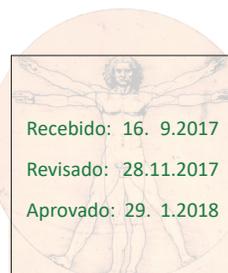
Correspondência

Elcio Luiz Bonamigo – Rua Treze de Maio, 314, salas 21 e 22 CEP 89600-000. Joaçaba/SC, Brasil.

Vitor Bastos Brandalise – Graduando – vitorbrandalise@hotmail.com
 Aline Pertile Remor – Doutora – aline.remor@unoesc.edu.br
 Diego de Carvalho – Doutor – diego.carvalho@unoesc.edu.br
 Elcio Luiz Bonamigo – Doutor – elcio.bonamigo@unoesc.edu.br

Participación de los autores

Vitor Bastos Brandalise participó del diseño del estudio, de la recolección de los datos y de la redacción del artículo. Aline Pertile Remor y Diego de Carvalho fueron responsables del análisis de los datos y de la redacción del artículo. Elcio Luiz Bonamigo colaboró con el diseño del estudio, el desarrollo de la investigación, el análisis de los datos y la redacción del artículo.



Anexo

Cuestionario

Estimado(a) colaborador(a), le pedimos gentilmente que responda honestamente a este cuestionario. Ninguna información que lo(la) identifique será divulgada.

Parte 1. Perfil sociodemográfico**Género:**

- Masculino
 Femenino
 Otro

Franja etaria:

- De 18 a 29 años
 De 30 a 39 años
 De 40 a 49 años
 De 50 a 59 años
 60 años o más

Estado civil:

- Soltero(a)
 Unión Estable
 Casado(a)
 Divorciado(a) / Separado(a)
 Viudo(a)

Orientación religiosa:

- Católica
 Protestante/evangélica
 Espírita
 Agnóstico/ateo
 Otra: _____

Área profesional:

- Enfermero(a)
 Técnico(a) de enfermería
 Médico(a)
 Farmacéutico(a)
 Fisioterapeuta
 Fonoaudiólogo(a)
 Nutricionista
 Psicólogo(a)
 Estudiante de medicina
 Estudiante de enfermería
 Estudiante de fisioterapia
 Estudiante de psicología
 otra: _____

Parte 2. Lea el siguiente texto y luego de la lectura responda a las preguntas, señalando la alternativa que mejor representa sus pensamientos.

El suicidio asistido y la eutanasia son prácticas realizadas para abreviar la vida de pacientes que están en un sufrimiento insostenible y sin perspectiva de mejora. En el suicidio asistido el paciente, de forma intencional, con ayuda de terceros, pone fin a la propia vida, ingiriendo o autoadministrándose medicamentos letales. En la eutanasia activa, una tercera persona, a pedido del paciente, le administra un agente letal, con la intención de abreviar la vida para acabar con su sufrimiento.

Hay países como Holanda, Bélgica y EEUU que autorizan y regulan las prácticas de suicidio asistido y/o eutanasia para casos específicos. En Brasil las dos prácticas son ilegales.

1) Antes de leer el texto anterior, ¿usted ya sabía qué era suicidio asistido?

- Sí. No.

2) Antes de leer el texto anterior, ¿usted ya sabía qué era eutanasia?

- Sí. No.

3) ¿Algún paciente ya le solicitó ayuda para acelerar el proceso de muerte?

- Sí. No.

4) ¿Usted ya meditó sobre la idea de ayudar a acabar con el sufrimiento de algún paciente acelerando su muerte?

- Sí. No.

5) Si usted fuese portador de una enfermedad terminal, en la que estuviese en un sufrimiento insostenible, ¿solicitaría la ayuda de alguien para acelerar su proceso de muerte?

- Decisivamente sí.
 Probablemente sí.
 Probablemente no.
 Decisivamente no.

6) ¿Usted concuerda con la creación de una ley que permita en Brasil el suicidio asistido en casos de enfermedades terminales?

- Conuerdo totalmente.
 Conuerdo parcialmente.
 Discrepo parcialmente.
 Discrepo totalmente.

7) ¿Usted concuerda con la creación de una ley que permita en Brasil la eutanasia en casos de enfermedades terminales?

- Concuero totalmente.
- Concuero parcialmente.
- Discrepo parcialmente.
- Discrepo totalmente.

8) ¿Usted concuerda con la creación de una ley que permita en Brasil el suicidio asistido o la eutanasia en casos de enfermedades degenerativas progresivas como, por ejemplo, el Alzheimer o la Esclerosis Lateral Amiotrófica?

- Concuero totalmente.
- Concuero parcialmente.
- Discrepo parcialmente.
- Discrepo totalmente.

9) ¿Usted concuerda con la creación de una ley que permita en Brasil la eutanasia en casos de tetraplejia?

- Concuero totalmente.
- Concuero parcialmente.
- Discrepo parcialmente.
- Discrepo totalmente.

10) Si usted respondió “discrepo parcialmente” o “discrepo totalmente” en alguna pregunta anterior, ¿cuál fue el principal motivo de la discordancia? (puede señalar más de una alternativa)

- Principios religiosos (mi religión es contraria al suicidio asistido y a la eutanasia).
- Principios morales/legales (en nuestra sociedad es incorrecto cometer suicidio asistido o eutanasia).
- Motivos personales.
- Otro: _____

11) Si una ley que permitiese el suicidio asistido fuese aprobada en Brasil, y si usted fuera portador de una enfermedad terminal, en la que estuviese sufriendo físicamente o psicológicamente, ¿usted practicaría el suicidio asistido?

- Decisivamente sí.
- Probablemente sí.
- Probablemente no.
- Decisivamente no.

12) Si una ley que permitiese la eutanasia fuese aprobada en Brasil, y si usted fuera portador de una enfermedad terminal, en la que estuviese sufriendo físicamente o psicológicamente, ¿usted solicitaría la eutanasia?

- Decisivamente sí.
- Probablemente sí.
- Probablemente no.
- Decisivamente no.

13) Si una ley que permitiese el suicidio asistido fuera aprobada en Brasil, ¿usted proveería los medicamentos para que un paciente practique el suicidio asistido?

- Decisivamente sí.
- Probablemente sí.
- Probablemente no.
- Decisivamente no.

14) Si una ley que permitiese la eutanasia fuera aprobada en Brasil, ¿usted aplicaría los medicamentos para acelerar la muerte de un paciente?

- Decisivamente sí.
- Probablemente sí.
- Probablemente no.
- Decisivamente no.

Agradecemos su inestimable contribución con la realización de la investigación.