



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

ENVELHECIMENTO E EUTANÁSIA:

Um estudo sobre representações sociais de estudantes da
pré e pós-graduação em Gerontologia

Patrícia Alves Gomes

Escola Superior de Educação



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Patrícia Alves Gomes

Envelhecimento e Eutanásia:

Um estudo sobre representações sociais de estudantes da
pré e pós-graduação em Gerontologia

Mestrado em Gerontologia Social

Dissertação efetuada sob a orientação de

Doutora Marianela Ferreira

Professora Doutora Alice Bastos

fevereiro, 2020

AGRACECIMENTOS

A presente dissertação é o culminar de uma longa caminhada, repleta de desafios, oportunidades e ensinamentos, na verdade uma autêntica conquista, que só foi possível com o apoio de inúmeras pessoas, às quais não posso deixar de prestar o meu sincero e profundo agradecimento.

À Doutora Marianela Ferreira, estou grata por todo o apoio, disponibilidade, motivação, bem como pelas orientações prestadas e pelas aprendizagens transmitidas.

À professora Doutora Alice Bastos, presto o meu agradecimento por todo o conhecimento que me transmitiu, pelo apoio prestado ao longo desta caminhada, pelas horas de trabalho a fio e pela motivação transmitida. Muito obrigada, por todo o carinho demonstrado.

A todos os estudantes da pré e pós-graduação em Gerontologia que voluntariamente, decidiram participar neste estudo, sem os quais não seria possível chegar até aqui.

Às minhas amigas da Licenciatura em Educação Social Gerontológica e do Mestrado em Gerontologia Social, que me acompanharam, obrigada pela partilha de ideias e projetos. Pelo apoio prestado nos momentos mais difíceis e por todas as experiências partilhadas ao longo destes anos. E um especial obrigado à Adriana Barreiras pela força e coragem que sempre me demonstrou até ao último momento da sua breve vida.

Aos meus amigos de longa data, Ângela, Joana, Luísa e Diogo, que já se tornaram família, obrigada por me ajudarem a ganhar força para concluir esta dissertação e por estarem sempre ao meu lado.

Aos meus Pais, pilares fundamentais da minha vida, agradeço-vos por viverem intensamente todas as minhas conquistas, pelo apoio e carinho e por serem o meu porto de abrigo. E aos meus Avós que me ajudaram a ganhar força para concluir esta dissertação e por me apoiarem sempre nas escolhas que fiz. À restante família, obrigado por tudo também.

A vós, dedico esta dissertação.

RESUMO

Contexto e objetivo. O envelhecimento é um processo multidimensional e progressivo de mudanças a nível biológico, psicológico e social, composto por ganhos e perdas que ocorrem ao longo da vida (WHO, 1999). A longevidade refere-se à duração da vida de um organismo e depende da progressão do envelhecimento, pois este impõe-lhe um limite mais tarde ou mais cedo (i.e. o número de anos a viver). Segundo Zaterka (2015) há diferenças entre a longevidade e a saúde, a quantidade e a qualidade de vida, ou seja, entre o adiantamento da morte (por meios de regimes e drogas) e um prolongamento efetivo da vida. Precisamos de refletir até que ponto devemos prolongar essa vida e quais são as suas consequências, sendo necessário ter em atenção os limites do prolongamento indefinido da vida, quando não há esperança na recuperação do moribundo, em que o melhor é uma morte fácil e justa. A morte diz respeito à cessação definitiva da vida, sendo que morrer é parte integrante da vida, tão natural e previsível como nascer (Horta, 1999). A percepção da morte é distinta para cada um de nós, quer pelas suas diversas representações, conceções e crenças, sendo fundamentadas não só na sua ocorrência, mas também no contexto social e familiar em que o indivíduo esteja inserido (Gomes, 2013). A eutanásia, sendo uma prática de morte assistida, tem como significado uma boa morte, uma morte sem sofrimento e sem dor (Demarchi & Bastos, 2013). Segundo Suski (2012), a eutanásia passou a ser um ato de liberdade em que a pessoa que está com uma doença terminal e incurável, verificando-se que esta está perto da morte, considerando que a sua vida não tem qualidade nem dignidade, há a possibilidade de ser reconhecido o direito à pessoa de decidir pôr fim à sua vida. O suicídio medicamente assistido consiste na ajuda solicitada pelo doente, para que outro o auxilie a executar a sua morte. As descrições da eutanásia são construções culturais que evoluíram ao longo dos anos, dependendo do ambiente cultural e social (Jylhänkangas, Smets, Cohen, Utraiainen & Deliens, 2014). Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo identificar as representações sociais da eutanásia e outros aspetos do fim de vida em estudantes dos cursos do âmbito do envelhecimento.

Método. Neste estudo qualitativo exploratório, participaram 75 estudantes, sendo 53 estudantes da licenciatura em Educação Social Gerontológica e 12 estudantes do mestrado em Gerontologia Social. A recolha de dados foi realizada com um questionário composto por 12 questões abertas, visando explorar aspetos associados à morte, eutanásia e o suicídio medicamente assistido. Quanto à estratégia de análise de dados procedeu-se à análise de conteúdo, mais concretamente à pré-análise (organização do material), exploração do material (codificação do material, classificação e categorização da informação) e tratamento dos dados (interpretação da informação).

Resultados. No presente estudo a taxa de participação foi de 76%, face ao número de inscritos (n=99), sendo que a maioria dos participantes é do género feminino (97%). A análise de dados permitiu identificar três grandes temas designadamente: eutanásia, morte e suicídio medicamente assistido. No que diz respeito à morte foi possível identificar a morte como acontecimento de vida normativo, sendo um acontecimento predominantemente encarado de modo negativo; 48% dos participantes pensa sobre a sua própria morte e 71% dos participantes pensa sobre a morte dos familiares e amigos. Quanto à eutanásia, para os participantes esta diz respeito a uma opção voluntária e/ou consentida de pôr fim à vida, cerca de 59% dos participantes é favorável a este procedimento, 44% dos participantes, enquanto familiar favorável à eutanásia em situação de doença incurável e em sofrimento, aceitam a decisão do familiar/doente, 45,33% dos participantes enquanto doente em situação de doença incurável e em sofrimento optava pela eutanásia, 53,34% dos participantes considera a eutanásia um tema tabu e 65,34% dos participantes é claramente a favor da legalização. Quanto ao suicídio medicamente assistido para os participantes este diz respeito à ação do próprio que toma medicamentos para morrer e 50% dos participantes afirma que em caso de doença incurável e em sofrimento recorreria a este procedimento. No entanto, quando consideradas as questões de fim de vida no seu conjunto observam-se algumas simplificações das controvérsias a que estão sujeitas as questões de fim de vida.

Conclusão. Tratando-se de um tema atual e pertinente, tendo em consideração as características da amostra e os procedimentos de investigação utilizados, recomenda-se prosseguir estudos neste domínio dada a relevância das questões de fim de vida para a Gerontologia Social.

Palavras-chave: Envelhecimento; Eutanásia; Morte; Representações Sociais; Gerontologia Social

ABSTRACT

Context and objective. Aging is a multidimensional and progressive process of changes at the biological, psychological and social level, composed of gains and losses that occur throughout life (WHO, 1999). Longevity refers to the life span of an organism and depends on the progression of aging, as it imposes a limit on it sooner or later (i.e. the number of years to live). According to Zaterka (2015) there are differences between longevity and health, quantity and quality of life, that is, between the advancement of death (by means of regimes and drugs) and an effective extension of life. We need to reflect to what extent we should prolong this life and what its consequences are, being necessary to be aware of the limits of indefinite life extension, when there is no hope in the recovery of the dying, in which the best is an easy and just death. Death refers to the definitive cessation of life, and dying is an integral part of life, as natural and predictable as being born (Horta, 1999). The perception of death is different for each of us, either because of its diverse representations, conceptions and beliefs, being based not only on its occurrence, but also on the social and family context in which the individual is inserted (Gomes, 2013). Euthanasia, being an assisted death practice, means a good death, a death without suffering and without pain (Demarchi & Bastos, 2013). According to Suski (2012), euthanasia became an act of freedom in which the person with a terminal and incurable disease, verifying that he is close to death, considering that his life has no quality or dignity, there is the possibility of recognizing the person's right to decide to end his or her life. Medically assisted suicide consists of the help requested by the patient, so that another can help him to execute his death. Descriptions of euthanasia are cultural constructions that have evolved over the years, depending on the cultural and social environment (Jylhäkangas, Smets, Cohen, Utraiainen & Deliens, 2014). In this context, the present study aims to identify the social representations of euthanasia and other aspects of the end of life in students of courses in the field of aging.

Method. In this qualitative exploratory study, 75 students participated, being 53 undergraduate students in Gerontological Social Education and 12 master students in Social Gerontology. Data collection was carried out with a questionnaire composed of 12 open questions, aiming to explore aspects associated with death, euthanasia and medically assisted suicide. As for the data analysis strategy, content analysis was carried out, namely pre-analysis (material organization), material exploration (material coding, information classification and categorization) and data treatment (information interpretation).

Results. In the present study, the participation rate was 76%, compared to the number of subscribers ($n = 99$), with the majority of participants being female (97%). Data analysis allowed the identification of three major themes, namely: euthanasia, death and medically assisted suicide. Regarding death, it was possible to identify death as a normative life event, being an event predominantly viewed in a negative way; 48% of participants think about their own death and 71% of participants think about the death of family and friends. As for euthanasia, for the participants it refers to a voluntary and / or consenting option to end life, about 59% of the participants are in favour of this procedure, 44% of the participants, as a family member favourable to euthanasia in a disease situation incurable and in suffering, accept the decision of the relative / patient, 45.33% of the participants as a patient in a situation of incurable disease and in suffering opted for euthanasia, 53.34% of the participants considered euthanasia to be a taboo subject and 65.34% of the participants is clearly in favour of legalization. As for the medically assisted suicide for the participants, this concerns the action of the person who takes drugs to die and 50% of the participants say that in case of incurable disease and suffering they would resort to this procedure. However, when considering end-of-life issues, some simplifications of the controversies to which end-of-life issues are subject are observed.

Conclusion. As it is a current and pertinent topic, considering the characteristics of the sample and the research procedures used, it is recommended to continue studies in this domain given the relevance of end-of-life issues for Social Gerontology.

Keywords: Aging; Euthanasia; Death; Social Representations; Social Gerontology

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA.....	9
1. Envelhecimento Humano: conceitos, teorias e modelos.....	11
1.1. O envelhecimento à luz da Gerontologia Social	11
1.2. Teorias e modelos acerca da idade e do envelhecimento.....	12
1.3. Envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável	17
2. Representações sociais, eutanásia e envelhecimento.....	20
2.1. Representações Sociais.....	21
2.2. Envelhecimento e eutanásia	24
2.3. Eutanásia e dignidade.....	26
3. Uma trilogia interrelacionada.....	30
3.1. A morte e suas representações	30
3.2. A eutanásia e as suas tipologias.....	36
3.3. O suicídio medicamente assistido.....	40
4. Síntese.....	42
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	47
1. Plano de Investigação e Participantes.....	49
2. Instrumentos de Recolha de Dados.....	50
3. Procedimentos de Recolha de Dados.....	50
4. Estratégias de Análise de Dados.....	51
CAPÍTULO III - RESULTADOS.....	55
1. Descrição das características dos participantes.....	57
2. Temas de fim de vida: morte, eutanásia e suicídio medicamente assistido.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Descrição das características dos participantes	57
Tabela 2: A representação social da morte na perspetiva dos participantes	59
Tabela 3: Valências relativamente à morte	60
Tabela 4: Pensar ou não pensar a própria morte	61
Tabela 5: Sentimentos e preocupações face à morte de familiares e amigos	62
Tabela 6: A representação social da eutanásia na perspetiva dos participantes	64
Tabela 7: Posição dos participantes relativamente à eutanásia	65
Tabela 8: Ações e comportamentos enquanto familiar de doente incurável em sofrimento	66
Tabela 9: Posição dos participantes face à eutanásia para si próprio.....	67
Tabela 10: A eutanásia enquanto tema tabu	68
Tabela 11: Legalização da eutanásia em Portugal	69
Tabela 12: A representação social do suicídio medicamente assistido na perspetiva dos participantes	71
Tabela 13: Ações e comportamentos enquanto doente incurável e em sofrimento.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS

EBS – Envelhecimento Bem-Sucedido

OMS – Organização Mundial de Saúde

SOC – Seleção, Otimização e Compensação

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo progressivo de mudanças a nível biológico, psicológico e ao nível da estrutura social do indivíduo, sendo um processo multidimensional e dinâmico composto por ganhos e perdas que ocorrem ao longo da vida (WHO, 1999).

De acordo com Cancela (2007), o envelhecimento é um processo natural, progressivo e inevitável e que com o passar dos anos, o ser humano, vai sofrendo diversas alterações ao nível biológico, psicológico e social. Segundo Paúl (2005) o envelhecimento pode também ser definido como um processo complexo, gradual, universal e irreversível e com uma progressiva perda funcional do organismo, a nível biológico e social.

O envelhecimento de Portugal acontece a um ritmo acelerado, sendo condicionado pela rapidez com que os níveis de natalidade e fecundidade baixam. Verificando-se assim que Portugal é um dos países mais envelhecidos a nível europeu e do mundo, continuando a envelhecer de forma intensa (Rosa, 2012).

Tal como refere Almeida (2012), o termo envelhecimento não pode ser confundido com o termo longevidade. A longevidade é a duração da vida de um organismo e depende da progressão do envelhecimento, pois este impõe-lhe um limite mais tarde ou mais cedo.

Assim, o envelhecimento da população idosa é evidenciado pelo índice de longevidade. Podemos verificar que o índice de longevidade é entendido como a “*relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75+ anos e o número de pessoas com 65+ anos (expressa habitualmente por 100 (102) pessoas com 65 ou mais anos*” (INE, 2002).

A longevidade humana é seguramente das maiores conquistas da Humanidade (ONU, 2003). Segundo a OMS (2005), uma vida longa é o resultado da melhor compreensão do potencial humano e conseqüentemente da melhoria na qualidade de vida dos indivíduos.

De acordo com o Centro Internacional de Longevidade (ILC) (2005), o mundo está a envelhecer rapidamente, sendo o resultado da redução da mortalidade em todos os países e a alta taxa de natalidade proporcionando-se assim uma aumento da longevidade. A revolução da longevidade diz respeito ao colapso da ordem social em favor de um novo sistema, em que a revolução da longevidade nos leva a abandonar as noções existentes da velhice e da reforma. A cada não ganho em expectativa de vida, 10 meses desse ano adicional serão vividos com boa saúde. Independentemente da idade, as pessoas podem esperar viver mais com boa saúde, no entanto, devido ao fato de o aumento de expectativa de vida saudável ser menor do que o da expectativa de vida em geral, é possível que muitas pessoas também vão experimentar um período mais longo de incapacidade.

A Revolução da Longevidade direcionou o foco para a crescente população idosa como próximo grupo que requer especificidades para proteger e promover os direitos de maneira abrangente. Há a criação de vários instrumentos internacionais de direitos humanos expressam obrigações com a relação à proteção dos direitos humanos do idoso, contudo são lentos e graduais. A presença cada vez mais visível dos idosos, uma melhor compreensão do potencial humano de longevidade e o crescente reconhecimento de que o preconceito etário é prevalente levaram as organizações não governamentais lideradas pela Aliança Global para os Direitos das

Pessoas Idosas e alguns governos chave a defender a criação de uma convenção da ONU para os direitos humanos do idoso (ILC, 2005).

Como se pode constatar há uma grande necessidade de que as pessoas idosas disponham dos seus próprios direitos, os direitos humanos do idoso, para que seja possível proteger a população mais velha face à revolução da longevidade. No entanto, importa referir que atualmente dispomos de uma sociedade educada que conhece os seus direitos e deveres. Tal como se verifica na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000), o ser humano goza de direitos e deveres, tendo em consideração as suas responsabilidades, tanto para com as outras pessoas individualmente consideradas como para com a comunidade humana e as gerações futuras. Posto isto, é de salientar que todo o ser humano tem o direito à dignidade, à vida, à integridade enquanto pessoa, à liberdade e segurança e à proteção da saúde. Importa ainda referir o Artigo 25º. quanto ao direito das pessoas idosas, sendo que a União Europeia reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural.

É preciso viver não só muitos mais anos, mas viver esses anos com qualidade, e para tal podemos referir que o envelhecimento apresenta múltiplas faces, no que diz respeito ao envelhecimento saudável, envelhecimento ativo e envelhecimento bem-sucedido. Segundo Araújo, Ribeiro e Paúl (2016), o envelhecimento saudável é entendido como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional, o que inclui a promoção de comportamentos saudáveis e a redução dos fatores de risco prejudiciais. Já o conceito de envelhecimento ativo, baseia-se no processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com vista à promoção de uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Relativamente ao envelhecimento bem-sucedido, existem vários modelos consoante os diferentes autores. Para Rowe e Kahn (1997), o modelo de envelhecimento bem-sucedido abrange três componentes: o baixo risco de doença e incapacidade, manutenção de um elevado funcionamento cognitivo e envolvimento com a vida. Já para Baltes, Staudinger e Lindenberger (1999), o envelhecimento bem-sucedido é definido como uma maximização de ganhos e minimização das perdas, sendo o Modelo de Seleção, Otimização com Compensação utilizado.

Atualmente podemos constatar que com um envelhecimento saudável, ativo e bem-sucedido é possível viver uma vida longa, com qualidade de vida e bem-estar. O avanço da ciência e da tecnologia é também relevante pois permitiu um prolongamento da vida e da sua qualidade.

De acordo com Zaterka (2015), há uma diferença entre a longevidade e a saúde, a quantidade e a qualidade de vida, ou seja, entre o adiantamento da morte por meios de regimes e drogas e um prolongamento efetivo da vida. Hoje em dia é possível por meios técnicos suficientes prolongar a vida humana, mas precisamos de refletir até que ponto devemos prolongar essa vida e quais são as suas consequências. O autor refere ainda que é necessário ter em atenção os limites do prolongamento indefinido da vida, quando não há esperança na recuperação do moribundo, sendo que o melhor é uma morte fácil e justa.

De forma a abordar as questões de fim de vida, mais especificamente a eutanásia, é relevante referir as representações sociais. As representações sociais, de acordo com Moscovici (1978), dizem respeito ao senso comum, ou seja, a representação social é o produto e o processo de uma atividade mental pelo qual o indivíduo ou grupo reconstitui o real, confrontando-o e atribuindo-lhe um significado específico.

Segundo Jylhänkangas, Smets, Cohen, Utraiainen e Deliens (2014), as descrições da eutanásia são construções culturais que evoluíram ao longo dos anos, dependendo do ambiente cultural e social. Em muitas sociedades ocidentais, o profissional de saúde desempenha um papel poderoso na última fase da vida das pessoas, assim como o profissional religioso (padre) também são confrontados com questões que envolvem a morte e o morrer. Posto isto, é razoável supor que a maneira como a representação social da eutanásia está construída numa cultura é afetada pelas opiniões desses mesmos profissionais. As representações sociais podem ser pensadas como um espectro de crenças, práticas sociais e entendimentos compartilhados que existem tanto na mente dos indivíduos quanto na estrutura da sociedade, sendo que constituem um ambiente de pensamento em relação ao indivíduo ou ao grupo.

Posto isto, a morte, na sua definição mais exata, diz respeito à cessação definitiva da vida, sendo que morrer é parte integral da vida e da existência humana, tão natural e previsível como nascer (Horta, 1999). A percepção da morte é distinta para cada um de nós, quer pelas suas diversas concepções, crenças e representações, sendo fundamentadas não só na sua ocorrência, mas também no contexto social e familiar em que o indivíduo esteja inserido (Gomes, 2013).

Segundo Ferreira e Costa (2013), a morte abrange toda a existência humana, ou seja, num pensamento lógico e puramente racional, a cada dia que vivemos estamos mais próximos dela. Contudo, a sociedade moderna não consegue aceitar a morte com naturalidade, ou seja, os indivíduos procuram o consolo com o retardamento da mesma, quando na verdade já não há como prolongá-la. Existe ainda uma necessidade de superar a vontade alheia com os seus sentimentos, fazendo com que não se consiga entender as razões pelas quais alguém é levado a desejar o seu próprio fim.

Referido o desejo de colocar fim à vida, atualmente podemos constatar a existência da prática que permite concretizar esse mesmo desejo dos indivíduos, ou seja, a prática da eutanásia e do suicídio medicamente assistido.

De acordo com Demarchi e Bastos (2013), a eutanásia, sendo uma prática de morte assistida, tem como significado uma boa morte, ou seja, uma morte sem sofrimento e sem dor. Inicialmente, tanto na Grécia antiga como em Roma, a prática da eutanásia era considerada como contribuição para sociedade, ou seja, a morte das pessoas consideradas inúteis era necessária para o funcionamento social, sendo considerado um direito da sociedade e não um direito do indivíduo.

Com o avanço das sociedades modernas, a eutanásia passou a ser um ato de liberdade em que a pessoa que está com uma doença terminal e incurável, verificando-se que esta está

perto da morte, considerando que a sua vida não tem qualidade nem dignidade, há a possibilidade de ser reconhecido o direito à pessoa de decidir pôr fim à sua vida (Suski, 2012).

O conceito moderno de eutanásia diz respeito à prática pela qual se abrevia a vida de um doente com alguma patologia em fase terminal, por ação ou omissão do médico, tendo como consequência a morte sem sofrimento ao indivíduo, cujo estado de doença é crônico e, portanto, incurável, estando normalmente associado a um imenso sofrimento físico e psicológico (Felix, 2007). Eutanásia é também a expressão utilizada para indicar uma ação médica que tem por finalidade a abreviação da vida de doentes incuráveis que estão em sofrimento extremo. Esta ação parte do médico a pedido do doente que, no exercício do seu poder de autonomia procura a antecipação do óbito e tem como objetivo uma morte sem sofrimentos extremos, consoante os seus valores e a sua dignidade pessoal (Freitas e Pinto, 2018).

Relativamente ao “suicídio medicamente assistido”, de acordo com Suski (2012), este consiste na ajuda solicitada pelo doente, para que outro lhe auxilie a executar a sua morte. É a assistência dada por um terceiro a quem não pode, sozinho, cometer suicídio, ou seja, a morte assistida consiste no auxílio à própria pessoa que deseja praticar ato que levará à sua morte.

Podemos constatar que a eutanásia e o suicídio medicamente assistido são práticas idênticas na sua finalidade, aliviar o sofrimento e causar morte ao doente, contudo o seu método de execução é diferente. Na eutanásia, a pedido do doente, é-lhe administrado um medicamento, por uma terceira pessoa com a intenção de acabar com a vida. E no suicídio medicamente assistido é o próprio doente, de forma intencional que põe fim à sua vida.

Abordar as questões do fim de vida, como a morte, a eutanásia e o suicídio medicamente assistido é de caráter relevante, contudo não se deve descuidar o direito a morrer com dignidade.

De acordo com Schaie e Willis (2003), o direito a morrer com dignidade tem sido discutido no âmbito da expressão “morrer com dignidade”, em que a tecnologia de hoje é cruel pois prolonga artificialmente a vida de alguém que de certa forma está próximo da morte. Este prolongamento da vida humana poderá criar consequências psicológicas e económicas para a família do doente terminal. Os autores referem ainda a importância do Testamento Vital, sendo um documento formal onde o doente poderá definir as diretrizes antecipadas para quando estiver perto da morte, diretivas essas que os médicos deverão de seguir.

Em Portugal, de acordo com o Artigo 2º. na Lei nº25/2012, de 16 de julho, o Testamento Vital é o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que diz respeito aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de encontrar-se incapaz de expressar a sua vontade pessoalmente e autonomamente.

Assim, o presente estudo tem como questão de investigação “Quais são as representações sociais dos estudantes de Gerontologia sobre a eutanásia?”, sendo o seu objetivo de estudo identificar as representações sociais acerca da morte, eutanásia e suicídio medicamente assistido em estudantes da pré e pós-graduação em Gerontologia.

De acordo com Fernández-Ballesteros (2009), a Gerontologia Social surge para estudar o envelhecimento, com a finalidade de que o ser humano viva mais anos, mas também viva melhor, ou seja, há uma necessidade de dar mais qualidade de vida aos anos ganhos pela longevidade.

Sendo a nossa profissão de gerontólogos muito focada no potencializar a qualidade de vida ao indivíduo ao longo do seu envelhecimento, importa também pensarmos na sua última fase de vida. É relevante salientar que esta última fase de vida do ser humano é pouco estudada, no entanto não deveria de ser negligenciada.

Assim, o envelhecimento da população proporciona conseqüentemente o aumento da longevidade. É possível constatar ainda que a longevidade está relacionada com a evolução da medicina, permitindo conseqüencialmente prolongar indeterminadamente a vida humana. Contudo, uma vida longa não significa que seja vivida com qualidade.

Posto isto, a pertinência do presente estudo reflete-se na importância de abordar as questões de fim de vida com aqueles que se vão ser responsáveis pela qualidade de vida na velhice e tenciona perceber quais são as representações sociais dos estudantes de Gerontologia relativamente às questões de fim de vida, mais especificamente a morte, a eutanásia e o suicídio medicamente assistido.

A presente dissertação encontra-se organizada em três capítulos: (1) Revisão da Literatura, (2) Método, (3) Resultados. No primeiro capítulo apresenta-se a revisão da literatura no domínio, através do enquadramento concetual do estudo, analisando os conceitos principais das representações sociais, da morte, da eutanásia e do suicídio medicamente assistido. No segundo capítulo, Método, apresenta-se o desenho do estudo, ou seja, o plano de investigação e participantes, instrumento de recolha de dados, procedimento de recolha de dados e estratégia de análise de dados. O terceiro capítulo refere-se à apresentação dos resultados, tal como a descrição das características dos participantes e os temas em análise. Por último a dissertação finaliza com as considerações finais que sistematizam o trabalho desenvolvido.

CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA

1. Envelhecimento Humano: conceitos, teorias e modelos

Na presente secção serão apresentados o conceito de envelhecimento assim como as teorias do envelhecimento e modelos do envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento ativo e saudável.

1.1. O envelhecimento à luz da Gerontologia Social

Enquanto ciência mãe, a Gerontologia é o campo multidisciplinar e interdisciplinar que tem com intuito a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e dos seus determinantes biológicos, psicológicos e socioculturais. Interessa-se pelo estudo das características dos idosos, bem como pelas várias experiências de velhice e envelhecimento ocorridas em diferentes contextos socioculturais e históricos, incluindo ainda aspetos do envelhecimento normal e patológico. Embora a Gerontologia seja um campo que envolve muitas disciplinas, a investigação repousa sobre um eixo formado pela biologia, psicologia e pelas ciências sociais. Também comporta interfaces com áreas profissionais, tais como a clínica médica, psiquiatria, geriatria, fisioterapia, enfermagem, serviço social, direito, psicologia clínica e psicologia educacional, das quais derivam soluções para problemas individuais e sociais. Sendo assim a gerontologia é um campo multiprofissional, multidisciplinar e interdisciplinar (Neri, 2008).

Fernández-Ballesteros (2009) define a Gerontologia como sendo um campo multidisciplinar. Segundo a autora, a Gerontologia desenvolveu-se nos estudos científicos dos processos associados ao envelhecimento a nível biológico, psicológico e social, nos estudos científicos relativos às diferenças nas idades a nível biopsicossocial, no conhecimento sobre a velhice e sobre o envelhecimento numa perspetiva da humanidade e no melhoramento da vida das pessoas idosas quer numa perspetiva aplicada como pública.

Contudo é possível observar que a autora dá importância não só ao processo de envelhecimento, mas também ao velho e à velhice. Para Fernández-Ballesteros (2009), o objetivo de estudo da Gerontologia é tanto o processo de envelhecimento como as diferenças da idade. Assim, a Gerontologia inclui conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais, tendo como principal característica a multidisciplinariedade e como finalidade melhorar as condições de vida das pessoas mais velhas. Contudo, a diversidade de conhecimentos necessárias para abordar o velho, a velhice e o envelhecimento conduz a uma formação gerontológica multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar que acaba por abranger uma grande diversidade de vários ramos.

Segundo Neri (2008), a Gerontologia Social, sendo da área da Gerontologia, preocupa-se com o impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento, assim como das consequências sociais desse processo. Os temas abordados na Gerontologia Social são as atitudes em relação à velhice, práticas e políticas sociais, formas de gestão da

velhice pelas instituições sociais e pelas organizações governamentais e não-governamentais, índices de bem-estar das populações idosas, redes de suporte social e relações intergeracionais.

Para Fernández-Ballesteros (2009), a Gerontologia Social é um campo de especialização da Gerontologia e tem como bases os conhecimentos procedentes das ciências sociais, biológicas e psicológicas, preocupando-se com o estudo e conhecimento da velhice, com a finalidade do ser humano viver mais anos e melhor. O gerontólogo social, enquanto profissional, deve ter conhecimentos biopsicossociais da velhice e do envelhecimento, uma vez que estes são necessários para compreender quer o fenómeno do envelhecimento e quer da velhice. A autora aborda a Gerontologia Social numa perspetiva social tendo como finalidade aplicar os conhecimentos em prol das pessoas mais velhas, sendo também necessário ter em atenção outras áreas tais como a política, a planificação social, a arquitetura e a legislação.

No que diz respeito à Gerontologia Social, Neri (2008) dá ênfase aos impactos das condições sociais e socioculturais do envelhecimento. Tal como refere, Fernández-Ballesteros (2009), a Gerontologia Social está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e da velhice.

Já a Geriatria, como especialidade da medicina, enfatiza os determinantes biológicos da doença e da saúde na velhice, no qual parece ser coincidente com uma visão biológica do envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009). Para Neri (2008), a Geriatria é o campo que compreende a prevenção e o manuseamento das doenças do envelhecimento, ou seja, é uma especialidade da medicina, que se desenvolve à medida que aumenta a população de adultos mais velhos e idosos portadores de doenças crónicas e de doenças típicas da velhice, com o intuito do aumento da longevidade da população mais velha.

Posto isto, a Gerontologia em toda a sua abrangência permite ramificar-se a nível interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar. Importa ainda referir que a Gerontologia enquanto ciência mãe, pretende explicar e descrever as mudanças típicas do processo de envelhecimento, abordando o envelhecimento como um processo biopsicossocial que ocorre ao longo da vida.

Concluindo assim, a Gerontologia Social é a especialização da Gerontologia que apesar de se ocupar do estudo das bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento, está especialmente dedicada ao impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e da velhice, sendo que as consequências sociais desse processo podem também melhorar os processos de envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2009).

1.2. Teorias e modelos acerca da idade e do envelhecimento

Na presente secção serão abordadas as teorias acerca da idade e do envelhecimento assim como os modelos de envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável.

De acordo com Bengtson, Gans, Putney e Silverstein (2009), nas Teorias acerca da Idade e do Envelhecimento, existe um número crescente de estudos que sugere que as pessoas que encontraram um significado no sentido da sua vida tendem a desfrutar de uma melhor saúde física e tendem a experimentar menos sintomas de depressão do que indivíduos que não foram capazes de obter um significado no sentido das suas vidas. Além disso, as pessoas com um senso de significado mais forte também tendem a ser mais felizes e a relatar níveis mais altos de satisfação com as suas vidas.

Segundo os mesmos autores, o envelhecimento saudável é fundamentalmente um processo biopsicossocial que envolve três fatores: (a) influências sociais estruturais (género, situação socioeconómica, raça, idade e contexto cultural), (b) influências individuais (psicossociais e comportamentais) e (c) influências biológicas.

No que diz respeito às Teorias Biológicas e do Envelhecimento, Bengtson, Gans, Putney e Silverstein (2009) fazem referência a vários autores e às suas respetivas teorias. Para Martin, na formulação evolutiva tradicional, os genes desadaptativos responsáveis pelos declínios associados ao envelhecimento retiraram-se da força natural, visto que são expressos apenas após a reprodução ou porque são expressos cedo na vida com funções positivas, apenas para ter efeitos destrutivos mais tarde na vida. Woodruff-Pak, Foy e Thompson, usam um sistema de modelo para testar hipóteses sobre os mecanismos relacionados com a aprendizagem e a memória, usando estas técnicas clássicas de condicionamento são capazes de demonstrar que há variações na aprendizagem e perdas de memória relacionadas com a idade. Gonidakis e Longo tomam uma posição forte de que o envelhecimento é geneticamente programado como uma resposta adaptativa para mudar as condições ambientais, uma perspetiva que está em desacordo com perspetivas estocásticas sobre o envelhecimento.

Shringarpure e Davies, fornecem uma revisão abrangente da teoria dos radicais livres do envelhecimento, a mais proeminente das teorias propondo assim que o desgaste é a causa da senescência. Austad conclui que a teoria da senescência evolutiva encontra um maior apoio empírico na literatura, sendo que esta teoria propõe que os genes com efeitos destrutivos na vida posterior acumulam-se porque eles escaparam à força da seleção natural. Nesta visão, as descobertas empíricas até hoje são mais consistentes com essa explicação do envelhecimento senescente, satisfazendo assim o seu critério e como uma teoria bem-sucedida é aquela com uma rede mais ampla.

Relativamente às Teorias Psicológicas e do Envelhecimento, Bengtson, Gans, Putney e Silverstein (2009) transmitem um otimismo sobre envelhecer e a idade, focando-se menos no declínio e mais no positivo, sendo que os principais conceitos são adaptação, otimização, compensação e plasticidade.

Antonucci, Birditt e Akiyama ampliam o intuito teórico e a complexidade do modelo das relações sociais. Segundo os autores, com base nos princípios life-span, a teoria explica o desenvolvimento individual interligado às relações sociais, sendo que à medida que elas se movem ao longo da vida é assim uma influência permanente nas relações sociais afetando a

saúde e o bem-estar. Podendo-se posteriormente verificar que as pessoas precisam de relações sociais, que incluem redes sociais, apoio social e satisfação com o apoio.

Guiados pelas teorias da otimização seletiva com compensação e seletividade socioemocional, Blanchard-Fields e Stange, desenvolvem um modelo que especifica o papel que o contexto socioemocional desempenha quando interage com o declínio cognitivo para moderar ou compensar os efeitos do declínio no bem-estar. Constatando que o processamento emocional, a perícia social e a regulação emocional podem permanecer intactos diante do declínio cognitivo.

Labouvie-Vief na teoria da integração dinâmica, baseada no desenvolvimento do tempo de vida e no trabalho de Piaget. Afirma que esta teoria psicológica do envelhecimento concentra-se em mecanismos para manter a regulação emocional em idades mais avançadas. O autor observa que houve duas visões do desenvolvimento das emoções na idade adulta e no envelhecimento, sendo uma que, no envelhecimento havendo assim um aumento no bem-estar emocional, resultando na melhoria geral da regulação emocional.

Partindo de uma perspectiva life span developmental, Willis, Schaie e Martin, estenderam a teoria da otimização seletiva com compensação, apresentando uma teoria da plasticidade cognitiva na idade adulta. A teoria baseia-se na ideia de que o desenvolvimento é um processo de adaptação ao longo da vida e, como tal, é modificável ou plástico em todas as fases do desenvolvimento. Um foco central é a variabilidade inter-individual e intra-individual, e o que precisa de ser especificado visto que existem diferenças inter-individuais na adaptação intra-individual e na plasticidade.

Os mesmos autores dão atenção a aspetos positivos do envelhecimento que se seguem a partir da noção de adaptabilidade e fornecem algumas ideias de como uma melhor compreensão da plasticidade cognitiva pode ser aplicada para melhorar a vida das pessoas idosas. Os adultos mais velhos usam estratégias de controlo, como a inibição de informações negativas, a atualização de informações relevantes para as metas relevantes para o objetivo e a repetição seletiva de memórias positivas, para alcançar os seus objetivos emocionais.

Quanto às Teorias da Ciência Social e do Envelhecimento, Bengtson, Gans, Putney e Silverstein (2009) referem que reduções dramáticas na mortalidade, morbidade e fertilidade ao longo das últimas décadas abalaram tanto a organização do curso de vida e a natureza das experiências educacionais, profissionais, familiares e de lazer, que agora é possível que os indivíduos se tornem velhos de novas formas. As configurações e o conteúdo de outras etapas da vida também estão a ser alteradas, especialmente para as mulheres. Em consequência, as teorias da idade e do envelhecimento precisarão de ser re-conceitualizadas.

Os processos sociais podem moldar a política de velhice e, por sua vez, moldar a experiência da população idosa ou até mesmo construir a velhice. Como as interações entre processos e políticas de velhice podem ter efeitos diferenciais em diferentes subgrupos dentro da população etária, como forças sociais maiores como a globalização afeta a população etária e como os próprios indivíduos podem moldar as próprias estruturas sociais exercendo o arbítrio.

Hudson aborda três grupos de explicações teóricas da formação de políticas de envelhecimento. O primeiro aborda teorias económicas e discute como as economias industriais emergentes condicionaram o desenvolvimento do estado de bem-estar. O segundo introduz abordagens centradas na sociedade e enfoca valores, comportamentos e ações de indivíduos e grupos e as suas interações com a formação de políticas. O terceiro é centrado no estado, discutindo o estado em si e os resultados das políticas.

Para Walker o social é definido como o resultado de processos em constante mudança através dos quais as pessoas, em maior ou menor grau, se percebem como seres sociais interagentes. Esse processo de auto-realização é interdependente com a criação de identidades coletivas. Como os indivíduos interagem uns com os outros, em que muitas das vezes têm que se comprometer e enfrentar restrições. Em tal abordagem a escolha é vista como incorporada dentro da estrutura. O papel do estado de bem-estar social é permitir que a escolha seja vista como compensatória.

Marshall discute a perspectiva *life course*, frequentemente usada para explicar as mudanças do desenvolvimento individual ao longo da vida, como uma abordagem analítica útil para informar a formação de políticas públicas. O autor discute os princípios da perspectiva *life course* e a sua força na orientação da formulação de políticas, prestando especial atenção à importância de considerar a interdependência entre os indivíduos, ou seja, o princípio do curso de vida das “vidas ligadas” ao longo do tempo. A perspectiva *life course* permite que os formuladores de políticas vejam os indivíduos como recolhidos dentro das famílias e instituições sociais mais amplas que apresentam oportunidades e restrições. Além disso, enfatiza a importância da análise histórica e a compreensão de que as coortes diferem na forma como experimentam o envelhecimento.

A construção social da velhice cria desigualdades na experiência de envelhecer. Kail, Quadagno e Keene teorizam as disparidades económicas entre a população idosa. Os autores apresentam uma abordagem teórica integrativa única para explicar como as desigualdades económicas se acumulam ao longo do curso da vida dos indivíduos e ainda mais, à medida que são transmitidas através das gerações. Impulsionado pela economia política da teoria do envelhecimento, tal como a abordagem da desvantagem cumulativa, as teorias feministas e o conceito de economia moral. Esta abordagem leva à proposição de que as disparidades económicas entre a população idosa são resultado de desigualdades sistemáticas com base no género, raça, etnia, estatuto minoritário e estado civil ao longo da vida. Além disso, mesmo as políticas que visam apoiar a população idosa (políticas de velhice) são socialmente construídas dentro de um debate geracional dos jovens versus velhos, levando a uma provável redução das atuais políticas distributivas.

Entre os desenvolvimentos recentes mais promissores está o aumento notório nos esforços em avançar as teorias interdisciplinares do envelhecimento e a maior disposição para intercalar disciplinas tradicionais como biologia, psicologia e ciências políticas e sociais. Esta tendência abriu caminhos para explicações mais abrangentes sobre o porquê e como a saúde, a mortalidade e a qualidade de vida mudam com o envelhecimento. Em particular, as tentativas

de colmatar os micro e macro ambientes do envelhecimento produziram uma compreensão mais abrangentes da senescência e do processo de envelhecimento.

O reconhecimento de que o envelhecimento inclui processos internos e externos que interagem entre si enriqueceu as teorias do envelhecimento e inspirou o uso de abordagens multiníveis. Existe assim uma consciência crescente de que a diligência (interpretações e ações individuais), os constrangimentos sociais (classe, raça, gênero e cultura) e as instituições sociais (cuidados de saúde e sistemas de pensões do Estado) devem ser reconhecidos em qualquer análise das causas e das consequências do envelhecimento. Além disso, os seres humanos são atores propositados e refletivos que se acomodam ou reduzem no impacto do envelhecimento modificando pessoalmente os seus comportamentos e modificando coletivamente os ambientes políticos que determinam os recursos disponíveis para os idosos.

Relativamente à Idade e Envelhecimento, segundo Settersten e Godlewski (2016), a Gerontologia tem uma relação difícil e codependente com a idade cronológica. Por um lado, a idade está no núcleo do estudo do envelhecimento e por outro lado, alguma da retórica dominante neste campo, e as mensagens que os gerontólogos perpetuam, dão-nos um sinal diferente.

Os autores mapeiam o significado e a utilização da idade na investigação sobre o envelhecimento, focando-se principalmente nos conceitos e teorias, mas também fazendo algumas observações sobre os métodos. Seguem principalmente duas perspetivas principais de investigação, revendo investigação selecionada e gerando ideias consideradas com maturidade em termos do desenvolvimento teórico. A primeira vertente está associada à idade como uma propriedade dos indivíduos e grupos, ou seja, direciona a idade como uma procuração para o estatuto e para as experiências, a idade como sendo relativa ao tempo pessoal, à idade subjetiva, e à idade como um índice para diferentes tipos de tempo. A segunda vertente está ligada à idade como propriedade da organização e dinâmicas sociais. Lida com a idade e as fases de vida; idadismo e estereótipos de idade; idade e “timing” e alocação de papéis sociais; integração da idade e cooperação versus segregação da idade e conflito. A idade como direito e benefício; e as intersecções entre idade, gênero e cultura.

Os autores referidos encontraram duas tendências opostas relativamente a muitos aspetos do envelhecimento individual, a idade pode não interessar tanto quanto os investigadores assumem, pelo menos não diretamente. É necessário pensar de modo mais crítico relativamente ao porquê e como a idade pode ou não pode interessar para os seus tópicos de interesse. Relativamente a muitos aspetos do envelhecimento social, em contraste, a idade pode interessar muito mais do que se supõem. Para o avanço das teorias acerca do fenómeno do envelhecimento social, deve-se constatar a relevância ou irrelevância da idade na vida social contemporânea. Além disso, para avançar com teorias transdisciplinares e a multiníveis, é necessário revelar como é que as forças sociais relacionadas à idade têm efeitos diretos e indiretos no envelhecimento individual.

A prática do uso da idade como uma dimensão para agrupar e comparar indivíduos entre grupos sem qualquer justificação, é especialmente problemático. Nestes casos os investigadores

por vezes estão a tentar inferir algo acerca das mudanças decorrentes da maturação baseadas nas diferenças de grupos de idade, fazendo mesmo curvas artificiais de crescimento. Ao fazer comparações entre grupos, é essencial tentar inferir diferenças entre coortes baseados neles, mas então o ponto de entrada na procura da explicação deve ser encontrado no campo do tempo histórico, não no tempo desenvolvimental.

A idade não pode ser uma variável “outcome”. Modelar a idade como um evento (viuvez) ou o estatuto numa idade em particular (estatuto de saúde) são bons exemplos de investigação. Alguns fenómenos ligados à idade, como por exemplo, estudar a idade subjetiva ou fenómenos tais como discriminação, estereótipos associados à idade, ou integração ou segregação ligados à idade.

No que diz respeito à idade como dimensão das organizações e dinâmicas sociais, para se avançar com teorias transdisciplinares que atravessam níveis de análise individuais e sociais, é essencial explorar como é que as forças associadas à idade podem ter efeitos diretos e indiretos no envelhecimento individual.

De acordo com os autores mencionados, a Gerontologia está na estranha posição de querer superar uma das dimensões centrais, que tradicionalmente tem estado no seu núcleo central, ou seja, a idade cronológica. Pensar de modo crítico e cauteloso acerca da idade é uma tarefa importante para construir teorias acerca da idade, o envelhecimento e a relação entre eles. É difícil imaginar uma ciência acerca do envelhecimento sem a idade, mas muitos aspetos do envelhecimento em última instância, não são acerca da idade. Por vezes, devemos libertar-nos da idade para compreender o envelhecimento. Contudo, muitos aspetos acerca da idade, em particular os “sociais”, são terrivelmente consequenciais para as experiências de envelhecimento dos indivíduos e dos grupos.

1.3. Envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável

De acordo com Araújo, Ribeiro e Paúl (2016), o modelo de Envelhecimento Bem-sucedido, é um conceito mais holístico e orientado para uma lógica de curso de vida, com maior valorização da responsabilidade individual.

Rowe e Kahn (1997), apresentam a proposta do envelhecimento bem-sucedido, definido através da presença de três critérios: (1) baixa probabilidade de doença e incapacidade, (2) elevada capacidade funcional física e cognitiva e (3) envolvimento ativo com a vida. Apesar de não se focar exclusivamente em critérios de saúde, ultrapassando o modelo biomédico regente na altura, há quem defenda um predomínio dos dois critérios associados à saúde e funcionamento em relação ao terceiro, de índole mais social. Para os autores envelhecer com sucesso numa fase tão avançada da vida parece requerer, acima de tudo, capacidade de adaptação aos diversos desafios que as saúdes físicas e funcionais colocam, bem como as perdas sociais significativas.

Segundo Baltes, Staudinger e Lindenberger (1999) o envelhecimento bem-sucedido é definido nesta abordagem teórica como a maximização conjunta de ganhos (metas ou resultados

desejáveis) e a minimização de perdas (metas ou resultados indesejáveis). A natureza do que constitui ganhos e perdas, e da dinâmica entre ganhos e perdas, está condicionada por fatores culturais e pessoais, bem como pela posição na vida de um indivíduo. Assim, um resultado de desenvolvimento alcançado pode, num momento ontogénico posterior ou num contexto diferente, ser julgado como disfuncional. Além disso, o que constitui um ganho e a perda também depende se os métodos usados para defini-lo são subjetivos ou objetivos. A Teoria de Seleção com Otimização e Compensação (SOC) é universal e relativista. Na sua universalidade meta teórica postula que qualquer processo de desenvolvimento humano envolve uma orquestração de seleção, otimização e compensação. Na sua especificação teórica concreta, no entanto, os processos de SOC são específicos da pessoa e contextualmente vinculados. Assim, como o modelo teórico é aplicado a domínios e contextos específicos de funcionamento psicológico (como controle, autonomia e experiência profissional, ou a diferentes contextos culturais), requer mais especificações a partir da base de conhecimento do domínio de funcionamento selecionado para aplicação e para o contexto em que este fenómeno está incorporado.

O modelo SOC de Baltes (1999) destina-se a caracterizar os processos que, na sua orquestração coordenada, resultam em desenvolvimentos desejados, ao mesmo tempo que minimizam os indesejáveis. Os indivíduos que relatam o uso de estratégias SOC também relatam níveis mais altos em indicadores subjetivos de envelhecimento bem-sucedido.

Rowe e Cosco (2016), abordam o Envelhecimento Bem-sucedido, contudo são abordadas em particular as Perspetivas do Curso de Vida e do Ciclo de Vida acerca do envelhecimento, o Modelo de MacArthur de Envelhecimento Bem-sucedido (um modelo biopsicossocial) e os Modelos Psicológicos do Envelhecimento Bem-sucedido.

No que diz respeito às Perspetivas do Curso de Vida e do Ciclo de Vida acerca do envelhecimento, nos anos 60, a Teoria de Desvinculação refere que o envelhecimento envolve naturalmente um afastamento inevitável e progressivo das instituições sociais e perda a nível individual. Contrastando com esta visão do envelhecimento, Havighurst desenvolveu a Teoria da Atividade, em que o envelhecimento envolve manutenção e substituição das atividades e atitudes da meia-idade, sendo que este defende o envolvimento com os novos papéis sociais.

Atualmente, o termo Envelhecimento Bem-sucedido (EBS) pode ser tratado como uma teoria, paradigma, modelo, processo ou objetivo. A amplitude de aplicabilidade do termo deve-se ao aumento significativo do interesse académico nesta área nas últimas duas décadas. Contudo teóricos focalizados do “life-span” salientam as diferenças inter-individuais e a plasticidade intra-individual, procurando descrever padrões de mudança em indivíduos ao longo do curso de vida.

De acordo com os estudos elaborados pela Fundação MacArthur, à medida que se iam reunindo dados de observação sobre a Gerontologia, foram-se apercebendo de uma grande heterogeneidade no envelhecimento, separando o “normal aging” em duas formas: 1) “usual aging”, que era visto como havendo maior probabilidade de risco de doença e incapacidade e 2) o “successful aging” onde se observou algo semelhante a um síndrome do envelhecimento puro.

O Modelo MacArthur de Envelhecimento Bem-sucedido, define três componentes principais: 1) baixo risco de doença e incapacidade ligada à doença, 2) manutenção de elevado funcionamento físico e mental e 3) envolvimento ativo com a vida, incluindo relações ativas com outros e a produtividade. Podendo-se constatar que as críticas a este modelo dizem respeito à falta de atenção para os fatores sociais e “life course” e um maior ênfase nas considerações subjetivas das pessoas idosas.

Relativamente às teorias psicológicas de Envelhecimento Bem-sucedido, é essencial ter em conta os trabalhos de Paul e Margret Baltes (1990), bem como Laura Carstensen (1992). Baltes contribuiu para a definição da abordagem “life-span” dando ênfase a três componentes: 1) comunalidades, 2) diferenças inter-individuais e 3) plasticidade intra-individual.

O Modelo Seleção com Otimização e Compensação (SOC) de Baltes e colaboradores inclui as condições antecedentes, os processos centrais SOC e os resultados. Segundo Carstensen (1992), a Teoria da Seletividade Socio-emocional interligada com o modelo SOC e articulado com o uso de estratégias individuais no avançar da idade modificando os objetivos e interações emocionais e sociais.

Podemos verificar que o modelo SOC coloca ênfase no “como” relativamente aos processos psicológicos e o modelo de MacArthur coloca ênfase no “que”. No modelo psicológico de EBS o destaque não se coloca nos critérios objetivos, mas antes na compreensão dos processos psicológicos através dos quais os indivíduos navegam o seu curso de vida, desenvolvem estratégias e fazem escolhas para compensar as perdas. Para Baltes o envelhecimento é heterogéneo e há a necessidade de separar o envelhecimento normal do Envelhecimento Bem-sucedido.

De acordo com Cupertino, Rosa e Ribeiro (2007) o envelhecimento é definido como um processo multidimensional. Na definição de Envelhecimento Saudável destaca-se a saúde física, demonstrando que para os idosos a manutenção da saúde física é fundamental. Assim, o processo de envelhecimento físico acarreta modificações anatómicas e fisiológicas que implicam a necessidade de adaptações e compensações para um melhor equilíbrio entre ganhos e perdas (Staudinger, Marsisker & Baltes, 1995).

Para Baltes e Smith (1995), a sabedoria é um aspeto importante no envelhecimento saudável, sendo definida como uma função pertinente ao crescimento ao longo da vida, uma especialização cognitiva rara e difícil de atingir. Assim a sabedoria seria o processo de revisão de vida e seria alcançada na velhice, sendo considerada um dos maiores ganhos nesta fase da vida, uma vez que permite ao indivíduo ir para além das perdas vividas no processo de envelhecimento. Posto isto, o envelhecimento saudável é entendido como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional, o que inclui a promoção de comportamentos saudáveis e a redução dos fatores de risco prejudiciais.

Para Ferreira, Macial, Silva, Santos e Moreira (2010) o envelhecimento pode ser definido como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo considerado um processo dinâmico e progressivo. O declínio das funções orgânicas,

manifestadas durante o envelhecimento, tende a aumentar com o tempo, com um ritmo que varia não só de um órgão para outro, mas também entre idosos da mesma idade. Assim o Envelhecimento Ativo corresponde ao equilíbrio biopsicossocial e à integralidade de um ser humano que está inserido num contexto social e que, embora idoso, ainda é capaz de desenvolver as suas potencialidades. Daí a importância do apoio das instituições políticas e sociais, da família, da rede de amigos e dos grupos de interesse comuns, na luta contra a discriminação e o preconceito que gira em torno do envelhecimento.

O Envelhecimento Ativo, baseia-se no processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com vista à promoção de uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Mais recentemente, devido à importância da informação e do conhecimento para permanecermos saudáveis e envolvidos na sociedade, a aprendizagem ao longo da vida foi reconhecida como um novo pilar do envelhecimento ativo, juntando-se, assim, à saúde, participação e segurança. Nesta definição a palavra “ativo” ganha um sentido que ultrapassa a capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho, ao contemplar, também, a participação contínua em questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, bem como educativas (Araújo, Ribeiro & Paúl, 2016).

De uma forma sucinta podemos verificar que o envelhecimento apresenta múltiplas faces, no que diz respeito ao Envelhecimento Saudável, Envelhecimento Ativo e Envelhecimento Bem-sucedido. No que diz respeito ao Envelhecimento Bem-sucedido, existem vários modelos consoante os diferentes autores. Para Rowe e Khan (2015), o modelo de Envelhecimento Bem-sucedido abrange três componentes: o baixo risco de doença e incapacidade, manutenção de um elevado funcionamento cognitivo e envolvimento com a vida. Para Baltes, Saudinger e Lindenberger (1999), o envelhecimento bem-sucedido é definido como uma maximização de ganhos e minimização das perdas, sendo a Teoria SOC, ou seja, seleção, otimização com compensação a utilizada. Relativamente ao Envelhecimento Saudável, destaca-se a ausência de doença, sendo possível alcançá-lo à medida que se vai envelhecendo, mantendo-se e desenvolvendo-se capacidades funcionais para tal. O Envelhecimento Ativo refere-se ao equilíbrio a nível social, biológico e psicológico e à capacidade do ser humano se integrar no seu contexto social, continuando a desenvolver as suas capacidades e mantendo-se inserido no seu grupo de amigos, rede familiar e nos seus grupos de interesses.

2. Representações sociais, eutanásia e envelhecimento

Nesta secção será apresentado o conceito de representação social, abordar-se-á a relação entre o envelhecimento e a eutanásia assim como a relação entre a eutanásia e a dignidade.

2.1. Representações Sociais

Etimologicamente, a palavra “representação” provém da forma latina “repraesentare”, ou seja, fazer presente ou apresentar de novo, tal como fazer presente alguém ou alguma coisa ausente, mesmo uma ideia, por intermédio da presença de um objeto (Reis & Bellini, 2011).

Jovchelovitch (1998) afirma que a noção de representação era sinónimo de cópia, de espelho do mundo, em que representar era copiar ou reproduzir o social. Essa ideia influenciou, por algum tempo, as ciências sociais e a Psicologia, dando a ilusão da coincidência perfeita entre o psíquico e o mundo. De acordo com Reis e Bellini (2011), na pré-história da Teoria das Representações, a representação era distinguida em dois níveis de fenómenos: o individual e o coletivo.

O primeiro teórico a falar em representações sociais como representação coletiva foi Émile Durkheim. Segundo Crusoé (2004), para Durkheim o pensamento individual seria um fenómeno puramente psíquico, mas que não se reduziria à atividade cerebral e o pensamento social não se resumiria à soma dos pensamentos individuais.

De acordo com Crusoé (2004), há uma distinção entre o estudo das representações individuais e o estudo das representações coletivas. Para ele o estudo das representações individuais seria do domínio da Psicologia, e o estudo das representações coletivas ficaria a cargo da Sociologia. O fundamento de tal distinção estava na crença de que as leis que explicavam os fenómenos sociais eram diferentes das leis que explicavam os fenómenos individuais. Assim, as representações coletivas, por serem fruto dos acontecimentos sociais, constituem em facto social e, como tal é o resultado de uma consciência coletiva e não de uma consciência individual. Por essa razão, não podemos tratar as representações coletivas numa perspetiva individual.

Segundo Moscovici (2001), a representação foi associada à ideia, espírito, concepção, mentalidade para, de forma particular, elaborar a sua noção de visão de mundo. Nesta concepção o indivíduo sofre uma pressão das representações dominantes na sociedade. É a sociedade que pensa ou exprime os sentimentos individuais. As representações não são, assim, necessariamente conscientes pelos indivíduos. Assim, de um lado, as representações conservam a marca da realidade social onde nascem, mas também possuem vida independente, reproduzem-se e misturam-se, tendo como causas outras representações e não apenas a estrutura social. Estrutura social esta que é formada por uma complexa rede de interações individuais, sendo o sujeito social o fio condutor das relações e das representações, este é quem estabelece a conexão entre o sentido e o motivo. Moscovici (1978) defende ainda que a representação social deve ser encarada tanto na medida em que ela possui uma contextura psicológica autónoma como na medida em que é própria da nossa sociedade e da nossa cultura.

Desse modo, a Teoria das Representações Sociais, preocupa-se com a inter-relação entre sujeito e objeto e como se dá o processo de construção do conhecimento, ao mesmo tempo individual e coletivo na construção das representações sociais, sendo este conhecimento um conhecimento de senso comum (Crusoé, 2004).

Assim a Teoria das Representações Sociais é uma teoria que pode ser abordada em termos de produto e em termos de processo, pois a representação é, ao mesmo tempo, o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real, confrontando e atribuindo um significado específico. A presente teoria, abordada em termos de produto, volta-se para o conteúdo das representações, para o conhecimento de senso comum, que permite aos sujeitos interpretar o mundo e orientarem a comunicação entre eles, na medida em que, ao entrarem em contato com um determinado objeto, o representam e criam uma conjectura que vai orientar as suas ações e comportamentos. Esta teoria abordada em termos de processo consiste em saber como se constroem as representações, como se dá à incorporação do novo, do não familiar, aos universos consensuais (Crusoé, 2004).

Para compreender o fenómeno de algumas Representações Sociais, temos de saber porque é que criamos essas representações, sendo que as representações têm como finalidade tornar algo não-familiar em algo familiar (Moscovici, 2004). O autor considera que os universos consensuais são universos familiares nos quais as pessoas querem ficar, pois não há conflito. Nesse universo, tudo o que é dito ou feito, confirma as crenças e as interpretações adquiridas. Em geral, a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização em que os objetos, pessoas e acontecimentos são compreendidos previamente. O não-familiar são as ideias ou as ações que nos perturbam e nos causam tensão. Essa tensão entre o familiar e o não-familiar é sempre estabelecida nos nossos universos consensuais, em favor do primeiro. No entanto, o que nos é incomum, não-familiar é assimilado e pode modificar as nossas crenças, sendo que esse é o processo de rerepresentar o novo.

De acordo com Reis e Bellini (2011), para assimilar o não-familiar, existem dois processos básicos que podem ser identificados como impulsionadores das representações sociais, o processo de ancoragem e o processo de objetivação. A ancoragem é o processo pelo qual procuramos classificar, encontrar um lugar e dar nome a alguma coisa para encaixar o não-familiar. Pela nossa dificuldade em aceitar o estranho e o diferente, este é, portanto, percebido como ameaçador. No momento em que nós podemos falar sobre algo, avaliá-lo e comunicá-lo mesmo que vagamente, podemos representar o não-usual no nosso mundo familiar, reproduzi-lo como uma réplica de um modelo familiar. Pela classificação do que é inclassificável, pelo facto de se dar um nome ao que não tinha nome, nós somos capazes de imaginá-lo, de representá-lo. Dessa soma de experiências e memórias comuns, extraímos as imagens, a linguagem e os gestos necessários para superar o conflito gerado pelo saber não-familiar. A ancoragem e a objetivação são maneiras de lidar com a memória. A ancoragem mantém a memória em movimento, a qual é dirigida para dentro e está sempre a armazenar e a excluir objetos, pessoas e acontecimentos classificados e nomeados por essa ancoragem de acordo com os seus tipos. A objetivação, mais ou menos direcionada para fora (para os outros), elabora conceitos e imagens para reproduzi-los no mundo exterior.

De acordo com Paula e Kodato (2016), o mecanismo de ligação que transforma uma imagem, figura ou conhecimento abstrato e estranho num objeto concreto, é chamado de objetivação. As imagens estranhas à consciência são integradas no núcleo figurativo, um

complexo de imagens que reproduzem visivelmente um complexo de ideias. Assim, desde que suponhamos que as palavras não falam sobre nada somos obrigados a ligá-las a algo, a encontrar equivalentes não verbais para elas.

Uma outra questão apontada e que é retomada e ampliada por Moscovici, ao elaborar a Teoria das Representações Sociais, é o peso que a opinião tem no processo de desenvolvimento da ciência. O valor que atribuímos à ciência, como aliás, nas religiões, depende em suma da ideia que fazemos coletivamente da sua natureza e do seu papel na vida, ou seja, ela exprime um estado de opinião. É que, de facto, tudo na vida social, inclusive a própria ciência, assenta na opinião (Crusoé, 2004).

O conceito de representação social, ou seja, representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo; é reconstituí-lo, retocá-lo e modificar-lhe o texto (Moscovici, 1978). Segundo Paula e Kodato (2016), nessa abordagem, a representação refere-se, como já foi referido, à transformação do não-familiar em familiar, quando o novo é incorporado a categorias preexistentes e se torna senso comum.

A representação então materializada no senso comum adquire “vida” própria como produto da atividade social. Portanto, as representações estão na base do senso comum, nos processos de comunicação e interação cotidianos, quando então emulam os quadros de referência para a ação (Carvalho & Arruda, 2008).

De acordo com Crusoé (2004), a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Esta constitui-se como um novo status epistemológico e, como tal, requer mais tempo histórico para se solidificar, e ainda tem de arcar com a resistência de diferentes setores da área académica. Ao abordar a representação social parte-se de duas premissas: (1) não existe um corte entre o universo exterior e o do indivíduo, que o sujeito e o objeto não são absolutamente heterogêneos e que o objeto está inscrito num contexto dinâmico; (2) vemos a representação social como uma preparação para a ação. Tais representações partem da observação da realidade feita pelo indivíduo e posteriormente relatada.

Desse conjunto, composto por observação e relatos, surge ainda um tipo de conhecimento. Um conhecimento originário do diálogo, do intercâmbio de ideias e de impressões, da transmissão de informações. O diálogo permite que determinados conceitos ganhem competências e passem a ter um formato enciclopédico. Esse conhecimento exprime algumas das ideias que pairam no ar, que são capazes de revelar o que um determinado grupo pensa sobre alguma situação determinada (Crusoé, 2004).

De acordo com Jodelet (2001), há quatro características fundamentais no ato de representar: (1) a representação social é sempre a representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito); (2) a representação social tem como objetivo uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações); (3) a representação será apresentada como uma forma de saber de modelização do objeto diretamente legível em diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais, ou seja, é uma forma de conhecimento e (4) qualificar esse saber de prático refere-se à experiência a partir da qual ele é

produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, sobretudo, ao facto de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro.

Para Moscovici (2004), as representações apresentam duas funções: (1) convencionalizam os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram, ou seja, as representações sociais dão uma forma definitiva, são localizadas numa determinada categoria e gradualmente são colocadas como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Todos os novos elementos juntam-se a esse modelo e sintetizam-se nele. Mesmo quando uma pessoa ou objeto não se adequam exatamente ao modelo, sendo que este é forçado a assumir uma determinada forma, entrar numa determinada categoria, na realidade, a se tornar idêntico aos outros, sob pena de não ser nem compreendido, nem decodificado. Pensamos através de uma linguagem, organizamos os nossos pensamentos de acordo com um sistema que está condicionado, tanto pelas nossas representações, como pela nossa cultura; (2) as representações são prescritivas, isto é, impõem-se sobre nós com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente mesmo antes de nós começarmos a pensar e é também a tradição que decreta o que deve ser pensado. Essas representações são partilhadas pelas pessoas, influenciando-as. As representações significam assim a circulação de todos os sistemas de classificações, todas as imagens e todas as descrições, mesmo as científicas.

De acordo com a abordagem representacional social, as pessoas são capazes de imaginar diferentes tipos de coisas, classificando-as e nomeando-as para se comunicarem e representarem o inusitado no seu mundo habitual, segundo categorias e imagens familiares (Moscovici, 2001). Segundo Jylhankangas, Smets, Cohen, Utriainen e Deliens (2014), o seu estudo qualitativo aborda as maneiras pelas quais os médicos e os profissionais religiosos finlandeses percebem e descrevem a eutanásia e conceituam essas descrições e esses pontos de vista como representações sociais. Os autores concluíram que esse processo foi apropriadamente ilustrado nas descrições e visões da eutanásia de profissionais religiosos e médicos que construíam imagens profissionalmente apropriadas da eutanásia. Deste modo, as representações sociais da eutanásia serviram para controlar o medo que a eutanásia causaria. Os profissionais como temiam que a eutanásia fosse legalizada construíam representações sociais da eutanásia associada ao risco, assim uma vez que a eutanásia foi posicionada como um risco, tornou-se mais fácil rejeitá-la.

Na nossa sociedade para perceber como os portugueses encaram a eutanásia é necessário primeiramente entender o que são as representações sociais para posteriormente verificar quais as representações sociais da eutanásia no nosso país.

2.2. Envelhecimento e eutanásia

O envelhecimento é um processo progressivo de mudanças a nível biológico, psicológico e ao nível da estrutura social dos indivíduos (Sower & Rowe, 2007), sendo um processo ao longo

da vida (Bengtson, Gans, Putney & Silverstein, 2009), composto por ganhos e perdas (Baltes, 1997).

A expectativa de uma vida mais longa é a conquista da civilização e representa um grande potencial para o desenvolvimento humano em geral. Com a experiência coletiva e de habilidades, a crescente população de homens e mulheres idosos, são um recurso precioso para as famílias, as comunidades, a economia e a sociedade como um todo. O envelhecimento da população ocorre também com outras tendências globais convergentes e interdependentes que estão a moldar o nosso futuro. Essas tendências afetam os indivíduos de todas as idades em todos os aspetos de vida, criando muitas oportunidades e uma longa lista de riscos que não podem ser considerados de maneira isolada. Assim, deve-se considerar a ligação entre o envelhecimento da população e outras dimensões convergentes para conseguir promover o envelhecimento ativo para as pessoas de todas as idades (OMS, 2005).

No que diz respeito à dicotomia saúde e doença, no envelhecimento, são identificados alguns padrões de mudanças relacionados com a idade que podem levar a um funcionamento normal ou a um funcionamento patológico. Podemos constatar uma diferença entre envelhecimento primário, relacionado as mudanças intrínsecas e irreversíveis no processo de envelhecimento, e envelhecimento secundário, relacionado as mudanças causadas por doenças ou por outros fatores, que são reversíveis. De acordo com tal diferenciação, pode-se considerar o envelhecimento primário como normal, e o secundário como patológico (Alberte, Ruscalleda & Guariento, 2015).

Verificamos então que o envelhecimento normal caracteriza-se pelo envelhecimento sem qualquer patologia mental ou biológica e o envelhecimento patológico verifica-se um predomínio de doenças (Baltes & Baltes, 1990). As doenças, ruturas familiares, perdas e violência física e psicológica predispõem os indivíduos a resultados indesejáveis ao seu desenvolvimento biopsicossocial, portanto, colaboram para o envelhecimento patológico. Anteriormente considerados de uma maneira estática, como stressores, fatores preditores de resultados negativos, são atualmente entendidos como um processo (Alberte et al., 2015).

Segundo Zaterka (2015), podemos constatar que tratamentos antes inimagináveis tornaram-se uma realidade do dia-a-dia criando uma grande possibilidade de cura de doenças, de realização de exames sofisticados, invenção de vacinas e medicamentos para as mais diversas doenças. Todos estes fatores contribuíram para que a vida dos indivíduos melhorasse significativamente, aumentando conseqüentemente a sua longevidade.

O maior problema de uma vida prolongada por aparelhos e recursos farmacológicos é que podemos verificar uma dicotomia existente antes da época moderna, isto é, a distinção nuclear entre quantidade e qualidade de vida, entre o adiamento da morte e um prolongamento efetivo da vida. Suspender tratamentos não frutíferos não significa encurtar o tempo de vida, mas deixar de alongá-la artificial e inutilmente, muitas das vezes maltratando o doente sem gerar qualquer benefício. Sendo assim, numa longevidade prolongada, a eutanásia, por exemplo, é vista com bons olhos. Portanto, a eutanásia ganha uma nova aceitação e já não se relaciona

unicamente com a boa morte, a morte fácil, não assistida, mas admite uma certa ação médica que pode auxiliar o doente a morrer de maneira mais fácil e tranquila (Zaterka, 2015).

De acordo com Borges e Lacerda (2017), os jovens das nossas sociedades atuais apresentam uma atitude positiva no que diz respeito à eutanásia, podendo-se verificar uma geração tolerante e extremamente aberta às questões morais fraturantes. Para Brandalise, Remor, Carvalho e Bonamingo (2018), os jovens académicos concordam com a legalização da eutanásia e do suicídio medicamente assistido, sempre em casos de doenças terminais ou doenças degenerativas e progressivas a nível neurológico. Podemos então constatar que os jovens encaram as questões de fim de vida com mais naturalidade, positividade e progressividade, desde que o indivíduo esteja em sofrimento e com uma doença incurável.

2.3. Eutanásia e dignidade

A expectativa de vida nos países desenvolvidos aumentou consideravelmente durante o último século. Isso teve um impacto profundo na distribuição etária das populações: o número e a proporção de idosos estão a aumentar constantemente e a projeção é de aumentarem ainda mais. A geração “baby boom” nascida após a Segunda Guerra Mundial está a atingir a velhice. Como a morte, hoje em dia, decorre principalmente de doenças crónicas e degenerativas com um processo prolongado de morte, e não de doenças infecciosas agudas, a prestação de cuidados nos estágios finais da vida tornou-se de grande interesse para doentes, profissionais de saúde e sistemas nacionais de saúde (Chambaere, Rietjens, Smets, Bilsen, Deschepper, Pasman & Deliens, 2012).

Segundo Chambaere e colaboradores (2012), os próprios doentes também podem basear as suas decisões relativas ao tratamento, em parte, se assim viveram uma vida longa e gratificante. É possível verificar que existem diferenças ou desigualdades significativas entre idades diferentes, quando se trata de cuidados e tomada de decisão no final da vida.

A presença massiva da tecnologia na medicina moderna é um facto necessário, no entanto, a dependência por essa tecnologia faz com que se deixe de lado a humanização nas práticas do cuidar, na manifestação de apreço, preocupação e solidariedade com os doentes. O “paradigma da cura” é governado pelos cuidados críticos e medicina de alta tecnologia; já no “paradigma do cuidado”, o declínio e a morte são aceites como parte da condição do ser humano, intensificando os esforços no sentido de amenizar o desconforto do morrer (Tabet & Garrafa, 2016).

De acordo com Couto (2016), a morte é vista como uma privação da nossa consciência, mas nunca experimentada. Nesse sentido, causa angústia, embora mais frequentemente pelo receio do sofrimento que podemos encontrar associado ao processo de morte. Para Kovács (2014), a dor e o sofrimento têm conotações individuais e culturais, ou seja, vivemos numa sociedade que não suporta ver e lidar com o sofrimento, que precisa ser imediatamente eliminado, mesmo que seja necessário dopar o doente. Posto isto, cuidar não é só eliminar sintomas, mas sim promover alívio, conforto e bem-estar.

No plano existencial, o sofrimento resulta de qualquer redução ou interferência na participação nas diferentes dimensões da vida, sentidas como experiências de perda. Nesta perspectiva, o sofrimento está associado ao grau de incapacidade da pessoa dar sentido à sua vida, construir a sua história, criar e dirigir os seus projetos futuros. Da doença emergem o medo da perda de autonomia e de autoestima, da liberdade de decisão e do sentido de futuro, cultivando o sentimento de inutilidade, perda de esperança e desejo de morrer (Nunes, Madeira & Silva, 2018).

Atualmente temos um maior conhecimento biológico, que possibilita prognósticos mais precisos da morte, temos analgésicos poderosos para controlar a dor, temos máquinas mais sofisticadas para substituir e controlar órgãos, temos um maior conhecimento psicológico para aliviar as ansiedades e o sofrimento de uma morte antecipada. No entanto, todo esse conhecimento não tornou a morte digna, pelo contrário, o processo do morrer tornou-se mais problemático, difícil de prever e de lidar, fonte de dilemas éticos e escolhas difíceis, geradoras de angústia, ambivalência e incertezas (Tabet & Garrafa, 2016).

A preocupação por morrer dignamente, faz parte da sensibilidade atual pois representa uma conquista moral no prolongamento do interesse por uma vida digna e humana. Podemos constatar que as circunstâncias do morrer têm um grande impacto, há na nossa sociedade, em torno da morte, uma série de temores: temor à dor, ao possível isolamento, solidão e abandono, tememos um tipo de vida totalmente deteriorada, sem controlo do próprio corpo, sem se poder mexer e alimentar, numa dependência completa dos outros (Elizari, 1996).

No entender de Kovács (2014), a dependência frente às atividades do dia-a-dia assusta mais do que a morte. O processo de adoecimento envolve problemas somáticos, isolamento, sensação de abandono, falta de sentido, dependência para atividades cotidianas. Os cuidados no final da vida envolvem solidariedade, compromisso e compaixão e não posições autoritárias e paternalistas. O grande desafio é permitir que se viva com qualidade a própria morte. Para se morrer com dignidade é fundamental: (1) ter conhecimento da aproximação da morte, controlo, intimidade e privacidade; (2) conforto para sintomas incapacitantes; (3) escolha do local da morte; (4) ter informação, esclarecimento, apoio emocional e espiritual; (5) acesso a cuidados paliativos; (6) pessoas com quem partilhar; (7) poder decisório e poder se despedir e (8) partir sem impedimentos. Os melhores cuidados devem também envolver o parar dentro do limite do razoável. Muitas pessoas pedem que se executem os tratamentos possíveis, pois o medo, ao interrompê-los, é de que se abandonem consequentemente os cuidados. É importante definir prioridades, cuidar de sintomas, se a cura não for possível, evitando cirurgias ou tratamentos invasivos que não tragam benefícios. O respeito à dignidade humana, todavia, implica em entender e atender as necessidades de cada um. Na morte com dignidade procura-se facilitar a autonomia do doente na tomada de decisões sobre a sua vida. Retoma-se o conceito de boa morte, sem dor, com respeito aos desejos do doente, estabelecendo canais de comunicação com a família e profissionais de saúde.

Assim, a igualdade moral, ou seja, a dignidade, é a fonte da qual surgem todas as formas de respeito político, económico, moral e social entre os seres humanos. A igualdade não está

ligada à vulnerabilidade e ao sofrimento diante das adversidades, nem a uma capacidade igual de raciocínio, nem às mesmas características genéticas, nem ao facto de partilhar certos valores e crenças sociais (Vergara & Massa, 2015).

Segundo Demarchi e Bastos (2013) a dignidade, em si, é a característica subjetiva e indissociável de todo o ser humano, porque é inerente à condição humana. Dignidade significa o direito a viver em condições, nas quais o amor-próprio é possível ou pertinente. As pessoas têm o direito de não ser vítimas da indignidade, de não ser tratadas de um modo que, na sua cultura ou comunidade, entende-se como a demonstração de desrespeito. Toda a sociedade civilizada tem padrões e convenções que definem essas indignidades, que diferem conforme o lugar e a época que se manifestam. Pode-se falar que o direito à morte com dignidade é o direito a não ter a vida reduzida ou prolongada sem restrições. É o direito de viver o tempo natural de vida e perto do fim, receber o procedimento médico mais correto, afinal, a dor e o sofrimento são desvalores refutados pela sociedade.

Manter a dignidade, contra o sofrimento intolerável, mais do que a preocupação com a dor, os doentes terminais temem a perda da qualidade de vida e da sua dignidade pessoal, ou se, o direito a ser bem tratado, como o próprio entende, não apenas e estritamente do ponto de vista médico, mas do foro da estima, auto-estima e respeito que lhe são devidos e pelas suas convicções e opções de vida (Couto, 2016).

A dignidade diz respeito à liberdade, ao incentivo pela tomada de decisões individuais. As decisões sobre a vida e a morte são as mais importantes e, além de serem tomadas com acerto, é fundamental que sejam tomadas por nós mesmos e de acordo com o nosso modo de ver as coisas. Assim, a eutanásia apresenta uma alternativa às situações de fim de vida, como uma “morte boa”, uma morte digna e indolor. A maior objeção a prática da eutanásia é o carácter sagrado atribuído a vida, mas o argumento de Dworkin (2009) de que o significado da morte depende de como e porquê as nossas vidas são sagradas, permite entender que uma “morte boa” não desrespeita a santidade da vida, ao contrário, pode representar mais respeito por ela. A santidade da vida não é desrespeitada quando alguém deseja uma morte prematura e tranquila, ao invés disso, pode representar mais respeito pela vida (Correio & Gregolin, 2016).

O dilema entre a sacralidade da vida e uma preocupação com a sua qualidade. Se é a vida, como valor absoluto, que deve ser mantida a todo o custo, nada poderá ser feito para a sua abreviação, e deve se evitar a morte a todo o custo. Foi o desenvolvimento da tecnologia que favoreceu a manutenção e prolongamento da vida, e então pergunta-se até quando investir em tratamentos e quando interrompê-los. Estes são os dilemas relativos à eutanásia, ao suicídio assistido e ao morrer com dignidade (Kovács, 2003).

De acordo com Demarchi e Bastos (2013), o respeito à dignidade da pessoa humana está vinculado ao reconhecimento da autonomia da pessoa, da liberdade de que o ser humano tem de, ao menos potencialmente conduzir a sua própria existência e ser respeitado como sujeito de direitos. Por isso, o direito de decidir de forma autónoma sobre a sua vida, configura o respeito à dignidade da pessoa humana.

Para Kovács (2003), a autonomia refere-se ao respeito à vontade e ao direito de autogovernar-se, favorecendo que a pessoa possa participar ativamente dos cuidados à sua vida. Segundo Correio e Gregolin (2016), a autonomia é o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional, que deriva do valor absoluto e incondicional que todas as pessoas têm. É um princípio universal da moralidade, pois as pessoas autônomas devem ser tratadas como fins em si mesmas, capazes de se autodeterminar. O respeito pela autonomia implica tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas. A autonomia deve proteger a capacidade de a pessoa expressar o seu caráter, valores, compromissos, convicções e interesses, ou seja, a capacidade de viver a vida de acordo com sua personalidade. Ser autônomo, portanto, é ter a capacidade de decidir sobre os seus fins pessoais e atuar de forma consequente.

Relativamente à eutanásia, Pinto e Cunha (2016), acreditam no seu significado como o caminho para evitar a dor e o sofrimento de pessoas em fase terminal ou sem qualidade de vida, um caminho consciente que reflete uma escolha informada. Realçam a defesa da autonomia absoluta de cada indivíduo, do direito à autodeterminação, do direito à escolha pela sua vida e pelo momento da morte e da prevalência do interesse individual acima do da sociedade, com primazia da proteção da vida. A eutanásia não defende a morte, mas a escolha da morte por quem a concebe como a melhor opção. Por isso, a escolha da morte não pode ser irrefletida. As componentes biológicas, sociais, culturais, económicas e psíquicas têm de ser avaliadas, contextualizadas e pensadas, de forma a assegurar a verdadeira autonomia do indivíduo que, alheio a influências exteriores à sua vontade, certifique a impossibilidade de arrependimento.

Muitas vezes, um pedido de morte não é mais do que um pedido de alívio do sofrimento e não coincide com um desejo real de morrer, podendo, assim, refletir um pedido de ajuda, requerendo solicitude e compaixão que possa(m) capacitar a pessoa a viver a sua mortalidade. O sofrimento tem sido definido como experiência de impotência, de angústia, de vulnerabilidade, de perda de controlo e de ameaça à integridade do Eu, que levam a interpretar a vida como vazia de sentido. O sofrimento físico e mental também pode ser difícil de curar, isso pode deixar-nos incapazes de prosseguir as atividades que desfrutamos (Nunes, Madeira & Silva, 2018).

Nos dias de hoje, preserva-se a vida a qualquer custo, independente da sua qualidade, num processo onde os efeitos do tratamento muitas vezes podem ser mais nocivos do que os da própria doença. Neste contexto, é importante saber até quando o poder de escolha, a dignidade e a autonomia do doente continuarão a ser ignorados pelos profissionais de saúde que o estão a tratar. Através da aceitação e da compreensão do processo de viver e de morrer, poderá proporcionar-se não somente uma morte digna, mas também uma vida digna aos doentes (Tabet & Garrafa, 2016).

De acordo com Kovács (2003), o debate sobre a legalização da eutanásia está cada vez mais presente, todavia, se, por um lado, há uma grande pressão para essa legalização, por outro existe o movimento contrário, igualmente forte, pelo temor de que seja praticada sem limites. É sempre importante ouvir e perceber alguém que quer acabar com a sua vida com dignidade. Por

outro lado, existe o medo de que a morte será apressada de um modo muito fácil com os chamados excluídos, tais como pobres, idosos, deficientes e psicóticos. O autor, realça que o pedido para discriminar a eutanásia e o suicídio medicamente assistido aparece quando se vêem casos extremos, em que tanto a manutenção incitada da vida, como o apressamento da morte, trazem o conflito à tona. O argumento principal para a legalização da eutanásia é o princípio da autonomia, ou seja, as pessoas têm direito moral de tomar decisões a respeito das suas próprias vidas e a lei deveria respeitar este direito. Mais uma questão a ser levantada é que a legalização da eutanásia pode levar a um erro, abuso e desgaste da relação médica. Cada vez mais é necessário desenvolver o que se chama de diretrizes futuras, os testamentos de vida e os poderes legais, uma vez que são os instrumentos jurídicos, que podem ser usados para decisões sub-rogadas, quando a pessoa não pode mais falar de si e por si.

3. Uma trilogia interrelacionada

Na presente secção serão apresentados os três temas: a morte, a eutanásia e o suicídio medicamente assistido. Quanto ao tema da morte será abordado o seu conceito assim como as suas representações. Relativamente à eutanásia será explicado o conceito tal como as suas tipologias, referindo a eutanásia quanto ao curso de vida, tipo de ação e consentimento do doente e será esclarecido ainda o conceito de suicídio medicamente assistido.

3.1. A morte e suas representações

A perceção da morte é distinta em cada um de nós, pelas suas diversas conceções, crenças e representações, fundamentadas não só na sua ocorrência, como no contexto familiar, social em que se esteja inserido. A palavra 'morrer', deriva da palavra latina 'morrere' que significa perder a vida, falecer, morrer, expirar, perecer (Gomes, 2013).

Para Horta (1999), morrer é parte integral da vida e da existência humana, tão natural e previsível como nascer, sendo que a morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida. Considerando que a morte é um processo lento e gradual, distingue-se a morte clínica (paralisação da função cardíaca e da respiratória) da morte biológica (destruição celular) e da morte inicialmente conhecida como cerebral e hoje caracterizada como encefálica, a qual resulta na paralisação das funções cerebrais.

Démuthová (2012) conseguiu identificar vários componentes de assimilação gradual na representação do conceito morte, tal como: a Irreversibilidade, que se refere à perceção do facto de que estar morto é um estado definitivo, final e irrevogável; a Universalidade refere-se ao entendimento de que todos os organismos vivos devem morrer sem exceção (regra universal); a Inevitabilidade refere-se à compreensão de que a morte é inevitável, imprevisível com uma possibilidade de que vá intervir a qualquer momento na sua vida; a Não Funcionalidade refere-se ao conhecimento do funcionamento dos organismos vivos e observações da natureza viva

através do conceito de morte, percebendo que estas cessam funções após a morte (a pessoa morta é incapaz de se mover, respirar, falar) e a Causalidade refere-se à compreensão da relação entre a morte e as funções vitais, isto é, a percepção de que a morte é a consequência do fracasso das funções vitais.

De acordo com Moritz (2005) é possível categorizar cinco fases pelas quais os indivíduos passam quando há aproximação da morte: 1º) a negação e o isolamento, que funciona como defesa; 2º) a indignação, a raiva contra tudo e todos, inclusive a revolta contra Deus; 3º) a troca, o desejo de ser recompensado por boas ações; 4º) a depressão, a revolta, a raiva cedem lugar a profundo sentimento de perda; 5º) a aceitação, que não deve ser confundida com o sentimento de felicidade.

Assim, vida é nascimento, desenvolvimento e morte, por vezes o desenvolvimento é menor do que esperávamos, e a morte chega antes do que desejávamos, mas ela também é parte da vida (Felix, 2007). Segundo Kovács (2014), a morte tornou-se assim distante, asséptica, silenciosa, podendo tornar-se num evento solitário, sem espaço para a expressão do sofrimento e para rituais. De acordo com este mesmo autor, o prolongamento da vida e da doença amplia o convívio entre os doentes, familiares e equipe de cuidados, com stresse e risco de colapso. A não consideração da morte como uma dimensão da existência humana e do consequente desafio de lidar com a mesma como um dos objetivos da medicina faz com que se introduzam tratamentos agressivos que somente prolongarão o processo de morrer.

Segundo Munhoz, Giacomini e Carvalho (2015), o fenómeno morte está entrelaçado com o meio social e o vínculo com os familiares e as pessoas próximas, sendo afetado pela finitude da vida. Quando um ente querido morre, há uma rutura com o mesmo, uma perda que gera sofrimento, e para atenuar tais sentimentos, a sociedade elabora meios de lidar com a morte. Posto isto, podemos constatar três tipos de morte, a morte domesticada, a morte interdita e a morte banalizada.

Na Primeira Idade Média, a morte era domesticada e familiar. Os amigos e os parentes do morto reuniam-se para contemplá-lo, constatando-se que era um ato natural da vida. Era comum a despedida quando a morte era pressentida pelo moribundo, reconciliando-se com a família e os amigos, na esperança de alcançar o paraíso no juízo final. Caso a morte ocorresse repentinamente, considerava-se uma vergonha e às vezes castigo de Deus. Logo após a morte, os amigos e os parentes manifestavam-se em grandes cenas de luto (Munhoz, Giacomini & Carvalho, 2015).

Na Segunda Idade Média, houve mudanças em relação às representações da morte uma vez que agora cabia à Igreja intermediar o acesso da alma ao paraíso. Ou seja, a morte deixou de ser algo natural e passou a ser uma provação. Entretanto, a partir da segunda metade do século XX, a morte deixa de ser familiar e passa a ser um objeto interdito. O que impulsionou esta transformação foi a transferência do local da morte, da casa para o hospital. A interdição da morte na época contemporânea trespassa por questões económicas, históricas, socioculturais. A casa deixa de abrigar a morte e o hospital assume esta função, já não se morre em casa no meio dos seus, mas sim no hospital, sozinho (Munhoz et al., 2015).

Para Munhoz e colaboradores (2015), o ritual realizado em torno do morrer, onde o sujeito passava cercado dos seus familiares e amigos despedindo-se, ou avaliando a sua existência perante a religião é transformado pelo cuidado técnico. A manifestação do luto é interdita, o silêncio prevalece. O choro só ocorre quando ninguém vê ou escuta, e o luto torna-se solitário e vergonhoso. A morte instala-se como um tabu, como um assunto proibido. A morte silenciosa não enlaça apenas os familiares, mas também o próprio sujeito, este sofre mesmo com censuras em relação ao seu estado, devido à preocupação dos próximos de que sofra. Portanto, a interdição da morte, peculiar no período na sociedade pós-moderna, acaba privando o homem de possuir a sua própria morte.

Mesmo com o interdito da morte referido anteriormente, tal fenómeno aparece cada vez mais próximo das pessoas, através da morte banalizada, em função do desenvolvimento das tecnologias e dos meios de comunicação. Ao mesmo tempo, que a morte parece distante e oculta nos diálogos e nas expressões do luto, aproxima-se das pessoas pela rapidez dos meios de comunicação. A morte do desconhecido acaba por gerar inicialmente um choque, mas termina como se não houvesse ocorrido, sendo banalizada (Munhoz et al., 2015).

Muda-se assim com o tempo, o modo de sentir diante da morte e do morrer, aceitando ou não a morte de um ente querido numa sociedade onde a morte ainda é considerada um tabu, onde se evita falar sobre a morte em reuniões sociais e familiares. Onde as crianças são afastadas por medo de as exporem demais a um quadro terrível privando-a da realidade presente (Munhoz et al., 2015).

No Século XXI, a morte entrou na era da alta tecnologia, podendo ser qualificada por cinco características: 1) um ato prolongado, gerado pelo desenvolvimento tecnológico; 2) um ato científico, gerado pelo aperfeiçoamento da monitoração; 3) um ato passivo, já que as decisões pertencem aos médicos e familiares e não ao doente; 4) um ato profano, por não atender às crenças e valores do doente; e 5) um ato de isolamento, pois o ser humano morre socialmente em solidão (Moritz, 2005).

Houve ainda a desapropriação da morte na era moderna, afastando pessoas do seu processo de morrer, numa flagrante perda de autonomia e consciência. Podemos constatar que apesar da morte se alterar relativamente à passagem do tempo e às modificações nas sociedades, também é possível observar que o conceito de morte varia consoante a fase da vida do indivíduo (Marchioli, 2014).

De acordo com Barbosa, Malchiori e Neme (2011), na adolescência, a capacidade cognitiva é semelhante à do adulto, possibilitando a compreensão dos aspetos de irreversibilidade, não funcionalidade e universalidade da morte, tornando-a um evento mais real. O adolescente, comumente, encontra-se numa das suas melhores condições físicas e cognitivas, ocupando-se no seu universo de descobertas sobre si mesmo e sobre o mundo, rumo à construção de uma identidade pessoal.

Por se caracterizar como a porta para a liberdade, a adolescência acaba por ser uma fase em que ocorre grande número de mortes inesperadas devido a acidentes e a comportamentos de alto risco. Tal sensação de liberdade, frequentemente, leva o adolescente a

sentir-se onipotente, motivando-o a envolver-se em situações ameaçadoras, sem que perceba o quanto pode prejudicar a sua saúde ou mesmo morrer precocemente. Assim, embora exista o domínio cognitivo sobre o fenômeno da morte nos seus elementos constitutivos, a consciência sobre a sua universalidade parece não se ter ainda estabelecido nessa etapa do desenvolvimento (Barbosa, Malchiori & Neme, 2011).

Na primeira fase da vida adulta, os jovens procuram assumir o seu lugar na sociedade mediante a aquisição, aprendizagem e desempenho de três papéis fundamentais: profissional, conjugal e parental. Aumentam as responsabilidades em relação à vida social, há o desejo de construção de uma família e a necessidade de deixar a casa dos pais. Muitos querem desenvolver-se mais no campo profissional e formar uma família. Assim, há um grande dispêndio de energia com as novas tarefas, e a morte não é grande preocupação. Por volta dos 40 a 50 anos, muitas das funções físicas podem apresentar mudanças e certos declínios apresentam-se com maior vivacidade. Os sinais de envelhecimento manifestam-se de modo mais evidente, e as mortes de pessoas próximas, muitas vezes dos próprios progenitores, passam a ser recorrentes. Os adultos começam a fazer um balanço das suas vidas até aquele momento, e a morte deixa de ser tão distante. Trata-se do período em que o medo da morte encontra-se no seu pico mais elevado, pois é o momento em que parece existir um contato mais próximo com a ideia da sua inevitabilidade, em decorrência dos declínios advindos com a idade. Embora a morte seja tratada como um fenômeno natural, o aprofundamento da reflexão sobre a mesma criou medos, preocupações, aflições e dificuldades sendo difícil de encará-la sem sofrimento (Barbosa, Malchiori & Neme, 2011).

Para Cocentino e Viana (2011), a morte é com frequência representada socialmente como um tabu, uma questão considerada mórbida e proibida, para tal recorreremos aos eufemismos, fazemos com que o morto pareça adormecido, mandamos que as crianças saiam, para protegê-las da ansiedade e do tumulto predominantes na casa, isto quando o doente tem a felicidade de morrer no seu lar, impedimos que as crianças visitem os seus pais que se encontram à beira da morte nos hospitais e sustentamos discussões longas e controvertidas sobre dizer ou não a verdade ao doente.

A morte é a única certeza que todo e qualquer ser humano tem e sabe que irá acontecer, mais cedo ou mais tarde. Contudo, há ainda um tabu ligado à morte, pois quando a morte se impõe ao ser humano, na maioria das vezes dá-se associada ao sofrimento, seja por situações de vulnerabilidade ou por experiências anteriores. Isso pode explicar o porquê de a sociedade contemporânea ter tanta dificuldade em pensar na questão da morte. Aliando a isso temos o aumento da longevidade humana o que tornou a expectativa de vida mais previsível, de tal forma que a morte mesmo em idades mais avançadas não significa necessariamente o caminho mais rápido para a morte (Rodrigues, 2012).

É possível constatar que a percepção das vivências da morte e do morrer tem sofrido transformações ao longo do tempo histórico, acompanhando as transformações da sociedade no que diz respeito às atitudes diante da morte, evoluindo desde uma experiência tranquila, e até mesmo desejada. A morte não é somente um fenômeno biológico da evolução humana, mas

também um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais. Assim, a morte está presente no cotidiano do ser humano, independente das suas causas ou formas (Oliveira, Agra, Morais, Feitosa, Gouveia & Costa, 2016).

A partir do século XX, a morte surge num contexto em que as novas pesquisas e as novas descobertas de técnicas e medicamentos. Observa-se assim um crescente sentimento de repugnância pela morte, que leva à procura de que a vida finde o mais tarde possível (Viana & Reis, 2016).

Posto isto, será abordada a perspetiva do sociólogo Norbert Elias sobre o envelhecimento e a morte. De acordo com Júnior (2011), Norbert Elias sublinha que a morte não se prende unicamente ao atestado de óbito, ao caixão e às cerimónias fúnebres, pois muitas pessoas morrem gradualmente, ou seja, adoecem, envelhecem e são separadas do convívio social, para finalmente morrerem em completo isolamento daqueles a quem eram afeiçoados. O isolamento ao qual os velhos e os moribundos são submetidos revela a grande fragilidade das sociedades industriais, pois os vivos têm enorme dificuldade de identificar-se com os moribundos.

Norbert Elias acredita que, nessas sociedades, há um recalçamento da morte, pois ela é cada vez mais adiada. A publicidade dos rituais funerários não é mais corriqueira como nas sociedades antigas e medievais. A morte, portanto, era mais pública em épocas antigas, não existindo uma censura social, como ocorre hoje. A interdição da morte no contexto social afasta os moribundos do convívio comunitário e familiar, para morrerem em confinamentos dos hospitais, em condições mais higiénicas, mas em profunda solidão (Júnior, 2011).

O sentimento vigente nos nossos dias, que exclui a morte e os moribundos da vida social, desnuda a falência dos velhos rituais de pesar e das suas convenções padronizadas, as quais favoreciam o enfrentamento das condições emocionais de luto. Os novos rituais, na presente etapa civilizadora, manifestam a incapacidade de muitas pessoas expressarem os seus sentimentos e as suas emoções na vida pública e até mesmo privada. Portanto os rituais religiosos da morte aliviam as angústias dos crentes, pois estes sentem que outras pessoas estão preocupadas com eles. Já os rituais seculares, aludidos anteriormente, foram destituídos de sentido, quando interditavam veladamente as excessivas demonstrações de sentimento (Júnior, 2011).

Este afastamento silencioso, semiconsciente ou não, dos vivos em relação aos moribundos perdura mesmo após a morte. As tarefas e objetos para os funerais são deixados a cargo de empresas especializadas, quando outrora eram atividades executadas pela própria família. A memória do morto pode continuar trespassando o ambiente familiar, mas os corpos mortos e as sepulturas foram destituídos dos sentidos que em épocas passadas lhes eram conferidos (Júnior, 2011).

De acordo com Júnior (2011), Elias afirma que é no mundo ocidental onde a morte atinge alto grau de recalçamento desde algumas características. A primeira apontada por ele diz respeito ao facto de que nessas sociedades a morte é considerada algo distante, em virtude da

expectativa de vida ter sido aumentada com o incremento de novas técnicas médicas. Aliada, diretamente a esta característica, o sociólogo mostra que nessas sociedades a experiência da morte é vista como um estado final de um processo natural, ocorrente na velhice.

A terceira característica que ele regista é o alto grau de pacificação interna vivida por essas sociedades, que leva as pessoas a criarem imagens de uma morte pacífica, na qual o indivíduo falece após um período de enfraquecimento decorrente da própria velhice. Por fim, a última característica das sociedades industriais revela-se no alto grau de individualização, em que a morte no imaginário e na memória de uma pessoa aproxima-se da imagem que possui de si mesma (Júnior, 2011).

Atualmente, a generalização da imagem da morte como processo natural soma-se ao individualismo e assim facilita a elaboração de fantasias, sobretudo individuais, para enfrentar o medo comum à finitude. Contudo, essa mudança não produz uma maior aceitação da morte, apenas transforma o modo de enfrentá-la. O temor e medo da morte justificam a resistência em nos identificarmos com os moribundos, evitamos aproximarmo-nos deles porque nos obrigariam a enfrentar nossa própria finitude (Faria, Santos & Patiño, 2017).

Posto isto percebe-se a naturalidade com que era aceita a morte no meio familiar. Em comparação aos dias atuais, a simples menção à doença de um parente, bem como o seu falecimento, são vistos como uma espécie de má sorte ou mesmo desejo da família em se desfazer do seu ente querido (Ferreira & Costa, 2013).

A morte abrange toda a existência humana. Num pensamento lógico e puramente racional, a cada dia vivido estamos mais próximos dela. Porém, a sociedade moderna não consegue aceitar tal facto com naturalidade. Procura-se então consolo com a postergação da mesma, quando na verdade já não há como prolongá-la. A necessidade humana de exceder a vontade alheia com os seus sentimentos faz com que não consigamos entender as razões pelas quais alguém é levado a desejar o próprio fim (Ferreira & Costa, 2013).

De acordo com Jordão e Leal (2014), a qualidade de morte ou boa morte emerge como uma experiência pessoal na condição de fim-de-vida. Ao longo da vida, o homem tem em conta que a morte e o processo de morrer incluem dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Quando adulto, a possibilidade de morte é vista como algo que efetivamente pode acontecer, mas é com o avançar da idade que a pessoa tem a capacidade de encarar a morte como algo natural, vendo-a como a última etapa do desenvolvimento humano. Uma vida longa e uma boa morte são apoiadas pelo aumento do conhecimento científico sobre o envelhecimento e sobre a biologia, bem como pela possibilidade de acesso a médicos, hospitais e cuidados paliativos de qualidade.

Baseando-se na perspectiva e na experiência de cada um, o conceito de boa morte é individual. Uma boa morte é como uma pessoa autónoma quer que seja, dentro dos limites de valores e regras sociais. O conceito remete-nos para o facto de que não é apenas a ausência de sintomatologia física que faz da morte uma boa morte, mas também os aspetos psicológicos, sociais e espirituais. As boas mortes são aquelas em que o sujeito se encontra sem dor, com um elevado grau de controlo, de autonomia e de independência sobre o seu percurso. A pessoa ao

refletir sobre a sua própria morte proporciona uma perspectiva mais determinada sobre o que é importante na vida e leva a uma diminuição do medo associado à morte. Uma boa morte envolve uma combinação de fatores, sendo eles a ocorrência de sintomas físicos, sentimentos de luto e de perda, as preocupações existenciais, o apoio da família e da comunidade, a satisfação com a vida e a esperança de uma “boa viagem” após a morte (Jordão & Leal, 2014).

Contudo, segundo os autores referidos, a família sente a necessidade de recolher mais informação sobre quais as mudanças físicas e psicossociais que ocorrem com a aproximação da morte, mas é o doente, enquanto sujeito autónomo e independente, que tem a última palavra sobre os tratamentos a realizar e quando pretende terminar. A comunicação e a abertura sobre o facto de que um doente está a morrer são atributos de uma boa morte, sendo vistos como preferíveis, apesar de que esta comunicação entre a equipa de profissionais de saúde e o doente ser muitas vezes insuficiente.

Independentemente da aparente evolução no sentido da aceitação da “boa morte”, os profissionais de saúde dão mais relevância ao alívio do sofrimento do que ao respeito pela autonomia como motivação para aceitar um pedido de eutanásia (Silva, Azevedo & Ricou, 2019).

3.2. A eutanásia e as suas tipologias

Segundo Semedo (2018), a morte assistida pressupõe um pedido de ajuda, feito pelo doente, para que se antecipe a sua morte, porque se encontra numa situação de sofrimento intolerável e/ou em estado terminal e/ou com doença ou lesão grave e irremediável. Este pedido é voluntário e reiterado pelo doente de forma consciente, livre e informada. O ato pode ser realizado por um médico (eutanásia voluntária ativa) ou pelo próprio doente (suicídio medicamente assistido). Morte assistida é a escolha de antecipar a morte e morrer de forma controlada, sendo uma alternativa à degradação lenta e dolorosa causada pela doença.

A definição breve de morte assistida trata-se da antecipação voluntária da morte em casos clínicos extremamente graves, irreversíveis, e no respeito de todas as salvaguardas existentes nas leis despenalizadoras (Couto, 2016).

Para Nunes, Madeira e Silva (2018) morte medicamente assistida é o envolvimento médico em medidas concebidas intencionalmente para pôr fim à vida de uma pessoa. Pode incluir que se transmitam a essa pessoa, consciente e intencionalmente, conhecimentos e/ou meios necessários para que termine a sua vida, incluindo o aconselhamento sobre doses letais de fármacos e a prescrição dessas doses ou o fornecimento das mesmas. A administração do fármaco pode ser feita pela própria pessoa (suicídio medicamente assistido) ou pelo médico ou outro profissional (eutanásia).

A palavra eutanásia origina do grego eu (bom) e Thanatos (morte), que tem como significado “a morte sem sofrimento e sem dor” (Demarchi & Bastos, 2013).

Segundo Suski (2012), na Grécia, o Estado era caracterizado pela supremacia que exercia sobre os indivíduos, o qual deveria sempre defender o interesse público, mantinha-se uma mentalidade de que os recém-nascidos defeituosos e os idosos precisavam ser eliminados

sob o argumento de que não serviam para a sociedade. Em Roma, semelhante à Grécia, a eutanásia era interpretada como um direito-dever da sociedade em eliminar os indivíduos inúteis e não como um direito individual. Com a evolução da consciência cristã, com o princípio da sacralidade da vida humana, considerada como um dom de Deus, surgiu uma nova visão que favoreceu diretamente o valor da vida. Passou-se a reconhecer o valor da vida por si só, não necessariamente num contexto social.

Assim, é possível verificar que tanto na Grécia como em Roma a prática da eutanásia era considerada como contribuição para sociedade, ou seja, a morte das pessoas consideradas inúteis era necessária para o funcionamento social, sendo considerado um direito da sociedade e não um direito do indivíduo.

Para Suski (2012), a vida passou a ter valor não só para a comunidade, mas também passou a ter valor em si mesma. Não obstante, a ideia do valor da vida e a manifestação da sua dignidade também fez emergir o direito da pessoa de reivindicar pela sua morte sem sofrimento, considerado um ato de piedade para com aquele doente. O termo eutanásia surgirá mais tarde com Francis Bacon, no século XVII, com o significado de proporcionar uma “terapia” que alivia o sofrimento do doente que o atormenta. Devido à possibilidade do reconhecimento do direito do doente ter uma morte menos dolorosa, Bacon é considerado um precursor na defesa da eutanásia como uma forma de aliviar sofrimentos físicos e psíquicos insuportáveis. A problemática da eutanásia está diretamente ligada à questão do reconhecimento da disponibilidade da própria vida e do reconhecimento da capacidade do indivíduo para valorizar e decidir sobre a dignidade com que deseja viver, inclusive no momento da sua morte.

De acordo com Suski (2012), o conceito moderno de eutanásia, segundo as práticas médicas, consiste na ação ou omissão de cuidados devidos, necessários e eficazes, destinado a produzir a morte de um doente terminal, a fim de eliminar seu sofrimento. O autor apresenta ainda um conceito de eutanásia do ponto de vista jurídico, referindo que a eutanásia é um ato de liberdade onde a pessoa que está com uma doença terminal incurável é obrigada a aproximar-se da morte, considerando que a sua vida carece de mínima qualidade e dignidade, possa ter reconhecido o direito de decidir pôr fim à sua vida.

Numa análise histórica, a terminologia eutanásia recebeu vários significados. Podemos constatar a eutanásia súbita, significando uma morte repentina; a eutanásia natural, que é a ocorrência da morte natural, resultante de um processo natural e progressivo do envelhecimento; a eutanásia teológica, significando a morte num estado de graça; eutanásia estoíca, que se refere à morte obtida com a exaltação das virtudes do estoicismo; a eutanásia terapêutica, quando os médicos propiciam uma morte suave aos doentes incuráveis e com dor; a eutanásia eugénica e económica como a supressão de todos os seres degenerados ou inúteis; e a eutanásia legal, significando aqueles procedimentos regulamentados ou consentidos pela lei (Suski, 2012). O autor refere ainda que em 1942 o professor Jiménez de Asúa propôs a existência de apenas três tipos de eutanásia. A eutanásia libertadora, quando solicitada pelo doente portador de uma doença incurável e que está com um grande sofrimento; a eutanásia eliminadora, quando aplicada em pessoas portadoras de distúrbios mentais, mesmo não estando perto da morte,

justificada pelo peso que representa aos familiares e para sociedade e a eutanásia económica quando, por motivos de doença, a pessoa fica inconsciente e, ao readquirir os sentidos, sofreria em função da doença.

Ao longo da história, é possível distinguir três épocas evolutivas da eutanásia: a ritualizada, a medicalizada e a autónoma. Primeiramente, houve uma ritualização do ato da morte. A sociedade instituiu uma série de rituais, os quais integram a morte como acontecimento cultural, ultrapassando o mero significado biológico. A eutanásia medicalizada, por sua vez, iniciou-se na Grécia com a medicina e estendeu-se até à segunda guerra mundial. O período autónomo da eutanásia centra-se na discussão dos direitos dos doentes acerca do não prolongamento do seu sofrimento ou do poder de decidir a sua morte (Demarchi & Bastos, 2013).

De acordo com Gonçalves (2014), existe uma outra forma classificatória do termo eutanásia, que classifica o termo em seis tipos diferenciados: a) eutanásia agónica: consiste em provocar a morte sem sofrimento num doente já desenganado; b) eutanásia lenitiva: é a toma de certos fármacos, para aliviar a dor física causada por uma doença mortal, e que secundariamente podem trazer consigo um certo encurtamento da vida; c) eutanásia suicida: é o próprio doente quem recorre ao uso de meios letais para abreviar ou suprimir a vida; neste tipo de eutanásia podem concorrer também com a sua atuação outras pessoas que contribuam para o desenlace mortal, sem serem elas próprias os autores principais; d) eutanásia homicida: podem considerar-se aqui dois aspetos: 1) o homicídio piedoso, ou abreviação da vida de uma pessoa, para a libertar do peso de uma doença terrível, ou de uma deformação física ou de uma velhice angustiosa; 2) eutanásia de tipo económico ou social, cujo objetivo é eliminar vidas humanas que se consideram uma carga para a sociedade (“vidas sem valor vital”); e) eutanásia negativa: apresenta também dois tipos: 1) ortotanásia (“morte normal”), ou omissão de qualquer tipo de ajuda médica ao doente; 2) distanásia, ou omissão dos meios considerados extraordinários para prolongar artificialmente a vida de um doente padecendo de um processo patológico irreversível - esta modalidade não corresponde propriamente à eutanásia, por não existir a intenção de que morra o doente e por possibilitar uma vida natural; f) eutanásia positiva: consiste em provocar a morte por meio de uma intervenção adequada, geralmente pela administração de um fármaco. Como se vê, estes tipos de eutanásia estão relacionados e, num caso concreto, podem ter lugar várias formas, segundo o ponto de vista que se considere.

A eutanásia costumava ser um problema social na sociedade primitiva em que se eliminavam os considerados inúteis como, por exemplo, os recém-nascidos com malformações e as pessoas idosas. Nos dias atuais não se valoriza tanto o significado originário do conceito de eutanásia, mas pensa-se, sobretudo, na intervenção do médico movido pela piedade, da abreviação da vida do doente com doença incurável e forte sofrimento, o qual solicita a própria morte para atenuar as dores da doença ou da sua agonia, física e psíquica, mesmo com risco de suprimir a vida prematuramente. A eutanásia é ainda compreendida como dar a morte por compaixão para eliminar radicalmente os sofrimentos extremos dos incuráveis ou doentes mentais, os quais poderiam vir a trazer encargos demasiado pesados para as famílias ou para a sociedade (Carvalho, 2001, como citado em Marchioli, 2014).

Segundo Marchioli (2014), a eutanásia é um tema bastante delicado, que divide opiniões e gera muita polémica, visto que o que se trata vai contra o que se considera normal e aceitável pelo bom senso humano, com repercussão nas esferas moral, ética, social, religiosa, médica e jurídica, tratando-se de algo indispensável e essencial a todos, ou seja, a vida.

O conceito de eutanásia é a prática pela qual se abrevia a vida de um doente com alguma patologia em fase terminal, por ação ou omissão do médico, tendo como consequência a morte sem sofrimento do indivíduo, cuja doença é incurável e normalmente associada um imenso sofrimento físico e psicológico (Felix, 2007).

Para Freitas e Pinto (2018), a eutanásia, também conhecida como a “boa morte”, sendo a expressão utilizada para indicar uma ação médica que tem por finalidade a abreviação da vida de doentes incuráveis em sofrimento extremo. Parte de uma conduta comissiva do médico, a pedido do doente que, no exercício do seu poder de autodeterminação procura a antecipação do óbito e tem como objetivo uma morte sem sofrimentos extremos, consoante os seus valores e a sua dignidade pessoal.

Na prática médica, a eutanásia pode definir-se como a terminação deliberada e indolor da vida de uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva que levará inexoravelmente à morte, a seu pedido explícito, repetido, informado e bem refletido, pela administração de um ou mais fármacos em doses letais. Este pedido deve ser acompanhado de intenso sofrimento por parte da pessoa doente, de tal modo que a conduta médica seja motivada por um sentimento de misericórdia e compaixão e tenha como objetivo único o abreviar desse sofrimento. Há que referir que o termo sofrimento é lato, incluindo aspetos físicos e psicológicos (Mendonça, 2015).

Será abordado ainda a eutanásia mais especificamente as suas três tipologias, isto é, a eutanásia quanto ao curso de vida, a eutanásia quanto ao tipo de ação e a eutanásia quanto ao consentimento.

Primeiramente, a eutanásia quanto ao curso de vida da pessoa, é feita a distinção entre eutanásia solutiva e eutanásia resolutive. Na eutanásia solutiva não há um encurtamento do curso de vida, somente a assistência física, moral, espiritual e psicológica, para que a pessoa alcance a morte com mais tranquilidade. Já a eutanásia resolutive abrevia o curso de vida da pessoa e costuma ser subdividida em eutanásia libertadora, eugénica e económica. A eutanásia libertadora ou terapêutica tem por característica a solidariedade e a compaixão, procurando libertar o doente do sofrimento. A eutanásia eugénica procura um aperfeiçoamento racial eliminando os sujeitos doentes e portadores de deficiências e a eutanásia económica visa a eliminação de doentes e idosos para libertar a sociedade do peso de cuidar de pessoas economicamente inativas. Claro que estas duas últimas formas são imorais e criminosas e demonstram apenas crueldade (Demarchi & Bastos, 2014).

Em segundo lugar, a eutanásia quanto ao tipo de ação, no que se refere à forma de execução da eutanásia, esta pode ser ativa ou passiva. A eutanásia ativa ou por comissão se subdivide em direta e indireta. A eutanásia ativa direta consiste na aplicação de narcóticos com o fim de provocar ou apressar a morte para atenuar a dor. Já a eutanásia ativa indireta tem duas

finalidades: atenuar a dor do doente e ao mesmo tempo diminuir o seu tempo de vida, sendo tal redução uma consequência da causa principal, que é amenizar a dor do doente. O termo eutanásia passiva é muitas vezes usado para descrever a suspensão ou a abstenção de um tratamento necessário à manutenção da vida de um doente. Tendo isto em conta, a eutanásia passiva diz respeito ao que hoje é encarado como uma prática profissional digna, adequada e diligente (Mendonça, 2015).

Por último, a eutanásia quanto ao consentimento do doente, a eutanásia pode ser voluntária, involuntária e não voluntária. A eutanásia voluntária ocorre quando o doente voluntariamente pede para ser morto pelo seu médico, ou, no caso de eutanásia passiva, pede para não ser sujeito a medidas de suporte de vida. A eutanásia não voluntária ocorre quando qualquer um dos requisitos atrás descritos não são cumpridos, quando um ser humano não é capaz de consentir nem de rejeitar a eutanásia, ou seja, recém-nascidos e crianças gravemente doentes e qualquer pessoa que por acidente doença ou idade deixou de ter discernimento para entender o que está em causa e expressar uma preferência. A eutanásia involuntária é o total oposto da voluntária. Ocorre quando o indivíduo que é morto está apto para consentir ou pedir a sua própria morte, mas não o faz porque não é questionado, ou quando questionado opõe-se. No fundo este tipo de eutanásia é homicídio. Tanto a eutanásia não voluntária como involuntária ocorre sem consentimento expresso do doente, no entanto na involuntária o doente rejeita a eutanásia (ou nem é questionado sobre ela), enquanto na não voluntária não há decisão, porque nem há a possibilidade de fazer a pergunta, discutir o assunto (Saraiva, 2016).

3.3. O suicídio medicamente assistido

O contexto cultural da morte planeada envolve importantes significados sociais. Historicamente, o suicídio teve conotações diferentes. Na Grécia, os estoicos viam o suicídio como um ato racional, alternativa para uma vida em desarmonia. Os romanos consideravam que se podia preparar a própria morte, principalmente quando a vida era indigna (Kovács, 2003).

O suicídio é um dos temas mais antigos relacionados com a saúde dos indivíduos e com a forma como estes são afetados pelas sociedades e pelas coletividades em que vivem. Alguns autores consideram o suicídio como o ato mais individual do ser humano, sendo mesmo compreendido como uma decorrência da pressão social (Ribeiro & Moreira, 2018).

Durkheim (1982), preocupado em consolidar as bases da Sociologia como ciência social, considera que os casos de suicídio em que os indivíduos apresentam transtornos mentais são, sim, casos para a Psicologia. Porém, cada sociedade, em qualquer tempo histórico, tem uma disposição definida para o suicídio composta por pessoas que não apresentam transtornos mentais. Nestes casos, o suicídio é fruto da pressão ordenadora que a coesão social exerce sobre os indivíduos, ou seja, os problemas existentes não são a nível da saúde individual, mas são sim problemas sociais e económicos.

Durkheim (1982), dedica-se a estudar o suicídio, tendo como um de seus intuítos demonstrar que este ato seria o ato mais radicalmente individual do ser humano, podendo ser

analisado como um facto social. Com isso, pretende demonstrar que as causas do suicídio são de cariz social.

Na obra "O Suicídio", Durkheim (1982), define suicídio como todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a própria vítima sabia que iria produzir este resultado, ou seja, a morte. Em vez de vermos que nos suicídios são apenas acontecimentos particulares isolados uns dos outros e que necessitam cada um por si de um exame particular, considerarmos o conjunto dos suicídios cometidos numa sociedade dada, o total assim obtido não é uma simples soma de unidades independentes, um todo de coleção, mas constitui em si um facto novo, que possui a sua unidade e a sua individualidade, a sua natureza própria por conseguinte, e que, além disso, tal natureza é eminentemente social. Cada sociedade tem, portanto, em cada momento da sua história, uma aptidão definida para o suicídio.

Durkheim (1982) estabelece uma tipologia do suicídio fundada no protagonismo das causas sociais e na subordinação da miríade de casos individuais a nível do ambiente social, político e económico: os suicídios egoístas (decorrentes da individualização exacerbada e da perda de laços coletivos); os suicídios altruístas (por excesso de subordinação e lealdade a estruturas sociais segundo honra e heroísmo) e os suicídios desorganizados (crises sociais generalizadas).

O suicídio já foi visto como crime e, portanto, passível de punição, ou seja, se a morte não ocorresse, a pessoa era condenada à pena máxima. No século XX, a partir da mentalidade da morte interdita e vista como fracasso, e com o prolongamento da vida a todo o custo, surgem vários movimentos que discutem a dignidade no processo de morrer. É no seio deste movimento que começa a germinar, como um dos seus focos, o suicídio assistido (Kovács, 2003).

Para Oliveira (2012), o suicídio assistido é uma questão muito mais controversa do que o suicídio não assistido ou a recusa de um tratamento, pois é uma ação que necessita de um envolvimento direto de ajuda por parte de outras pessoas. Embora o suicídio (ou sua tentativa) não seja considerado um crime, o seu encorajamento ou auxílio, tanto por parte de médicos como também de amigos ou familiares do indivíduo é tratado como uma ação imoral e criminal na maioria das legislações. Geralmente os facilitadores do ato de ajudar a morrer são amigos ou familiares, mas recentemente o centro das discussões tem sido sobre se os médicos deveriam ser facilitadores do suicídio quando os doentes estão sobre as suas responsabilidades.

O suicídio assistido é quando uma pessoa decide suicidar-se, encontrando-se numa condição de doença irreversível, "sem esperança", é competente, capaz de decidir sobre si, não sofre de distúrbio depressivo ou psiquiátrico, realizou o processo de deliberação, expressa vontade livre de pôr fim à sua vida, de forma repetida e determina-se a realizar o ato. A pessoa que ajuda coloca os recursos à disposição, seja informação, seja os meios para a concretização desempenha um papel de auxílio, de ajuda, não intervém na decisão (não induz, persuade ou incentiva) e a morte não decorre diretamente da sua ação. De forma sucinta podemos referir que o suicídio assistido consiste numa pessoa ajudar intencionalmente outra pessoa a terminar com

a sua vida, sendo um pedido voluntário e competente dessa pessoa (Nunes, Madeira & Silva, 2018).

Segundo Cruz e Oliveira (2013), o suicídio medicamente assistido caracteriza-se por uma decisão da pessoa gravemente doente poder escolher pôr fim à própria vida. É a ação do próprio indivíduo que causa a sua morte. Há, contudo, a participação de um terceiro que o auxilia de qualquer maneira, sob a forma de assistência material ou moral. É preciso que o doente tenha solicitado a ajuda para morrer, diante do fracasso dos métodos terapêuticos e dos paliativos contra as dores, o que acaba por retirar a dignidade do doente.

Para Nunes, Madeira e Silva (2018), o suicídio medicamente assistido consiste num médico ajudar intencionalmente uma pessoa a terminar a sua vida fornecendo drogas para autoadministração, a pedido voluntário e competente dessa pessoa.

O suicídio medicamente assistido é o ato em que um doente solicita ajuda médica para realizar o ato. Isto se diferencia da eutanásia pelo facto que quem realiza o ato final que ocasiona a morte é o próprio agente, enquanto que na eutanásia ativa voluntária o agente causador da morte é outra pessoa. O que diferencia estes dois atos é precisamente quem age por último na ação que ocasiona a morte do doente (Oliveira, 2012).

O suicídio medicamente assistido e a eutanásia são práticas realizadas para abreviar a vida de doentes que estão em sofrimento insuportável e sem perspectiva de melhora. No suicídio assistido, o doente, de forma intencional, com ajuda de terceiros, põe fim à própria vida, ingerindo ou autoadministrando medicamentos letais. Verifica-se que na eutanásia ativa, uma terceira pessoa, a pedido do doente, administra-lhe agente letal, com a intenção de abreviar a vida e acabar com o sofrimento (Brandalise, Remor, Carvalho & Bonamigo, 2018).

Segundo Kovács (2003), um dos pontos mais temidos no processo de morrer, na atualidade, é a incerteza, isto é, saber que a morte virá, mas não saber quando nem como, sem controle ou planeamento. Posto isto, a eutanásia e o suicídio assistido podem surgir como possibilidades para este planeamento.

Podemos concluir então que o suicídio medicamente assistido, segundo os diferentes autores referenciados, é um conceito que se distingue da eutanásia pela sua aplicabilidade, sendo que este é executado com a própria ação do indivíduo enquanto que a eutanásia é executada por terceiros. Contudo ambas as ações têm sempre como finalidade acabar com o sofrimento do indivíduo, valorizar a sua vontade, ter em consideração a sua opinião em que permanece sempre a dignidade do mesmo.

4. Síntese

De forma sucinta, será realizada uma síntese do que foi abordado até ao momento, desde o envelhecimento humano, os conceitos, teorias e modelos, as representações sociais, a morte, a eutanásia e o suicídio medicamente assistido.

A Gerontologia, enquanto ciência mãe, é o campo multidisciplinar e interdisciplinar que tem com intuito a descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento

e dos seus determinantes biológicos, psicológicos e socioculturais. Já a Gerontologia Social, que sendo um campo de especialização da Gerontologia preocupa-se com o impacto das condições sociais e socioculturais relativamente ao processo de envelhecimento e da velhice. A Geriatria, que sendo uma especialidade da medicina preocupa-se com os determinantes biológicos da doença e da saúde da velhice, abordando assim uma visão mais biológica do envelhecimento, com o intuito de prever e manusear as doenças do envelhecimento.

No que diz respeito às Teorias acerca da Idade e do Envelhecimento podemos constatar três secções das teorias, nas Teorias Biológicas e do Envelhecimento os autores demonstram várias perspetivas, desde a formação evolutiva tradicional, no sistema de modelo para testar hipóteses sobre os mecanismos relacionados com a aprendizagem e a memória, que o envelhecimento é geneticamente programado, a teoria dos radicais livres e a teoria da senescência evolutiva. No que diz respeito às Teorias Psicológicas e do Envelhecimento, para os autores há um intuito teórico assim como uma complexidade no modelo das relações sociais, a teoria da otimização seletiva com compensação e seletividade socioemocional, a teoria da integração dinâmica e a perspetiva desenvolvimental life-span. Quanto às Teorias da Ciência Social e do Envelhecimento são necessárias as explicações teóricas da formação de políticas de envelhecimento, a perspetiva life-course, a construção social da velhice em que há a teorização das disparidades económicas entre a população idosa e por fim o reconhecimento de que o envelhecimento inclui processos internos e externos que interagem entre si. Relativamente à idade e ao envelhecimento, estes afirmam que a Gerontologia tem uma relação codependente com a idade cronológica, em que para o envelhecimento individual a idade pode não interessar assim tanto, ou tão diretamente. Contudo a Gerontologia quer superar uma das dimensões centrais, a idade cronológica e para tal é difícil de imaginar uma ciência que faz referência ao envelhecimento, mas não abordar a idade.

No que diz respeito ao Envelhecimento Bem-sucedido, fazendo referência ao Modelo MacArthur de Envelhecimento Bem-sucedido, em que este define três componentes principais: 1) baixo risco de doença e incapacidade ligada à doença, 2) manutenção de elevado funcionamento físico e mental e 3) envolvimento ativo com a vida, incluindo relações ativas com outros e a produtividade. Pode também ser definido como uma maximização de ganhos e minimização das perdas, sendo a Teoria SOC, ou seja, seleção, otimização com compensação a utilizada. O Envelhecimento Ativo refere-se ao equilíbrio a nível social, biológico e psicológico e à capacidade do ser humano se integrar no seu contexto social, continuando a desenvolver as suas capacidades e mantendo-se inserido no seu grupo de amigos, rede familiar e nos seus grupos de interesses. Relativamente ao Envelhecimento Saudável, destaca-se a ausência de doença, sendo possível alcançá-lo à medida que se vai envelhecendo, mantendo-se e desenvolvendo-se capacidades funcionais para tal.

Relativamente às representações sociais estas são o senso comum, ou seja, a representação do produto faz parte de um processo de uma atividade mental pelo qual um indivíduo/grupo reconstitui o real, confrontando-o e atribuindo um significado específico.

Quanto à relação entre o envelhecimento e a eutanásia, podemos verificar que a longevidade está a aumentar, modificando conseqüentemente a forma como as pessoas envelhecem. Envelhecer com qualidade de vida trata-se de uma necessidade demonstrada pelos mais velhos, contudo verifica-se que tal nem sempre acontece e por vezes existe um prolongamento da vida da pessoa através de aparelhos e recursos farmacológicos. Posto isto, é possível constatar que com as modificações apresentadas, também a eutanásia ganha um novo significado e passa a ser encarada como uma forma de aliviar a pessoa do seu sofrimento, proporcionando-lhe uma morte sem dor e com dignidade.

Na relação entre envelhecimento e a dignidade, podemos verificar que tal como referido anteriormente a longevidade está a aumentar e atualmente há um maior conhecimento a nível biológico que permite realizar prognósticos mais precisos da morte, há também mais medicação que consegue controlar a dor e aparelhos sofisticados que substituem os órgãos. Contudo todo este conhecimento e avanço tecnológico e da medicina não tornou a morte mais digna para o indivíduo, pelo contrário, em que o processo de morrer se tornou mais doloroso, problemático e difícil de lidar. A preocupação por morrer dignamente é cada vez mais importante, pois a dignidade do indivíduo diz respeito à liberdade e à tomada de decisões individuais, em que o respeito à dignidade está interligado ao reconhecimento da autonomia da pessoa, do poder de decidir de sobre a sua própria vida.

Quanto à percepção da morte, esta é distinta de cada um de nós devido às suas diversas conceções, crenças e representações, sendo que estas representações acerca da morte resultam do contexto familiar e social em que se esteja inserido. Morrer é tão natural e previsível como nascer, fazendo parte da vida e da existência humana. Contudo verificamos que atualmente a morte é representada com um tabu a nível social, podendo-se constatar transformações nas atitudes da sociedade face à morte. Assim, não podemos esquecer que a morte abrange todos os seres humanos e que apesar da nossa sociedade atual não aceitar tal facto, este não pode ser recalcado, esquecido e é essencial encarar a morte tal como é e não deixar que os nossos morram em solidão.

A eutanásia é uma forma de morrer que procura aliviar o sofrimento ao doente, tendo este doente o direito a uma morte sem dor, sofrimento físico e psíquico. Foi possível verificar que a eutanásia é então um tema bastante delicado, polémico e que envolve dinâmicas de esferas a nível moral, ética, social, religiosa, medica e jurídica.

O suicídio medicamente assistido diz respeito a uma decisão do doente de pôr fim à sua própria vida, em que a ação é causada pelo próprio. O conceito de suicídio medicamente assistido distingue-se da eutanásia pela sua aplicabilidade, sendo que este é executado pelo próprio doente e a eutanásia é executada por terceiros. Contudo em ambas as práticas têm sempre como finalidade acabar com o sofrimento, valorizando a vontade do doente.

Face ao estudo exposto, considera-se importante abordar a morte da pessoa, ou seja, é essencial abordar tudo o que a morte acarreta e todo o processo que a antecede, tendo sempre em conta a opinião do indivíduo, assim como a sua vontade. Por muitos aspetos negativos que estejam associados à morte, tendo em conta que muitos desses aspetos são meras

representações sociais que nos foram passadas e que formos construindo ao longo da nossa vida, devemos, contudo, encarar a morte tal como ela é, e que apesar de ser vista como uma fase negativa também é essencial ver o lado positivo.

Se falar na morte na nossa sociedade já é por si só um tema difícil, abordar o tema da eutanásia é ainda mais complicado, pois é uma prática que está conotada como sendo negativa. Para conseguirmos alterar estas representações preconcebidas da eutanásia é importante abordar esta prática, explicá-la corretamente e ter sempre em conta que o seu principal objetivo é apenas acabar com o sofrimento da pessoa.

Para que estas representações sejam modificadas precisamos de conhecer o significado exato do termo eutanásia, para que cada indivíduo possa compreender esta prática e todo o processo envolvente de forma a poder criar a sua própria opinião. Devemos de salientar que no nosso país as informações sobre as questões de fim de vida deveriam estar disponíveis para quem possui tal curiosidade e deveriam de ser mais abordadas quer no ensino, quer nos meios de comunicação. A consulta de informação providencia consequentemente à discussão e troca de ideias sobre o assunto, em que as pessoas podem falar sobre o tema sem medo de serem julgadas, levando-as a dar a sua opinião sobre as suas escolhas no que diz respeito à sua morte.

Posto isto, o presente estudo permitirá conhecer quais são as representações sociais que os jovens estudantes de Gerontologia têm sobre a eutanásia e como é que estes encaram as questões de fim de vida.

Ao verificarmos de que forma os futuros gerontólogos pensam sobre as questões de fim de vida, podemos observar qual será o seu impacto na nossa sociedade, ou seja, a forma como eles abordam a eutanásia e consequentemente a morte modificará as representações destas ao longo do tempo. Importa realçar que com o aumento da longevidade e modificação da forma como as pessoas mais velhas envelhecem, constatamos também que as mesmas são mais instruídas, procuram mais informações e opções de serviços e exigem mais qualidade na forma como vivem. Assim, este estudo permite verificar se os jovens estudantes de Gerontologia possuem essa mesma informação que os mais velhos exigirão no que toca à sua morte e todas as práticas associadas a esta.

CAPÍTULO II – MÉTODO

Neste capítulo apresentaremos o desenho metodológico da investigação. Inicialmente será abordado o plano de investigação e os participantes, de seguida os instrumentos de recolha de dados, posteriormente abordar-se-á os procedimentos de recolha de dados e para finalizar a estratégia de análise de dados.

1. Plano de Investigação e Participantes

De acordo com Coutinho (2014), a abordagem interpretativa/qualitativa das questões sociais e educativas procura transpor no mundo pessoal dos sujeitos para saber como interpretam as diversas situações e que significado tem para eles. A investigação desenvolvida é de natureza interpretativa, sendo que o trabalho de recolha e análise de dados é uma atividade diversificada, que coloca frequentemente problemas inesperados, o que requer criatividade e flexibilidade.

A investigação qualitativa pretende interpretar e compreender os fenómenos na sua totalidade e no contexto em que ocorrem, pelo que pode acontecer que só se conheça o foco do problema depois de se começar a pesquisa ou trabalho de campo (Coutinho, 2014). No método qualitativo há uma realidade a descobrir e procura entender o contexto e/ou o ponto de vista do ator social (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

A presente investigação, de carácter exploratório, tem como objetivo examinar um tema ou problema de investigação pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado. Os estudos exploratórios servem também para nos familiarizarmos com fenómenos relativamente desconhecidos, para obter informações sobre a possibilidade de realizar uma investigação mais completa sobre um contexto particular, tal como identificar conceitos ou variáveis promissoras (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

No presente estudo a temática a explorar na investigação diz respeito às representações sociais dos estudantes de Gerontologia, mais concretamente à eutanásia. Com este tema de investigação é essencial para o estudo responder à questão de investigação: “Quais são as representações sociais dos estudantes de Gerontologia sobre a eutanásia?”. Para ser possível responder a esta questão de investigação estabelecida foi definido o objetivo geral da investigação, que consiste em identificar as representações sociais dos estudantes da pré e pós-graduação em Gerontologia relativamente à eutanásia.

Foram definidos como participantes os estudantes inscritos na licenciatura em Educação Social Gerontológica e os estudantes inscritos no mestrado em Gerontologia Social visto que, os mesmos estudam o envelhecimento, o processo de envelhecer bem numa perspetiva de envelhecimento bem-sucedido. Para efeitos de investigação entendeu-se necessário compreender quais são as representações sociais destes profissionais da área do envelhecimento, de forma a perceber como é que os estudantes lidam com temas importantes de fim de vida, como a morte e a eutanásia e como incorporam as suas perceções sobre as questões de fim de vida num futuro profissional.

2. Instrumentos de Recolha de Dados

No que diz respeito à recolha de informação para o projeto de investigação foi elaborado um questionário com questões abertas sobre os temas: (1) morte, (2) eutanásia e (3) suicídio medicamente assistido.

Para Coutinho (2014), o questionário com questões abertas pode ser autoadministrado, este é passível de aplicação a variadíssimas situações e contextos de investigação, sendo que não impõem restrições. O questionário é mais amplo no seu alcance, mas também é mais impessoal. É de salientar que se recorre ao questionário para conseguirmos inquirir um grande número de pessoas no sentido de caracterizar traços identificadores de grandes números de sujeitos. Posto isto, o questionário de questões abertas permite obter informações de natureza muito diversa e medir variáveis, como atitudes, perceções e opiniões. Portanto, adequa-se ao estudo das representações sociais de um grande número de pessoas.

Assim, o questionário com questões abertas aplicado aos estudantes constituído pelos três temas referidos, (1) morte, (2) eutanásia e (3) suicídio medicamente assistido, tendo um total de doze questões.

No que diz respeito ao tema (1) Morte, foram estabelecidas quatro questões: 1) Para si a morte é?; 2) Como encara a morte?; 3) Pensa sobre a sua morte? e 4) Pensa sobre a morte dos seus entes queridos?. No tema (2) Eutanásia foram estabelecidas seis questões: 1) Na sua opinião o que é a eutanásia?; 2) O que pensa sobre a eutanásia?; 3) Se fosse familiar de um doente em sofrimento e com uma doença incurável, que atitude tomaria?; 4) Consideremos que estava na posição de doente incurável, em sofrimento, que atitude tomava?; 5) Considera a eutanásia um tema tabu? e 6) Qual a sua opinião relativamente à legalização da eutanásia em Portugal?. No tema (3) Suicídio Medicamente Assistido, foram definidas duas questões: 1) O que entende por suicídio medicamente assistido? e 2) Consideremos que estava na posição de doente incurável e em sofrimento, ponderaria o suicídio medicamente assistido?

3. Procedimentos de Recolha de Dados

Relativamente aos procedimentos de recolha de dados, os coordenadores de curso foram inicialmente contactados com o propósito de explicar em que consiste a investigação e apresentar o objetivo do estudo, que consta em identificar as representações sociais dos estudantes relativamente à eutanásia. Posto isto, foi dado a conhecer que a recolha de dados é realizada através da aplicação do questionário com questões abertas. Para se concretizar a aplicação dos questionários com questões abertas aos estudantes de Gerontologia foi essencial a combinação com os coordenadores de curso, de forma a que os mesmos pudessem agendar um dia para comunicar aos estudantes da licenciatura e de mestrado sobre a presente investigação.

De seguida, os estudantes da licenciatura e do mestrado foram informados pessoalmente na sala de aula do projeto de investigação, em que consiste, qual o objetivo e como se concretizará a recolha de dados para posteriormente se definir uma data e hora que mais conviessem aos mesmos para a aplicação do questionário com questões abertas. Importa referir que a cada ano foi estabelecido uma hora, contudo aos três anos da licenciatura e ao 2º ano do mestrado foi aplicado o questionário em junho de 2019.

4. Estratégias de Análise de Dados

Segundo Berelson (1971), a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.

Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interpretação de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens.

De acordo com Guerra (2006), a análise de conteúdo é uma técnica e não um método, utilizando o procedimento normal da investigação, ou seja, o saber, o confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido. Assim, a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa que decorre das interrogações daqueles que analisam o material face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular regras de inferência, isto é, interpretação.

Todo o material recolhido numa pesquisa qualitativa é geralmente sujeito a uma análise de conteúdo. A escolha da técnica adequada para analisar o material recolhido depende dos objetivos e do estatuto da pesquisa, bem como do posicionamento paradigmático e epistemológico do investigador. O tratamento do conteúdo varia de pesquisa para pesquisa e de investigador para investigador. A análise de conteúdo pretende por um lado descrever as situações, mas por outro interpretar o sentido do que foi dito. Isto é, quando falamos em investigação empírica falamos de uma série de operações como descrever os fenómenos, descobrir as suas covariações ou associações e ainda descobrir relações de causalidade, de interpretação das dinâmicas sociais em estudo (Guerra, 2006).

Por seu turno, Bardin (2011) afirma que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (inferência e a interpretação).

A primeira fase, a pré-análise, pode ser identificada como uma fase de organização do material recolhido. Nela estabelece-se um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos. Normalmente, envolve a leitura “flutuante”, ou seja, um primeiro

contato com os documentos que serão submetidos à análise, a escolha deles, a formulação das hipóteses e objetivos, a elaboração dos indicadores que orientarão a interpretação e a preparação formal do material. De seguida, passa-se à escolha de índices ou categorias, que surgirão das questões norteadoras ou das hipóteses, e a organização destes em indicadores ou temas. Os temas que se repetem com muita frequência são recortados do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registo dos dados.

Na segunda fase, na exploração do material, procede-se à codificação, classificação e categorização. Na codificação compreende-se a escolha de unidades de registo e a seleção de regras de contagem, na classificação agrupa-se a informação pelo sentido das palavras e a categorização permite reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. Com a unidade de codificação escolhida, o próximo passo será a classificação em blocos que expressem determinadas categorias que confirmam ou modificam aquelas, presentes nas hipóteses, e referenciais teóricos inicialmente propostos. Assim, num movimento contínuo da teoria para os dados e vice-versa, as categorias vão-se tornando cada vez mais claras e apropriadas aos propósitos do estudo.

Para Bardin (2011) as categorias devem possuir certas qualidades como: (1) ser mutuamente exclusivo, isto é, o que está numa categoria não pode estar noutra; (2) homogeneidade para definir uma categoria é preciso haver só uma dimensão na análise; (3) pertinência, em que as categorias devem dizer respeito às intenções do investigador, aos objetivos da pesquisa, às questões norteadoras e às características da mensagem; (4) objetividade e fidelidade, se as categorias forem bem definidas, se os temas e indicadores que determinam a entrada de um elemento numa categoria forem bem claros, não haverá distorções devido à subjetividade dos analistas; (5) produtividade, em que as categorias serão produtivas se os resultados forem férteis em inferências, em hipóteses novas, em dados exatos.

Tendo sido elaboradas as categorias sínteses, passa-se à construção da definição de cada categoria. A definição pode obedecer o conceito definido no referencial teórico ou ser fundamentada nas verbalizações relativas aos temas. Contudo, as categorias podem ser criadas a priori ou a posteriori, isto é, a partir apenas da teoria ou após a recolha de dados (Bardin, 2011).

Na análise categorial, há a identificação das variáveis cuja dinâmica é potencialmente explicativa de um fenómeno que queremos explicar. A categoria é uma rubrica significativa ou uma classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso. O sentido de identificação da categoria deve ser bem explícito, mas não unívoco, isto é, não há vantagem em dizer o tipo de variação a não ser que haja uma posição única em todas as entrevistas (Guerra, 2006).

A análise categorial, sendo uma análise descritiva, é de alguma forma mais abstrata e não exclusiva, isto é, na mesma entrevista é normal existirem vários dos fatores explicativos encontrados e nenhum dos discursos dos entrevistados contém todas as variáveis. Assim, é uma análise que faz a mediação para uma explicação e para a construção ideal típica que se aprofundará a seguir (Guerra, 2006).

A terceira fase do processo de análise do conteúdo é denominada de tratamento dos dados (a inferência e interpretação). Após a análise dos resultados brutos, o investigador procurara torná-los significativos e válidos. Esta interpretação deverá ir além do conteúdo manifestado nos documentos, pois, interessa ao investigador o conteúdo latente, o sentido que se encontra por trás do imediatamente apreendido. A inferência na análise de conteúdo orienta-se por diversos polos de atenção, que são os polos de atração da comunicação. É um instrumento de indução para se investigarem as causas a partir dos efeitos. De seguida passa-se à interpretação de conceitos e proposições. Os conceitos dão um sentido de referência geral e produzem uma imagem significativa. Os conceitos derivam da cultura estudada e da linguagem dos informantes, e não de definição científica. Ao se descobrir um tema nos dados, é preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique. Quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles. As interpretações a que levam as inferências serão sempre no sentido de procurar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações, aparentemente superficiais (Bardin, 2011).

Segundo Santos (2012), a análise de conteúdo é uma leitura profunda, determinada pelas condições oferecidas pelo sistema linguístico e objetiva a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspetos exteriores. Ademais, a técnica permite a compreensão, a utilização e a aplicação de um determinado conteúdo.

Com base nestas recomendações criou-se um conjunto de procedimentos analíticos que se apresenta em seguida. Para melhor se compreender este assunto, vamos sumariar ainda que brevemente alguns dos aspetos nucleares deste projeto de investigação. Como referido anteriormente, a presente investigação, de carácter exploratório, tem como objetivo examinar um tema ou problema de investigação pouco estudado, do qual se tem muitas dúvidas ou não foi abordado. A temática a explorar na investigação diz respeito às representações sociais da eutanásia em estudantes de Gerontologia.

Em termos de questões de investigação, tomámos como ponto de partida uma questão abrangente: “Quais são as representações sociais dos estudantes de Gerontologia sobre a eutanásia?” Para responder a esta questão foi definido o objetivo geral da investigação, que consiste em identificar as representações sociais acerca da morte, eutanásia e suicídio medicamente assistido em estudantes da pré e pós-graduação em Gerontologia, de forma a compreender como é que os estudantes lidam com temas importantes de fim de vida - morte, eutanásia, suicídio medicamente assistido - e como incorporam as suas perceções sobre as questões de fim de vida num futuro profissional.

A recolha de dados foi efetuada com recurso a um questionário com questões abertas aplicado aos estudantes e é constituído pelos três temas: (1) morte, (2) eutanásia e (3) suicídio medicamente assistido, tendo um total de doze questões. Em termos de análise de dados, recorreu-se à análise de conteúdo. Simplesmente, as posições sobre este tipo de procedimentos analíticos são muito diversas. Por exemplo, para Berelson (1971), a análise de conteúdo é uma

técnica de investigação que através de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações. No entanto, para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interpretação de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. Segundo a mesma fonte, a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. As categorias foram simultaneamente criadas à priori (análise dedutiva, para os grandes temas/domínios temáticos) e à posteriori (análise indutiva, para as categorias específicas de cada tema). Como unidade de análise, considera-se a frase. Segundo Guerra (2006), a análise de conteúdo é uma técnica que permite o confronto entre o quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido. Assim, a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva, a qual visa dar conta do que nos foi narrado e uma dimensão interpretativa, que decorre das interrogações daqueles que analisam o material face a um objeto de estudo, com recurso a um sistema de conceitos teórico-analíticos cuja articulação permite formular regras de inferência, ou seja, interpretação. É com base neste quadro analítico que se apresenta a seguir os resultados obtidos.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos relativos à aplicação do questionário sobre questões de fim de vida aos estudantes da pré e pós-graduação em Gerontologia Social. Primeiramente realizar-se-á (1) a descrição das características dos participantes e posteriormente (2) serão apresentados os temas de fim de vida.

1. Descrição das características dos participantes

Na tabela 1 são apresentados os dados dos participantes relativos ao número de estudantes inscritos em cada ano da licenciatura em Educação Social Gerontológica e do segundo ano do mestrado em Gerontologia Social, assim como o número de participantes quer da licenciatura quer do mestrado e o género dos participantes.

Tabela 1: Descrição das características dos participantes

	Estudantes inscritos	Participantes	Género		Idade Min – Máx (MD)
			Feminino	Masculino	
Licenciatura ESG	83	53	51	2	
1º ano	28	18	18	0	18-22 (18,94)
2º ano	29	25	25	0	19-40 (22,32)
3º ano	26	20	18	2	21-44 (24,80)
Mestrado GS					
2º ano	16	12	12	0	22-45 (26,75)
Total	99	75	73	2	

Fonte: Serviços Académicos

O número de estudantes inscritos no ano letivo de 2018/2019, foi de 99, sendo que participaram no estudo 75 estudantes, verificando-se uma taxa de participação de 76%.

Na licenciatura em Educação Social Gerontológica (ESG) estavam inscritos 83 estudantes, sendo que participaram 53 estudantes, verificando-se uma taxa de participação de 63,9%. Quanto ao mestrado em Gerontologia Social estavam inscritos 16 estudantes, no 2º ano curricular, sendo que participaram 12 estudantes, constatando-se com uma taxa de participação de 75%.

Relativamente ao género, pode-se verificar que do total de 75 participantes, 3% são do género masculino e 97% participantes são do género feminino, ou seja, trata-se de uma amostra predominantemente feminina.

Quanto à idade, verificou-se que na licenciatura ESG, no primeiro ano a média de idades dos estudantes é de 19 anos, no segundo ano a média de idades é de 22 anos e no terceiro ano a média de idades é de 25 anos. No caso do mestrado em Gerontologia Social, a média de idade de 27 anos. Tomando em consideração a idade e o ano curricular na licenciatura e no mestrado, observa-se que há um aumento progressivo na idade que acompanha o processo de educação e formação. Se pensarmos que estes ciclos de estudo no âmbito do processo de Bolonha, no

caso dos estudantes tradicionais (que prosseguem estudos secundário/superior), a variação teórica de idades situar-se-ia entre os 18 e 20 anos.

2. Temas de fim de vida: morte, eutanásia e suicídio medicamente assistido

Relativamente aos temas em análise, as questões abertas foram sujeitas a análise de conteúdo, tendo resultado três temas principais, designadamente: (1) morte, (2) eutanásia e (3) suicídio medicamente assistido. Cada tema envolve várias categorias.

Por exemplo, em termos da definição do conceito, nas palavras dos participantes, dos três temas em análise, a eutanásia (opção voluntária e/ou consentida de pôr fim à vida) apresenta uma quantidade e riqueza de categorias claramente superior à morte (acontecimento de vida normativo) e ao suicídio medicamente assistido (morte sem dor e com ajuda sendo a ação do próprio que toma medicamentos para morrer).

Note-se que as definições apresentadas pelos participantes estão muito próximas do que está estabelecido entre peritos. De acordo com Horta (1999), a morte faz parte da existência humana e é parte integral da vida, sendo um processo natural, previsível e inevitável que consiste na cessação definitiva da vida. Segundo Suski (2012), a eutanásia diz respeito ao ato de liberdade em que a pessoa com uma doença terminal e incurável, estando perto da morte e vivendo sem qualidade e dignidade é-lhe conferida a possibilidade de exercer o seu direito de decidir pôr fim à vida. Para Cruz e Oliveira (2013), o suicídio medicamente assistido é a decisão da pessoa gravemente doente, poder escolher pôr fim à sua própria vida, sendo a ação do próprio que causa a sua morte.

Todavia, esta riqueza e diversidade aumenta à medida que nos detemos na análise das especificações de cada um dos temas centrais.

Tema 1 – A morte na perspetiva dos participantes

Relativamente a este assunto, e partindo da questão “*Para si a morte é...?*” observa-se que as respostas dos participantes podem ser organizadas em várias categorias (consultar Tabela 2).

Tabela 2: A representação social da morte na perspectiva dos participantes

Categorias	Extratos demonstrativos
Acontecimento de vida normativo (77%)	“(...) a morte é o fim do ciclo de vida para todos os seres vivos, é um fenómeno que é impossível fugir.” (E.lic_1ºano) “A morte é algo natural. Tudo o que nasce, morre” (E.lic_2ºano) “É um momento que não sabemos quando, mas chegará” (E.mes_2º ano)
Acontecimento marcado por forte ativação emocional – perda (20,3%)	“Momento doloroso porque se perde alguém” (E.lic_1ºano) “A perda de uma pessoa e das suas funções vitais” (E.lic_2ºano) “Um acontecimento assustador” (E.lic_2º ano) “É o descanso final neste mundo; o fim do ciclo de vida e o fim de uma missão cumprida nesta vida e partida para a vida eterna” (E.lic_3ºano) “... algo que provoca grande tristeza. A morte é o fim da vida” (E.mes_2ºano) “Para mim a morte é sinonimo de perda, de dor e de medo” (E.mes_2ºano)
Outros (2,7%)	“Para mim a morte (...) é um assunto que me incomoda bastante, que ainda me faz pensar muito o quanto a vida é frágil” (E.lic.3ºano)

Como se pode observar na tabela anterior, a morte pode ser vista como um acontecimento de vida normativo (77%), mas também como um acontecimento marcado por forte ativação emocional, tais como perda, tristeza, medo, entre outros (20,3%). Note-se que os participantes apresentam duas posições distintas quanto ao conceito de morte referindo que este acontecimento é normativo no ser humano, tal como refere Horta (1999), que morrer é parte integral da vida, sendo natural e previsível como nascer. Contudo este acontecimento é definido ainda por emoções maioritariamente negativas, que sucede da perceção de morte que cada pessoa cria e da forma como essas conceções, crenças e representações são fundamentadas no seu próprio contexto familiar e social em que se esteja inserido (Gomes, 2013).

Quanto à morte enquanto *acontecimento de vida*, observa-se que os participantes encaram a morte de duas formas maioritariamente distintas, a morte como um acontecimento negativo e a morte com um acontecimento neutro, como se pode verificar na Tabela 3.

Tabela 3: Valências relativamente à morte

Categorias	Extratos demonstrativos
Acontecimento negativo (46,57%)	“Mal, é algo que me assusta bastante.” (E.lic_2º ano) “Não encaro bem, assusta-me um bocado.” (E.lic_2º ano) “Não encaro bem a morte.” (E.lic_2º ano) “Encaro a morte como algo negativo e triste.” (E.mes_2º ano)
Acontecimento neutro (35,61%)	“Com naturalidade, é algo certo que nos vai acontecer (a nós e aos nossos). é inevitável”. (E.lic_1º ano) “Como uma coisa natural da vida que acontece com toda a gente” (E.lic_1º ano) “Encaro a morte como algo natural, pois é das únicas certezas que temos do que nos irá acontecer.” (E.lic_2º ano) “Encaro a morte com naturalidade, com um acontecimento normativo que vai acontecer a toda a gente, independente da trajetória de vida de cada um” (E.mes_2º ano)
Acontecimento positivo (10,95%)	“Encaro a morte positivamente visto que é algo que ninguém pode impedir. É o ciclo da vida” (E.lic_1º ano) “De forma positiva, porque já sei que algum dia a morte chegará” (E.lic_1º ano) “Com tranquilidade e sem medo.” (E.lic_2º ano)
Outros (6,87%)	“A morte é uma fase, como todas as outras. Pensar na morte na primeira pessoa pode ser um pouco assustador e pensar na morte dos outros é um ato mais egoísta pois pensamos sobretudo como isso nos vai influenciar a nós.” (E.lic_3º ano) “Depende da morte do momento em que acontece na vida da pessoa (por exemplo, a idade), mas também em que circunstancia. Pode ser o melhor para uma pessoa em sofrimento, mas também pode impedir viver coisas boas (ex. morrer num acidente)” (E.mes_2º ano)

Quanto à questão *“Como encara a morte?”*, 46,57% dos participantes encaram a morte como um acontecimento negativo, 35,61% dos participantes encaram a morte como um acontecimento neutro e 10,95% dos participantes encaram a morte como um acontecimento positivo. De acordo com os participantes, a morte encarada como negativa diz respeito ao facto de a morte ser difícil de encarar, pois causa dor e sofrimento, medo, angústia. Quando a morte é encarada com neutralidade, para os participantes trata-se de algo que vai acontecer a toda a gente, que é normal e natural, sendo um acontecimento inevitável. A morte encarada de modo positivo, trata-se de uma morte que é esperada, que vai acontecer, que faz parte do ciclo de vida, é uma morte aceite, vista de forma positiva, com tranquilidade e calma.

Note-se que os participantes apresentam posições distintas no que diz respeito ao encarar a morte. Das respostas dadas observa-se duas grandes tendências, uma negativa e outra com neutralidade. Aspeto que é referido na literatura da especialidade, em que a morte como sendo uma experiência nunca vivenciada e privada da nossa consciência causa por isso angústia, medo e sofrimento (Couto, 2016). Contudo é possível verificar uma relação nestas duas tendências, encarar a morte como negativa e como sendo natural, havendo uma complementaridade nesta forma de encarar a morte. Tal como refere Ferreira e Costa (2013), a morte abrange toda a existência humana e é inevitável (morte como acontecimento natural), contudo a sociedade moderna não consegue aceitar esse facto com naturalidade, havendo consequencialmente a necessidade humana de prolongar a vida apenas com o intuito de procurar o consolo da dor e futura perda. Por outro lado, os participantes que referem a morte

como um acontecimento positivo, sabem que este acontecimento é incontornável e apenas desejam uma morte, sem dor, medo e com tranquilidade, o que nos indica que os participantes apenas desejam uma boa morte. Como é referido na literatura do domínio, a boa morte baseia-se na perspetiva de cada uma, em que o sujeito se encontra sem dor, havendo uma diminuição do medo associado à morte e é possível estar em controlo, com autonomia e ser independente no que toca ao seu percurso (Jordão e Leal, 2014).

No que diz respeito ao *pensar sobre a sua própria morte*, das respostas dadas observa-se que predominantemente os participantes pensam sobre a sua própria morte. Há também quem não pense sobre a sua morte e há participantes que pensam às vezes na sua própria morte, como se observa na Tabela 4.

Tabela 4: Pensar ou não pensar a própria morte

Categorias	Extratos demonstrativos
Pensar a sua própria morte (48%)	<p>“Penso” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Claro que sim, acho que toda a gente pensa, de forma mais ou menos direta.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Sim, é uma realidade que tento aceitar por poder acontecer a qualquer momento e não só quando for mais velha.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Sim, muitas vezes.” (E.lic_2º ano)</p>
Não pensar a sua morte (34,66%)	<p>“Não penso sobre a morte, nem quero pensar sobre isso.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Não, quando esse dia chegar, chegou!” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Não, tento não pensar.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Não, nunca. A vida é demasiada curta para pensar na nossa morte.” (E.lic_3º ano)</p>
Pensar por vezes (17,34%)	<p>“Às vezes.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Sim, de vez em quando penso como vou morrer e se há vida para além da morte.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Sim, às vezes fico a pensar nas várias formas que posso morrer.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Por vezes penso sobre a minha morte, mas é algo que me vem de livre e espontânea à cabeça.” (E.lic_3º ano)</p>

Na questão *“Pensa sobre a sua morte?”*, verificou-se que 48% dos participantes pensam na sua própria morte, 34,66% não pensam na sua morte e 17,34% dos participantes pensam às vezes na sua própria morte. Note-se que os participantes que pensam na sua morte fazem-no de forma a pensar em como será, tem medo de vir a sofrer e que a morte seja dolorosa. Os participantes que não pensam na sua morte, não o fazem, pois, sabem que é algo que eventualmente acontecerá e que pensar na morte apenas provoca sofrimento. Já os participantes que pensam às vezes na sua própria morte fazem-no quando se sentem mais tristes, pensam como será e quando e as formas como eventualmente poderão morrer.

Quanto ao pensar sobre a própria morte, contrariando a literatura no domínio, esta diz-nos que os jovens na fase adulta, sendo que grande parte dos participantes se encontram nesta fase, como passam a desempenhar novos papéis na sociedade, têm necessidades específicas e gastam a sua energia com tarefas novas, a morte para eles não é um assunto que cause grande preocupação, não pensando muito sobre a mesma (Barbosa, Malchiori e Neme, 2011).

Quanto ao *pensar sobre a morte dos seus familiares e amigos*, das respostas dadas observa-se que a maioria dos participantes pensam na morte dos seus familiares e amigos, com preocupação e angústia. Há participantes que simplesmente ignoram o assunto, uma minoria dos participantes pensa às vezes na morte dos familiares e amigos e outra minoria evita pensar, tal como se pode constatar na Tabela 5.

Tabela 5: Sentimentos e preocupações face à morte de familiares e amigos

Categorias	Extratos demonstrativos
Preocupação e angústia (70,67%)	<p>“Sim, principalmente a dos meus avós.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Sim e também é algo que me assusta imenso pois não sei como vai ser a minha com a falta dos meus entes queridos.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Sim. A morte dos meus entes queridos é algo que me preocupa bastante. Já perdi bastantes familiares e isso é algo que me assusta.” (E.lic_3º ano)</p>
Ignorar o assunto (22,67%)	<p>“Não.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Não, pensar nisso era encher-me de sentimentos de tristeza sem necessidade, era sofrer antecipadamente.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Não. Isso já é muito mais complicado. Mas não, não penso nem quero pensar.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“É algo que não gosto de pensar, mesmo sabendo que é inevitável.” (E.lic_3º ano)</p>
Pensar às vezes (4%)	<p>“Às vezes sim.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Às vezes. Mesmo daqueles que já faleceram, penso na sua morte e o que seria da minha vida após a sua partida. Isto mesmo antes de acontecer.” (E.mes_2º ano)</p> <p>“Por vezes penso no assunto e isso deixa-me triste, por isso evito fazê-lo. No entanto relembro-me muito daqueles que já partiram e de quem sinto imensa falta.” (E.mes_2º ano)</p>
Evitar pensar (2,66%)	<p>“Evito pensar sobre isso” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Prefiro evitar pensar” (E.lic_2º ano)</p>

Na questão *“Pensa sobre a morte dos seus entes queridos?”*, constatou-se que 70,67% dos participantes pensam na morte dos seus familiares e amigos com preocupação e angústia, 22,67% dos participantes ignoram o assunto, ou seja, não pensam sobre a morte dos seus familiares e amigos, 4% dos participantes pensa às vezes na morte dos seus familiares e amigos e 2,66% dos participantes evita pensar sobre a morte dos seus familiares e amigos.

Relativamente os participantes que pensam na morte dos seus familiares e amigos fazem-no pois tem medo da morte dos mesmos, que é um acontecimento assustador, que vai acontecer mais tarde ou mais cedo, que causa preocupação e angústia, mas é algo natural da vida. Os participantes que não pensam na morte dos seus familiares e amigos não o fazem, pois não querem ficar tristes sem necessidade, mas sabem que a sua morte é inevitável. Quanto aos participantes que pensam às vezes na morte dos seus familiares e amigos fazem-no e sabem que é algo que os entristece e lembram a morte daqueles que já partiram, pensam na morte deles e como seria a sua vida após tal acontecimento. Já os participantes que evitam pensar na morte dos seus familiares e amigos, referem mesmo que evitam pensar sobre o assunto.

De forma sumária, a morte é um acontecimento de vida normativo marcado também por sentimentos negativos e fortes, como a perda, dor e sofrimento. Foi possível constatar que a

morte, pelos participantes, é encarada de forma negativa e neutra. Verifica-se que há uma correlação entre ambas as formas de encarar a morte, pois os participantes apesar de saberem que se trata de um acontecimento inevitável e natural na existência humana, a morte do outro não é bem aceita na sociedade e é sempre associada a sentimentos negativos. É de salientar que sendo a morte associada maioritariamente à perda, dor e a um acontecimento negativo os participantes não deixam de pensar na sua própria morte nem na morte dos seus familiares e amigos, mesmo que provoquem sentimentos de preocupação e angústia.

Tema 2 – A eutanásia na perspetiva dos participantes

Relativamente a este assunto, e partindo da questão “*Na sua opinião o que é a eutanásia?*” observa-se que as respostas dos participantes podem ser organizadas em várias categorias (consultar Tabela 6).

Tabela 6: A representação social da eutanásia na perspectiva dos participantes

Categories	Extratos demonstrativos
Opção voluntária e/ou consentida de pôr fim à vida (41,33%)	<p>"Eutanásia é quando uma pessoa em sua consciência e de livre e espontânea vontade decide por fim à sua vida." (E.lic_3º ano)</p> <p>"A eutanásia é uma forma de pôr termo à vida de forma voluntária, evitando o sofrimento de uma pessoa que já não se sente preso à vida e que tenha o desejo de fechar um ciclo." (E.lic_3º ano)</p>
Prática médica de retirar a vida (20,01%)	<p>"É o acabar com o sofrimento de uma pessoa, levando-o com uma injeção à morte". (E.lic_1º ano)</p> <p>"É a toma de algum medicamento que pode e vai fazer com que o coração e os órgãos vitais deixem de funcionar" (E.lic_2º ano)</p> <p>"A eutanásia é quando um indivíduo está em sofrimento e onde a expectativa de melhoria é reduzida e é administrada uma substancia que lhe causará a morte" (E.lic_2º ano)</p>
Forma de acabar com o sofrimento e a dor (18,66%)	<p>"É a solução para muitas pessoas que estão em sofrimento profundo e sabem que irão morrer inevitavelmente, devido a doenças incuráveis." (E.lic_3º ano)</p> <p>"Para mim, a eutanásia é a própria pessoa querer pôr fim à vida face à situação dolorosa e irreversível, sem cura e com sofrimento e dores permanentes." (E.mes_2º ano)</p> <p>"A eutanásia é colocar fim à vida de alguém que está a sofrer, que é doente. É morrer sem sofrer e terminar com a dor." (E.mes_2º ano)</p>
Morte medicamente assistida (14,66%)	<p>"É a morte programada, ou seja, a pessoa decide que quer morrer caso tenha alguma doença. É a morte medicamente assistida" (E.lic_1ºano)</p> <p>"A eutanásia, no meu ponto de vista é o meio de pôr termo à vida de uma forma totalmente consciente quando não há nenhuma solução para o problema em questão e se está na fase final da vida a sofrer, mas claro de forma medicamente assistida." (E.lic_1º ano)</p>
Suicídio medicamente assistido (2,67%)	<p>"A eutanásia é uma forma de suicídio medicamente assistido" (E.lic_1º ano)</p> <p>"na minha opinião a eutanásia trata-se de um suicídio medicamente assistido e controlado, quando o indivíduo se encontra em sofrimento" (E.lic_2º ano)</p>
Outros (2,67%)	<p>"Não sou contra" (E.lic_1º ano)</p> <p>"A eutanásia é a solução para uma pessoa quando está em fase terminal" (E.lic_3º ano)</p>

Tal como se verifica na tabela anterior, o conceito de eutanásia para os participantes pode ser definido de diversas formas. Foi possível constatar que o conceito de eutanásia pode ser encarado como uma opção voluntária e/ou consentida de pôr fim à vida (41,33%), uma prática médica de retirar a vida (20,01%), uma forma de acabar com o sofrimento e a dor (18,66%), uma morte medicamente assistida (14,66%) e como um suicídio medicamente assistido (2,67%).

Um outro aspeto investigado, diz respeito ao *pensar sobre a eutanásia*. Das respostas dadas observa-se uma grande tendência, em que os participantes são claramente a favor da eutanásia. Há também quem seja a favor da eutanásia, mas com restrições e para quem a eutanásia depende das circunstâncias. Verifica-se ainda que há participantes que não têm opinião formada sobre o assunto, como se pode observar na Tabela 7.

Tabela 7: Posição dos participantes relativamente à eutanásia

Categories	Extratos demonstrativos
Claramente a favor da eutanásia (58,90%)	<p>“Concordo, deveria ser legalizada.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Eu aprovo completamente.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Que deveria ser legalizada.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Concordo com a eutanásia.” (E.lic_2º ano)</p>
A favor, mas com restrições (21,91%)	<p>“Deveria ser legalizada, pois uma vez que a medicina não consegue curar todas as doenças, no caso de doenças incuráveis e que resultam num grande sofrimento tem de existir mais formas. Ninguém tem o direito de decidir que a pessoa deve viver com um sofrimento. Cada um sabe de si e sabe o melhor para si.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Deveria ser legal principalmente para aquelas pessoas que estão a sofrer por ter doenças que não tem cura.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Se for para aliviar o sofrimento da pessoa, numa situação em que não há solução para melhorar o estado em que vive, considero positivo” (E.mes_2º ano)</p>
As circunstâncias fazem a diferença (15,09%)	<p>“Depende das condições apresentadas. Contudo deve prevalecer sempre a opinião do doente.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Penso ser um assunto a ponderar pois o sofrimento pode tornar-se desumano em certas situações.” (E.lic_2º ano)</p>
Não tem opinião formada sobre o assunto (4,10%)	<p>“Eu acho que é um tema controverso e não tenho uma opinião formada.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Tenho dificuldade em expressar o que penso, pois torna-se ambíguo. Tanto penso pelo lado religioso de que não se pode tirar a vida a ninguém, mas por outro lado quando não há nada a fazer e as pessoas estão em sofrimento, considero também uma atitude sensata e realista.” (E.mes_2º ano)</p>

Como se verifica na tabela anterior são referidas as questões associadas à eutanásia. Na questão “*O que pensa sobre a eutanásia?*”, constatou-se que 58,90% dos participantes enunciam que são claramente a favor da eutanásia, 21,91% dos participantes refere que a eutanásia deve ser legalizada, mas com restrições estabelecidas, para 15,09% dos participantes as circunstâncias fazem a diferença e há 4,10% dos participantes que não têm uma opinião formada sobre o assunto. Sendo a eutanásia um assunto altamente controverso, que envolve aspetos legais, morais e éticos (Schaie & Willis, 2003) o nível de justificação ou argumentação apresentado pelos participantes é muito escasso, como de a decisão de “eutanásia” versus “não eutanásia” dependesse apenas do próprio e não da legislação em vigor, que permite ou não permite este tipo de ato.

No que diz respeito à *atitude que tomaria enquanto familiar de um doente incurável e em sofrimento*, das respostas dadas observa-se tendências distintas que passam por aceitar a decisão do familiar e recorrer à eutanásia, há participantes que seriam incapazes de decidir e tentariam perceber a perspetiva da pessoa mas há também participantes que não sabem que atitude tomariam, tal como se pode constatar na Tabela 8.

Tabela 8: Ações e comportamentos enquanto familiar de doente incurável em sofrimento

Categories	Extratos demonstrativos
Aceitar a decisão do familiar/doente (44%)	<p>“Eu aceitaria a decisão do meu familiar, em recorrer à eutanásia ou não.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“A pessoa em questão é que decidiria se optaria pela eutanásia ou não.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“A decisão seria sempre do doente em causa, eu só daria a minha opinião” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Primeiramente, tentaria saber qual a vontade do doente, pois essa é a que deve prevalecer acima de tudo. Por mais que nos custe ver a pessoa a sofrer, não devemos decidir por ela e respeitar a sua situação.” (E.mes_2º ano)</p>
Recorrer à eutanásia (21,33%)	<p>“Eu seria de acordo com a prática da eutanásia.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Optaria por a eutanásia” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Eu aceitaria a eutanásia porque saberia que era o melhor.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Se a decisão fosse minha optava pelo uso da eutanásia.” (E.lic_3º ano)</p>
Ser incapaz de decidir, tentar perceber a perspectiva da pessoa (14,66%)	<p>“Acima de tudo tentava perceber o que ele desejava, caso isso fosse possível. Mas muito possivelmente aceitava a eutanásia.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Eu não era capaz de tomar uma decisão tão séria e definitiva por ninguém, por mais querida que me fosse.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Não seria capaz de decidir, iria necessitar de ajuda.” (E.lic_2º ano)</p>
Não sabe (12%)	<p>“Não sei, uma vez que não quero perder um elemento da família, mas depende do tipo de doença.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Não sei, são situações complicadas e só quem vive o momento saberá como lidar com o mesmo” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Neste momento não sei. Só passando mesmo pela situação, pois acredito em não ser uma decisão nada fácil.” (E.lic_3º ano)</p>
Outros (8,01%)	<p>“Nunca pensei nisso.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Nunca pensei muito sobre o assunto, mas tenho sempre esperança que melhore. Infelizmente, tenho um familiar nessa situação e guio-me à fé perante tanto sofrimento, considero que a vida não deve ter fim, como escolha, mas a verdade é que com o tempo e confrontada com essa situação, venho a pensar mais sobre o assunto.” (E.mes_2º ano)</p>

Na questão “*Se fosse familiar de um doente em sofrimento e com uma doença incurável, que atitude tomaria?*” nota-se que 44% dos participantes aceitava a decisão do familiar/doente, 21,33% dos participantes recorreria à eutanásia, 14,6% dos participantes face às dificuldades em decidir, tentaria perceber a perspectiva da pessoa e 12% dos participantes não saberia o que fazer.

Outro aspeto investigado diz respeito à *atitude que tomaria enquanto doente incurável e em sofrimento*. Das respostas dadas observa-se duas grandes tendências, optar pela eutanásia e optar por pôr fim à vida em caso de sofrimento e sem outra especificação. Há também quem não saiba que atitude tomaria, há ainda participantes que optariam por decidir por eles próprios e há ainda quem refira que a sua decisão dependeria da vontade da sua família, tal como se observa na Tabela 9.

Tabela 9: Posição dos participantes face à eutanásia para si próprio

Categories	Extratos demonstrativos
Opção por eutanásia (45,33%)	<p>“Se estivesse na posição de doente incurável tomaria a decisão da eutanásia, preferia morrer do que ter uma vida de sofrimento e com uma má qualidade de vida.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Optaria pela eutanásia.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Tomaria a atitude de pôr fim à minha vida com a eutanásia.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Sem dúvida que recorria à eutanásia, preferia tudo que o sofrimento de vários anos.” (E.lic_3º ano)</p>
Opção de pôr fim à vida em caso de sofrimento, sem outra especificação (22,67%)	<p>“Provavelmente decidiria pôr fim à vida para acabar com o sofrimento.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Procuraria morrer, sem sofrer.” (E.mes_2º ano)</p> <p>“Sem dúvida que se estivesse nessa posição seria mais fácil decidir pôr termo à minha própria vida.” (E.mes_2º ano)</p>
Não sabe (17,34%)	<p>“Não sei o que faria.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Não sei, só quando acontecesse é que saberia.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Não sei mesmo o que faria, acho que não conseguia por fim à minha vida.” (E.lic_3º ano)</p>
Opção de decidir por si próprio (5,33%)	<p>“Gostava que me fosse dada a opção de decidir até que ponto quero, ou não, viver!” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Deixaria um testamento vital com a minha vontade de morrer, as condições que eu queria e a presença das pessoas que eu queria.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Já pensei no testamento vital e realizá-lo não me assusta. Prefiro uma morte rápida e indolor até ao último segundo.” (E.mes_2º ano)</p>
Decisão depende da vontade da família (5,33%)	<p>“Dependeria da vontade e apoio da minha família, de como lidava com a doença e da qualidade de vida que possuía com a mesma.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Se estivesse a prejudicar os meus não tinha dúvidas que optava pela eutanásia, caso contrário não o faria.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Eu tomava a decisão menos dolorosa para a minha família.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Embora quisesse muito viver se o sofrimento fosse insuportável para mim e para a minha família considerava a eutanásia.” (E.lic_2º ano)</p>
Outros (4%)	<p>“Exatamente o mesmo que respondi na questão 12 do presente inquérito” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Mesma resposta que a 7.” (E.lic_2º ano)</p>

Na questão “*Consideremos que estava na posição de doente incurável, em sofrimento, que atitude tomava?*” verificou-se que 45,33% dos participantes optaria pela eutanásia, 22,67% dos participantes optaria por pôr fim à vida em caso de sofrimento, sem outra especificação, 17,34% dos participantes não saberia o que fazer, a decisão de 5,33% dos participantes dependeria de si próprio através do Testamento Vital, ou seja, seria o próprio a decidir sobre o que aconteceria e 5,33% dos participantes a decisão dependeria da vontade da família.

Em linha com as respostas anteriores, verifica-se um assunto importante, o decidir por si próprio, para os participantes o Testamento Vital é o instrumento, que sendo legal em Portugal, lhes permite especificar as condições e desejos que gostariam de ver cumpridos. Em Portugal, de acordo com Artigo 2º. na Lei nº25/2012, de julho, o Testamento Vital é documento unilateral e livremente revogável pelo próprio, sendo maior de idade e capaz, não se encontrando interdito ou inabilitado por anomalia psíquica, é possível manifestar antecipadamente a sua vontade

consciente, livre e esclarecida, no que diz respeito aos cuidados de saúde que deseja receber ou não, caso se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

Relativamente à eutanásia enquanto *tema tabu*, das respostas dadas, observa-se que por um lado, para os participantes a eutanásia é um tema tabu, argumentando a sua resposta e por outro lado a eutanásia não é um tema tabu, mas sim um tema controverso de ser abordado, tal como se verifica na Tabela 10.

Tabela 10: A eutanásia enquanto tema tabu

Categorias	Extratos demonstrativos
Tabu decorrente de vários preconceitos (53,34%)	<p>“Sim, sem dúvida, caso não fosse era algo aceitável no país.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“De certa forma sim, pois existe muita gente que não está disposta a falar desse assunto abertamente.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Sim, principalmente nos países gravemente influenciados por ideologias conservadoras e/os religiosos.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“A eutanásia é um tema tabu e ainda não aceite por parte da sociedade.” (E.lic_3º ano)</p>
Não tabu, mas assunto controverso (38,66%)	<p>“Não, apenas para os mais velhos (alguns) e para as pessoas mais conservadoras.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Não acho que seja tabu, apenas pouco abordado e por isso que gera confusão e talvez controvérsia. Vivemos ainda numa sociedade um pouco fechada, com pouca abertura para a discussão destes temas.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Não, mas deveria ser mais abordado.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Não acho que seja um tema tabu, mas é um tema muito delicado.” (E.lic_3º ano)</p>
Outros (8%)	<p>“Considero que já foi mais, mas que por alguns ainda é um tema estúpido e proibido de se conversar.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Ainda é um tema complicado de se falar.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Para a maioria ainda é um tema pouco debatido, falado com algum receio.” (E.mes_2º ano)</p>

Quanto à questão “*Considera a eutanásia um tema tabu?*”, nota-se que 53,34% dos participantes consideram a eutanásia um tema tabu, apresentando também argumentos que complementam a sua resposta, referindo que este tema é tabu pois ainda existe pessoas que não estão dispostas a falar sobre o tema, que não é um assunto aceite por parte da sociedade, que há muitos preconceitos relativos a este tema e que é um assunto pouco falado pois não há muita informação. Verifica-se que 38,66% dos participantes referem que não se trata de um tema tabu complementando a sua resposta explicando que para a geração mais jovem não é um assunto tabu, mas que deveria de ser mais abordado e que deveria haver mais informação para que as pessoas conseguissem falar abertamente, contudo é de referir ainda que a eutanásia é tema controverso de ser falado, sendo ainda um tema proibido e sensível.

A eutanásia sendo um assunto difícil de abordar, com vários preconceitos associados e visto também como um tema controverso divide opiniões. Como refere Marchioli (2014), a eutanásia é um tema delicado, que gera polémica e divide opiniões, pois vai contra o que se considera normal e aceitável pelo bom senso humano, com impacto a nível moral, ético, social, religioso, médico e jurídico.

Relativamente a outro aspeto investigado, a *legalização da eutanásia em Portugal*, verifica-se que nas respostas dadas a maioria dos participantes é claramente a favor da legalização da eutanásia. No entanto, há quem refira que a legalização depende das circunstâncias e que são a favor da legalização, mas com restrições, tal como se observa na Tabela 11.

Tabela 11: Legalização da eutanásia em Portugal

Categorias	Extratos demonstrativos
Claramente a favor (65,34%)	<p>“Sou a favor da legalização.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Na minha opinião deve ser legalizada.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Sou a favor.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Deveria ser legalizada.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Acho que devia ser legalizada.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Concordo com a legalização.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Sou a favor” (E.mes_2º ano)</p>
Depende das circunstâncias (18,66%)	<p>“Depende muito das condições e critérios existentes na legalização. A vida é algo demasiado preciosa e acabar com ela não deveria ser acessível a toda a gente só porque sim, nem antes serem realizados exames físicos e psicológico rigorosos.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Antes não concordava, mas atualmente talvez faça sentido em determinadas situações.” (E.mes_2º ano)</p>
A favor com restrições (16%)	<p>“Deveria ser legal principalmente para aquelas pessoas que estão a sofrer por ter doenças que não tem cura.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Penso que deveria ser legalizada, contudo só deveria ser permitida a quem tem uma doença incurável ou esteja em sofrimento.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Acho que devia ser legalizada apenas para doentes em fase terminal e com doenças incuráveis.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Considero que deve ser legalizada em casos de sofrimento extremo ou doenças incuráveis.” (E.mes_2º ano)</p>

Quanto à questão “Qual a sua opinião relativamente à legalização da eutanásia em Portugal?”, verificou-se que 65,34% dos participantes são claramente a favor da eutanásia, 18,66% dos participantes referem são a favor da legalização mas depende das circunstâncias, ou seja, que depende das condições e critérios existente e 16% dos participantes são a favor da eutanásia, mas com restrições, referindo que esta só deveria ser legal em casos específicos, tais como: sofrimento extremo, doenças incuráveis e pessoas em fase terminal.

Para os participantes, a legalização da eutanásia é importante e necessária, sendo que a prática da mesma deve ter em atenção determinadas circunstâncias e restrições. Para Kovács (2003), a legalização da eutanásia permite à pessoa tomar decisões acerca da sua própria vida, sendo essencial ouvir a opinião da pessoa que quer terminar a sua vida com dignidade. Um estudo da EUROSONDAGEM para o Expresso realizado em Portugal, em 2016, refere que 67,4% da população defende a legalização da eutanásia, contudo para que este debate da morte assistida em Portugal ocorra é necessário primeiro uma definição clara dos termos e que haja um esclarecimento da população (Saraiva, 2016).

De forma sucinta, a eutanásia diz respeito à opção voluntária e/ou consentida de pôr fim à vida, sendo que os participantes são claramente a favor desta prática. Face a uma situação de escolha, visto que um familiar se encontraria com uma doença incurável e em sofrimento, os participantes aceitariam a decisão do seu familiar/amigo. Caso fossem eles em situação de sofrimento e com uma doença incurável optariam pela eutanásia. Verificou-se ainda que a eutanásia é um assunto tabu decorrente de vários preconceitos pré-existentes. Quando à legalização é da opinião de todos os participantes que a eutanásia deveria ser legal em Portugal, mas dependeria das circunstâncias e teria restrições.

Tema 3 – O suicídio medicamente assistido na perspetiva dos participantes

Relativamente a este assunto, e partindo da questão “*O que entende por suicídio medicamente assistido?*”, observa-se que as repostas dos participantes podem ser organizadas em várias categorias (consultar Tabela 12).

Tabela 12: A representação social do suicídio medicamente assistido na perspectiva dos participantes

Categorias	Extratos demonstrativos
Morte sem dor e com ajuda (27,41%)	<p>“É uma forma de morrer sem sentir dor.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Morrer ao lado de outra pessoa.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Forma de morrer com alguém a ver.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“É uma morte menos dolorosa.” (E.lic_3º ano)</p>
Ação do próprio que toma medicamentos para morrer (26,03%)	<p>“Própria pessoa toma medicamentos, acompanhado por médicos para morrer.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“O suicídio medicamente assistido é a própria pessoa administrar medicação para morrer, porém com um especialista a acompanhar” (E.lic_3º ano)</p> <p>“É um suicídio praticado com ajuda de um médico que vai fazer e indicar doses e remédios fatais para a pessoa em causa administrar a si própria.” (E.lic_3º ano)</p>
Situação idêntica à eutanásia (19,18%)	<p>“Penso que é como a eutanásia, mas com um nome mais assustador.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“É basicamente a eutanásia, mas com o apoio de um médico.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Entendo que é um ato relacionado com a eutanásia com a diferença que a pessoa de livre vontade pode acabar com o sofrimento e decide acabar com a própria vida.” (E.mes_2º ano)</p>
Não sabe (10,95%)	<p>“Não sei, nunca ouvi falar sobre isso.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Já li algumas coisas sobre este tema, mas não tenho uma opinião formada.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Penso que seja manter a situação até chegar à morte, mas não sei bem, tenho algumas dúvidas.” (E.mes_2º ano)</p>
Direito/opção de pôr fim à vida (10,95%)	<p>“O terminar da vida de forma voluntária, consciente” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Alguém que quer morrer e toma essa decisão.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“A própria pessoa toma a liberdade de se suicidar medicamentosamente sempre com um especialista a controlar e a assistir” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Suponho que seja o próprio doente e querer pôr fim à vida, mas pede ajuda a um profissional de saúde que o assista neste processo.” (E.mes_2º ano)</p>
Outros (5,48%)	<p>“Concordo.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Ao contrário da eutanásia (que é realizada com equipa médica), o suicídio medicamente assistido é quando o doente recorre a este método sem qualquer apoio médico.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Penso que o suicídio é diferente da eutanásia, pois o suicídio pode ser realizado sem existir uma situação de doença terminal, mas pode surgir de uma depressão grave e não ser decidido numa altura em que a pessoa esteja consciente do que vai fazer.” (E.mes_2º ano)</p>

O conceito de suicídio medicamente assistido, para os participantes consiste na morte sem dor e com ajuda (27,41%), na ação do próprio que toma medicamentos para morrer (26,03%), numa situação idêntica à eutanásia (19,18%), há 10,95% dos participantes não sabe em que consiste o conceito e é um direito/opção de pôr fim à vida (10,95%).

Tal como referem os participantes o suicídio medicamente assistido permite uma morte sem dor e com ajuda, sendo a ação do próprio, na toma de medicamentos que causa a morte. De acordo com Cruz e Oliveira (2013), o suicídio medicamente assistido ocorre quando a ação do próprio indivíduo causa a sua morte, sendo a decisão tomada quando este se encontra gravemente doente e pode escolher pôr fim à própria vida, através de medicamentos. Importa referir que para os participantes o suicídio medicamente assistido é similar à eutanásia, no entanto como refere Oliveira (2012), estas práticas diferenciam-se na realização do seu ato, sendo que o suicídio medicamente assistido é realizado pela própria pessoa enquanto que a

eutanásia é realizada por terceiros. Mas, por outro lado, podemos considerar que há de facto similaridades entre as práticas pois ambas têm como finalidade a morte digna da pessoa e acabar com a dor e sofrimento.

No que diz respeito a outro aspeto investigado, quando à *atitude que tomaria enquanto doente incurável e em sofrimento*, das respostas dadas observa-se uma grande tendência, que sim, os participantes recorreriam ao suicídio medicamente assistido. Há participantes que não saberiam o que fazer, há também quem consideraria o suicídio medicamente assistido, mas dependeria das circunstâncias e há participantes que não consideraria o suicídio medicamente assistido, tal como se pode observar na Tabela 13.

Tabela 13: Ações e comportamentos enquanto doente incurável e em sofrimento

Categorias	Extratos demonstrativos
Sim ao suicídio medicamente assistido (50%)	<p>“Sim, se estivesse nessa situação eu não iria querer passar o resto da “vida” em sofrimento.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Apesar de saber que as pessoas iriam sofrer com a minha partida, sim, ponderaria.” (E.mes_2º ano)</p> <p>“Sim, ponderaria pois não suporto/suportaria tal sofrimento sabendo que nunca iria melhorar, que não teria solução a não ser sofrer para sempre. Assim, preferia morrer.” (E.mes_2º ano)</p> <p>“Sim, quando alguém está a sofrer e sabe que a doença é incurável, qualquer solução para deixar de sofrer é boa.” (E.mes_2º ano)</p>
Não sabe (18,05%)	<p>“Não sei.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Não consigo responder” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Não sei.” (E.lic_2º ano)</p>
Dependendo das circunstâncias (15,29%)	<p>“Provavelmente sim.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Sim, acima de tudo pensaria em mim, porém dependeria muito daquilo que sentisse no momento, se o sofrimento fosse ou não possível de aguentar.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Se estivesse desesperada por tanto sofrimento, sim ponderaria o suicidio medicamente assistido.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Se não tivesse cura e sofresse muito que não aguentasse as dores e a medicação, sim, pediria o suicídio medicamente assistido.” (E.mes_2º ano)</p>
Não ao suicídio medicamente assistido (11,11%)	<p>“Não, por muito mais sofrimento que estivesse a passar, a esperança é a última a morrer. Iria lutar até morrer, porque saberia que enquanto pude fiz tudo o que estava ao meu alcance.” (E.lic_1º ano)</p> <p>“Não.” (E.lic_2º ano)</p> <p>“Nunca.” (E.lic_2º ano)</p>
Outros (5,55%)	<p>“Como já tinha afirmado na pergunta 8, não tenho opinião certa sobre o assunto.” (E.lic_3º ano)</p> <p>“Sendo o mesmo respondido na questão 8.” (E.lic_3º ano)</p>

Como se pode observar na tabela anterior, os participantes responderam a uma questão relativa ao suicídio medicamente assistido. Na questão *“Consideremos que estava na posição de doente incurável e em sofrimento, ponderaria o suicídio medicamente assistido?”*, verificou-se que 50% dos participantes considerariam o suicídio medicamente assistido, 18,05% dos participantes não saberiam o que fazer perante a situação, 15,29% dos participantes afirma considerar o suicídio medicamente assistido, mas dependeria das circunstâncias e 11,11% dos participantes não consideraria praticar este ato. A investigação sobre a prática do suicídio

medicamente assistido diz-nos que no estudo de Brandalise, Remos, Carvalho e Bonamingo (2018), 45% dos participantes solicitaria a ajuda de alguém para acelerar o seu processo de morte, em caso de doença terminal e sofrimento insuportável.

Em suma, no tema suicídio medicamente assistido o seu conceito diz respeito a uma morte sem dor e com ajuda sendo executada pelo próprio que toma medicamentos para morrer. E em caso de se encontrar em sofrimento extremo e com uma doença incurável, os participantes considerariam praticar o suicídio medicamente assistido, pois não queriam passar o resto da vida a sofrer.

No seguimento dos resultados apresentados, segue-se uma discussão global dos principais achados neste estudo. Serão ainda apresentadas as limitações do estudo, bem como as implicações para a investigação e para a prática gerontológica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a apresentação dos resultados, importa agora discutir os principais achados deste estudo, tendo como referência o objetivo do estudo: identificar as representações sociais acerca da morte, eutanásia e suicídio medicamente assistido em estudantes da pré e pós-graduação em Gerontologia.

O presente estudo inclui 75 participantes da pré e pós-graduação em Gerontologia, o que corresponde a uma taxa de participação de 76%, relativamente aos inscritos nos serviços académicos no ano letivo 2018/2019. Observa-se que a taxa de participação da licenciatura em Educação Social Gerontológica é de 64% e a do mestrado em Gerontologia Social é de 75%. Importa referir ainda que os participantes são maioritariamente do género feminino (97%). Quanto à idade, observa-se que na licenciatura em Educação Social Gerontológica, a média de idades dos estudantes varia entre os 19 anos (1º ano) e 25 anos (3º ano). A média de idades dos estudantes de Gerontologia Social é de 27 anos (mínimo 22 anos e máximo 45 anos).

Relativamente ao tema em estudo, a análise de conteúdo da informação recolhida permitiu identificar três grandes domínios temáticos: eutanásia, suicídio medicamente assistido e morte. Estes três temas desdobram-se em várias categorias, as quais são apresentadas e discutidas em seguida.

No que diz respeito à eutanásia, para os participantes significa uma opção voluntária e/ou consentida de pôr fim à vida (41,33%), sendo uma prática médica que retira a vida (20,01%), permitindo acabar com a dor e com o sofrimento (18,66%). De acordo com Suski (2012) o conceito moderno de eutanásia, segundo as práticas médicas, consiste na ação ou omissão de cuidados devidos, necessários e eficazes, destinado a produzir a morte de um doente terminal, a fim de eliminar o seu sofrimento, sendo um ato de liberdade onde a pessoa pode exercer o direito de decidir pôr fim à sua vida. Nota-se que no caso dos participantes neste estudo não há referência à omissão de cuidados. Esta prática, no entender dos participantes diz respeito a ser uma morte medicamente assistida (14,66%). Segundo Nunes, Madeira e Silva (2018) a morte medicamente assistida é o envolvimento médico em medidas concebidas intencionalmente para pôr fim à vida de uma pessoa, sendo que a administração de fármacos feita pelo médico ou outro profissional diz respeito à eutanásia. É importante salientar que para alguns participantes a eutanásia diz respeito ao suicídio medicamente assistido (2,67%), ou seja, é uma forma de suicídio medicamente assistido. O que pode ser entendido como simplificação do assunto, uma vez que os peritos estabelecem a diferença relativamente a quem pratica o ato. Contudo, tal como podemos constatar pela literatura no domínio e de acordo com Oliveira (2012), a eutanásia diferencia-se no suicídio medicamente assistido na realização do seu ato, sendo que a eutanásia é realizada por terceiros e o suicídio medicamente assistido é realizado pela própria pessoa.

Como se pode verificar, os participantes são claramente a favor da legalização da eutanásia (58,90%). Contudo, há participantes que referem que são a favor da legalização da eutanásia, mas com restrições (21,91%), em que, por exemplo, a eutanásia só deveria ser legalizada em casos de doenças incuráveis, de sofrimento extremo e quando a medicina já não

“consegue curar”. Tal como refere Kovács (2003), o debate sobre a legalização da eutanásia está cada vez mais presente, sendo que o pedido para discriminar a eutanásia aparece quando se vê casos extremos, em que tanto a manutenção incitada da vida, como o apressamento da morte, em que o argumento principal para a legalização da eutanásia é o princípio da autonomia, em que as pessoas têm direito moral de tomar decisões a respeito das suas próprias vidas e que a lei deveria respeitar este direito.

Além disso, verifica-se que para os participantes a legalização da eutanásia depende também das circunstâncias (15,09%), ou seja, que é preciso ter em atenção as condições e os critérios existentes para a legalização. Por último, há os participantes não têm uma opinião formada sobre o assunto (4,10%). Na perspectiva dos participantes, a eutanásia é uma opção voluntária e consentida de pôr fim à vida, acabando com a dor sofrimento da pessoa, sendo uma morte medicamente assistida realizada por prática médica. De acordo com Jylhänkangas, Smets, Cohen, Utriainen e Deliens (2014), as descrições da eutanásia são construções culturais e que evoluíram ao longo dos anos, dependendo do ambiente cultural e social. No seu estudo, os autores pretenderam através da abordagem representacional entender a natureza das concepções de eutanásia, em dois grupos diferentes (médicos e profissionais religiosos). Um dos achados deve-se ao facto de que algumas das representações da eutanásia sobrepuseram-se e puderam ser encontradas nos dois grupos, como a importância do alívio da dor e a autonomia do indivíduo. Dessa forma, as representações sociais da eutanásia serviram para controlar o medo que a eutanásia causaria. Numa cultura ocidental cada vez mais individualizada, a experiência e o treino podem ter uma influência mais forte nas atitudes e práticas dos profissionais médicos do que nas convicções religiosas ou ideológicas pessoais. É importante referir ainda que os participantes são claramente a favor da legalização da eutanásia, mas tendo sempre em consideração os critérios e as circunstâncias em que é aplicada. Ou seja, são a favor da legalização da eutanásia, mas com limitações.

Quando se trata de familiares de um doente em sofrimento e com uma doença incurável, verifica-se uma diversidade de opiniões e formas como atuariam perante a situação. Constatou-se que a grande maioria dos participantes aceitaria a decisão do familiar/doente (44%), sendo essa a decisão de recorrer ou não à eutanásia, respeitariam, apoiariam e compreenderiam a decisão tomada pelo familiar e o que é que ele deseja, tendo sempre em consideração o outro (familiar/doente) e com o objetivo de acabar com o seu sofrimento. Há participantes que recorreriam à eutanásia (21,33%) com o intuito de terminar com o sofrimento e a dor do familiar/doente, caso a última decisão fosse deles, sendo que a eutanásia é uma prática à qual estão de acordo que seja realizada. Existem participantes que seriam incapazes de decidir e tentariam perceber a perspectiva da pessoa (14,66%), referindo que não eram capazes de tomar uma decisão tão definitiva sem o consentimento da pessoa em causa e que necessitariam eles próprios de ajuda para tomar a decisão. Verifica-se ainda que há participantes que não sabem o que fazer (12%), não sabem que atitude tomariam, pois, só estando/passando pela situação é que saberiam o que fazer, referindo mesmo que este tipo de decisões são difíceis de serem

tomadas, em situações complicadas que provocam muita dor quer para a família quer para o familiar/doente.

Quanto à atitude que os participantes teriam caso fossem eles que se encontrassem em sofrimento e com uma doença incurável, constatou-se que a grande maioria optaria pela prática da eutanásia (45,33%), referindo que preferiam morrer do que ter uma vida em sofrimento e com má qualidade de vida, que o sofrimento que a doença iria causar a si e nos próximos não era uma forma de viver, os participantes optariam por esta prática para que nem eles nem a família sofressem, que esta seria a opção caso não houvesse cura para a doença e não houvesse forma de aguentar a dor física e psicológica, seria assim uma forma digna de morrer.

Há participantes que optariam por pôr fim à vida em caso de sofrimento (22,67%), referindo que tomariam esta decisão pois não queriam sofrer mais. Verificou-se ainda que há participantes que não saberiam o que fazer (17,34%) perante uma situação de doença incurável e em sofrimento, referindo que só passando pela situação é que eventualmente saberiam o que fazer.

Face a uma situação como esta, há participantes que optariam por decidir por si próprios (5,33%), explicitando que gostariam que lhes fosse dada a opção de decidir até que ponto querem ou não continuar a viver, pois a sua decisão ficaria explícita no seu testamento vital com todas as condições e desejos. Esta ação referida por parte dos participantes de antecipar a sua vontade através do Testamento Vital é de salientar, visto que, de acordo com o Artigo 2º. na Lei nº25/2012, de 16 de julho o Testamento Vital é o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso, por qualquer razão, se encontre incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.

É possível constatar ainda que para alguns participantes a sua decisão dependeria da vontade da sua família (5,33%), sendo que gostariam de ter o apoio da família para conseguir lidar com a situação, que não queriam prejudicar os seus e dessa forma optariam pela eutanásia. Referiram ainda que a sua decisão seria a menos dolorosa para a sua família e que não queriam sofrer nem causar sofrimento aos seus.

Note-se que a maioria dos participantes recorreria à eutanásia, especificando ainda que recorreriam a esta prática em casos mais particulares de pôr fim ao sofrimento. Este achado corrobora com o achado do estudo realizado por Brandalise, Remor, Carvalho e Bonamingo (2018), aos profissionais e académicos da área da saúde, em que se verificou que 63% dos participantes solicitariam a ajuda de alguém para acelerar o seu processo de morte, caso fossem portadores de uma doença terminal, em que sofrimento fosse insuportável, sendo que 57% dos participantes solicitaria a eutanásia e 45% cometeria o suicídio medicamente assistido.

Quanto ao tema da eutanásia ser considerada um assunto tabu, verificou-se que para a maioria dos participantes este tema é um tema tabu decorrente de vários preconceitos (53,34%), pois ainda existem muitas pessoas que não estão dispostas a falar abertamente sobre o assunto,

que num país religioso como Portugal há muita influência das ideologias religiosas e conservadoras. A eutanásia não é um tema aceite por parte da sociedade, que falar sobre a morte é um tema que nos causa muito sofrimento e que esta prática vai contra muitos princípios, não é um assunto muito falado/explorado, não havendo muita informação e conseqüentemente quando as pessoas não sabem o significado deste conceito formam uma ideia errada acerca do mesmo, com conotação negativa.

Por outro lado, há participantes que referem que a eutanásia não é um tema tabu mas sim um assunto controverso (38,66%), pois é difícil de se falar, proibido de se conversar, um tema sensível para ser abordado numa sociedade enraizada com valores católicos como a portuguesa, sendo acima de tudo um tema que gera controvérsia pois está associado ao “colocar termo à vida”, havendo conseqüentemente um receio da prática desta ação e não existindo consenso. Embora o tema esteja a ser falado constantemente há pessoas pouco informadas, e conseqüentemente a informação que existe acaba por não ser bem divulgada, pois na geração mais jovem não se trata de um tema tabu. Os participantes referem ainda que a eutanásia só se torna um tema tabu pois as pessoas tem medo de falar sobre o assunto e do que possam pensar sobre elas. Trata-se de um tema tabu delicado para o qual existe pouca informação e que deveria ser mais abordado de forma a contrariar o medo que sentem ao falar sobre o tema.

A conotação negativa associada a este tema provoca medo levando a uma não abordagem do mesmo e a conceptualização de informações erradas sobre o seu conceito e prática. É necessário reformular estas conceções adquiridas, estas representações sociais presentes na nossa sociedade e um bom ponto de partida seria modificar o termo eutanásia para outro termo, que não provocasse tanto medo, para “auxílio médico para morrer com dignidade”. De acordo com Papalia e Feldman (2013), o termo eutanásia deve ser substituído por “auxílio para morrer”. Tal como se pode verificar pelos participantes o termo eutanásia é por vezes conotado negativamente, uma vez que há uma ideia preconcebida do seu significado. Podemos referir que as representações sociais associadas a este termo que tem o propósito de colocar termo à vida, causa medo só em falar sobre o assunto e por ser um tema sensível e controverso agrava ainda mais a tentativa de modificar a informação pré-existente sobre o conceito de forma educada.

Posto isto, verifica-se uma oposição quanto à opinião sobre a eutanásia, sendo que para alguns participantes a eutanásia é um tema tabu, mas outro não o é. De acordo com Marchioli (2014), a eutanásia é um tema bastante delicado, que divide opiniões e gera muita polémica, visto que o que se trata de algo que vai contra o que se considera normal e aceitável pelo bom senso humano, com repercussão nas esferas moral, ética, social, religiosa, médica e jurídica, tratando-se de algo indispensável e essencial a todos, ou seja, a vida. Ou seja, este é um assunto que tem múltiplas facetas.

Quanto à legalização da eutanásia em Portugal, é possível verificar que a grande maioria dos participantes é claramente a favor da legalização (65,34%). Para os participantes a eutanásia já deveria ser legal no nosso país, permitindo assim às pessoas terem a oportunidade de escolher entre a vida e a morte, permitindo acabar com o sofrimento desnecessário, acelerando

o processo da morte e diminuindo a dor. A legalização permite poupar o sofrimento aos doentes e aos familiares, dando ao indivíduo a possibilidade de escolher, sendo livre para poder fazer as suas escolhas, essencialmente a legalização da eutanásia permite ao indivíduo ter o direito de decidir o que fazer com a sua vida, pois só ele é que pode avaliar se quer ou não continuar a viver, sendo uma decisão a ser tomada de forma responsável e consciente. De acordo com Kovács (2003), um dos argumentos principais da legalização da eutanásia é o princípio da autonomia, ou seja, as pessoas têm direito moral de tomar decisões a respeito das suas próprias vidas e que a lei deveria respeitar este direito. É essencial ouvir a opinião da pessoa que quer terminar a sua vida com dignidade, contudo cada vez mais é necessário desenvolver diretrizes futuras, tais como, testamentos vitais e os poderes legais, pois podem ser usados para decisões sub-rogadas, quando a pessoa não pode mais falar de si e por si.

Verifica-se que para os participantes a legalização da eutanásia deverá depender das circunstâncias (18,66%), ou seja, que deveria haver critérios e condições a cumprir, exames físicos e psicológicos a realizar, a eutanásia seja ponderada em casos de sofrimento desumano, sendo uma prática livre para quem o desejasse mas só depois de cumprir uma série de procedimentos que confirmassem realmente essa vontade.

Os participantes referem ainda que são a favor da legalização da eutanásia mas com restrições (16%), isto quer dizer que a eutanásia deveria ser legalizada mas só aplicada em casos de doenças incuráveis e de grande sofrimento, pois ninguém tem o direito de decidir que a pessoa deve viver em sofrimento, ser aplicada a qualquer pessoa mais de 18 anos, sem nenhuma doença mental e ainda em doentes em fase terminal.

Note-se que todos os participantes são a favor da legalização da eutanásia em Portugal, sendo que especificam ainda em que situações deveria ocorrer, quem deveria beneficiar desta prática e há uma especial atenção ao facto de esta prática permitir terminar com a dor e o sofrimento que a pessoa possa estar a sentir, independentemente de ter uma doença incurável ou estar em fase terminal. De acordo com Saraiva (2016), em relação a Portugal, segundo um estudo de 2016 da EUROSONDAGEM para o Expresso, 67,4% da população portuguesa defende a legalização da eutanásia, com apenas 22,1% contra. O debate da morte assistida em Portugal é real e a possibilidade da eutanásia ser legalizada também, como eutanásia ativa e/ou como suicídio medicamente assistido. Mas, para que este debate ocorra numa plataforma de entendimento entre todos os intervenientes ativos (que participam no debate) e passivos (que assistem ao debate), deve haver em primeiro lugar uma definição clara dos diversos termos utilizados e dos diversos tipos de morte assistida e eutanásia, devendo também desenhar e clarificar fronteiras entre os diversos tipos de eutanásia.

No que diz respeito ao suicídio medicamente assistido, é de salientar que estamos perante uma morte sem dor e com ajuda (27,41%). Para os participantes esta prática permite pôr termo à vida com supervisão médica e tem como finalidade acabar com o sofrimento e a dor, onde há a possibilidade de morrer sem sentir dor e de forma controlada, acabando com o sofrimento do doente e da família, com a ajuda dos profissionais médicos.

O suicídio medicamente assistido, para os participantes diz respeito à ação do próprio que toma medicamentos para morrer (26,03%), em que a própria pessoa toma medicamentos, sendo acompanhada por médicos. Para Nunes, Madeira e Silva (2018), o suicídio medicamente assistido consiste num médico ajudar intencionalmente uma pessoa a terminar a sua vida fornecendo drogas para autoadministração, a pedido voluntário e competente dessa pessoa. Os participantes referiram que o conceito de suicídio medicamente assistido é uma situação idêntica à eutanásia (19,18%), ou seja, observa-se aqui alguma falta de discriminação dos dois atos, eutanásia e suicídio medicamente assistido. Contudo, o mesmo não se pode verificar na literatura do domínio, uma vez que, de acordo com Oliveira (2012), o suicídio medicamente assistido é o ato em que um doente solicita ajuda médica para realizar o ato, ou seja, diferencia-se da eutanásia pelo facto que quem realiza o ato final que ocasiona a morte é o próprio agente, enquanto que na eutanásia o agente causador da morte é outra pessoa. Verificando-se assim que o que diferencia estes dois atos é precisamente quem age por último na ação que ocasiona a morte do doente. Há ainda participantes que não sabem em que consiste o conceito (10,95%), referindo que nunca leram sobre o assunto, tendo dúvidas sobre o tema e nunca ouviram falar sobre o suicídio medicamente assistido.

Quando à atitude que os participantes teriam caso se encontrassem em sofrimento e com uma doença incurável, é possível constatar que a maioria dos participantes recorreriam ao suicídio medicamente assistido (50%), referindo não gostariam de passar o resto da vida em sofrimento e que se há uma solução para deixar de sofrer então optariam por ela. Há participantes que perante a situação não saberiam o que fazer (18,05%), pois só estando na situação é que se pode agir.

Os participantes referem que para considerarem o suicídio medicamente assistido, teria que depender das circunstâncias (15,29%) em que se encontrariam, do que estivesse a sentir no momento, se o seu sofrimento fosse possível de aguentar e se já não tivesse cura e o sofrimento fosse extremo. Verifica-se que há participantes que não considerariam o suicídio medicamente assistido (11,11%), uma vez que a esperança é a última a morrer, apesar do sofrimento, não teriam coragem nem seriam capazes de cometer tal ato.

Podemos contatar que a maioria dos participantes do presente estudo recorreria ao suicídio medicamente assistido, sendo que este achado vai ao encontro do estudo realizado por Brandalise, Remor, Carvalho e Bonamingo (2018), mencionado anteriormente, que no que diz respeito ao suicídio medicamente assistido constatou-se que 45% dos participantes solicitaria a ajuda de alguém para acelerar o seu processo de morte, em caso de doença terminal e sofrimento insuportável.

Assim, a morte assistida no seu entender deveria ser aplicada a pessoas que cumpram os seguintes requisitos: estar em sofrimento extremo, com dor insuportável, com doenças incuráveis, e em fase terminal da vida. O que nos permite entender que independentemente da idade, a pessoa tem o direito de decidir sobre a sua própria vida e de que maneira deseja morrer, podendo usar o Testamento Vital como forma de assegurar que as suas vontades e diretrizes são concretizadas, como foi referido pelos participantes.

Reconhece-se nos mais velhos a capacidade de adaptação às transformações que acompanham o seu percurso de envelhecimento para que este não se traduza, necessariamente numa fase de infelicidade (Ferreira, 2015).

Nos países como a Holanda e a Bélgica, onde a prática da eutanásia é legal, o número de casos reportados, em 2017 e 2018, são mais elevados em idades compreendidas entre os 70 e 80 anos e 80 e 90 anos, havendo mesmo casos centenários que pediram ajuda para morrer.

Na Holanda, desde a legalização da eutanásia em 2002, que o número de mortes por eutanásia no país aumentou 22,5% em 2018, comparativamente a 2002. Isto não se deve apenas ao aumento do número de casos reportados, mas também é secundário ao aumento do número de pedidos de eutanásia e ao aumento de pedidos aceites. Em 2018, o maior número de notificações de eutanásia (32,4%, 1986 casos) ocorreu na faixa de idades entre 70 e 80 anos, seguido por idades entre 80 e 90 anos (23,5%, 1442 casos) e idades entre 60 e 70 anos (22,2%, 1363 casos). Verificou-se que 68 notificações foram recebidas na faixa etária de 18 a 40 anos. Em 42 desses casos, o motivo do sofrimento foi o cancro, e em 10 casos foram doenças mentais. Na categoria demência, o maior número de notificações incluiu pessoas entre 80 e 90 anos (60 notificações). Na categoria psiquiatria, houve 16 notificações tanto em pessoas entre 50 e 60 anos quanto em pessoas entre 60 e 70 anos. Na categoria "acumulação de doenças da terceira idade", a maioria das notificações corresponde aos 90 anos ou mais (139 notificações) (Regional Euthanasia Review Committees, 2018).

No caso da Bélgica, em 2017, foram praticados 4337 de morte assistida (eutanásia), sendo que 50,9% eram homens e 49,1% mulheres. No que diz respeito à idade, é possível verificar que o maior número de casos sucede nas idades entre os 80 e 89 anos (28,8%), dos 70 a 79 anos (26,2%) e dos 60 a 69 anos (20,7%). Verifica-se ainda que 10,3% das pessoas tinham idades entre os 90 e 99 anos, havendo mesmo centenários entre os praticantes (0,3%). Quanto ao motivo, constatou-se que 61,4% sofria de cancro, 19,1% de patologias, 7,8% de doenças que afetam o sistema nervoso, 3,4% a doenças a nível do aparelho circulatório e 3% a nível do aparelho respiratório (Federal Commission for Control and Evaluation of Euthanasia, 2017).

Como se pode constatar, quer na Holanda, quer na Bélgica, a eutanásia é mais elevada nas pessoas mais velhas, entre os 70 e 80 anos e os 80 e 89 anos, havendo mesmo casos de pessoas centenárias que beneficiaram desta prática. Este é um assunto que deve merecer a atenção dos gerontólogos na sua educação e formação, assim como, na prática profissional. No que se refere à prática gerontológica, defende-se a opção por uma abordagem simultaneamente multidisciplinar e biopsicossocial, o que implica assumir a prática gerontológica integrada como um processo faseado, dada a complexidade e multiplicidade dos problemas do ir envelhecendo (Bastos, Faria, Gonçalves & Lourenço, 2015).

A morte, na perspetiva de participantes, é entendida como um acontecimento de vida normativo (77%). Tal como se verifica, segundo Horta (1999), a morte diz respeito à cessação definitiva da vida, sendo que morrer é parte integral da vida e da existência humana. Para os participantes a morte também é percebida como um acontecimento marcado por forte ativação

emocional, tal como a perda (20,30%). Segundo Gomes (2013), a percepção da morte é distinta para cada um de nós, quer pelas suas diversas concepções, crenças e representações, sendo fundamentadas não só na sua ocorrência, mas também no contexto social e familiar em que o indivíduo esteja inserido.

No que diz respeito ao modo como os participantes encaram a morte, constatou-se que para estes a morte pode ser encarada de modo negativo, com neutralidade e de modo positivo.

Os participantes que encaram a morte de modo negativo (46,57%), referem que na sua perspetiva a morte é difícil de ser encarada, uma vez que, causa dor, sofrimento, medo, angústia, tristeza, raiva e é assustadora. Como refere Couto (2016), a morte é vista como uma privação da nossa consciência, mas nunca experienciada, por isso causa angústia e receio do sofrimento que podemos encontrar associado ao processo de morte. Faria, Santos e Patiño (2017), constataam que a generalização da imagem da morte não produz uma maior aceitação, apenas transforma o modo de enfrentá-la, sendo que o temor e o medo da morte justificam a resistência em nos identificarmos com os doentes, em que evitamos aproximarmo-nos deles porque nos obrigariam a enfrentar nossa própria finitude.

Os participantes que encaram a morte com neutralidade (35,61%), referem que a morte é algo que acontece a toda a gente, sendo natural, normal e inevitável. Como refere Horta (1999), morrer é parte integral da vida e da existência humana, tão natural e previsível como nascer, sendo que a morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida. Numa outra perspetiva Ferreira e Costa (2013), referem que a morte abrange toda a existência humana, porém, a sociedade moderna não consegue aceitar tal facto com naturalidade, procurando o consolo com a postergação da mesma, quando na verdade já não há como prolongá-la, em que a necessidade humana de exceder a vontade alheia com os seus sentimentos faz com que não consigamos entender as razões pelas quais alguém é levado a desejar o próprio fim.

Os participantes que encaram a morte de forma positiva (10,95%), afirmam que para eles a morte é aceite, encarada sem medo, com tranquilidade e de forma calma, visto que ninguém pode impedir que esta aconteça. De acordo com o referido pelos participantes, podemos então constatar que para estes a morte positiva diz respeito a uma boa morte, ou seja, segundo Jordão e Leal (2014), o conceito de boa morte baseia-se na perspetiva e experiência de cada um. Uma boa morte é como uma pessoa autónoma quer que seja, dentro dos limites de valores e regras sociais, não é apenas a ausência de sintomatologia física que faz da morte uma boa morte, mas também os aspetos psicológicos, sociais e espirituais. As boas mortes são aquelas em que o sujeito se encontra sem dor, com um elevado grau de controlo, de autonomia e de independência sobre o seu percurso. A pessoa ao refletir sobre a sua própria morte proporciona uma perspetiva mais determinada sobre o que é importante na vida e leva a uma diminuição do medo associado à morte. Uma boa morte envolve uma combinação de fatores, sendo eles a ocorrência de sintomas físicos, sentimentos de luto e de perda, as preocupações existenciais, o apoio da família e da comunidade, a satisfação com a vida e a esperança de uma “boa viagem” após a morte.

Para os participantes, a morte é encarada maioritariamente de modo negativo e neutro. Na perspetiva dos participantes a morte é associada a aspetos negativos, como a dor, sofrimento, medo e como sendo algo que acontece a toda a gente, sendo natural e inevitável. Estas representações sociais que os participantes construíram sobre a morte, está de certa forma interligada ao modo como “vemos” os mais velhos e à forma como a nossa sociedade atua. De acordo com Oliveira e colaboradores (2016), no estudo realizado a estudantes de enfermagem, constatou-se que alguns participantes evidenciaram o entendimento da morte como um processo natural, como o fim de um ciclo, evento que todos os seres humanos terão, inevitavelmente, que enfrentar, atribuindo-lhe diversos significados. Para os participantes cada ser humano tem uma perceção individual dentro de si quanto à morte, isto ocorre pela sua herança cultural ou até mesmo pela sua formação pessoal. Esta mistificação que existe diante da morte sofre influências do convívio social, dos meios de comunicação, entre outras.

Relativamente ao facto de pensar sobre a sua morte verificou-se que os participantes pensam na sua própria morte, não pensam na sua morte e pensam às vezes na sua própria morte. Os participantes que pensam na sua morte (48%) referem que quando pensam fazem-no de forma a pensar como será a morte, afirmando que tem medo de vir a sofrer e que a sua morte seja dolorosa. Os participantes que não pensam na sua morte (34,66%) referem que não o fazem, pois, sabem que a morte eventualmente acontecerá e que pensar na morte apenas traz sofrimento. Face ao referido, Barbosa, Malchiori e Neme (2011), constatam que os jovens na fase da vida adulta passam a desempenhar novos papéis na sociedade, o aumento de responsabilidade, a criação de família e a necessidade de sair da casa dos pais cria um grande gasto de energia com estas novas tarefas, sendo que a morte não é grande preocupação. Os participantes que pensam às vezes na sua própria morte (17,34%) referem que apenas pensam na sua morte quando se sentem mais tristes, pensam como será e quando e de que forma poderão eventualmente morrer.

Relativamente ao facto de os participantes pensarem na morte dos seus familiares e amigos, constatou-se que os participantes pensam na morte dos seus familiares e amigos, não pensam na morte dos familiares e amigos, pensam às vezes na morte dos familiares e amigos e evitam mesmo pensar.

Verificou-se que os participantes que pensam na morte dos familiares e amigos sentem preocupação e angústia (70,67%) pois tem medo da morte dos mesmos, referindo que é um acontecimento assustador, que vai acontecer mais tarde ou mais cedo, que causa preocupação e angústia, mas é algo natural da vida. Os participantes que não pensam na morte dos seus familiares e amigos (22,67%), que ignoram o assunto, tomam esta atitude, pois não querem ficar tristes sem necessidade, mas sabem que a sua morte é inevitável. Os participantes que pensam às vezes na morte dos seus familiares (4%) e amigos fazem-no e sabem que é algo que os entristece e relembram a morte daqueles que já partiram e pensam na morte deles e como seria a sua vida após tal acontecimento. Já os participantes que evitam pensar sobre a morte dos seus familiares e amigos (2,66%), referem mesmo que evitam pensar sobre o assunto.

Segundo Faria, Santos e Patiño (2017), os jovens têm resistência em se colocar no lugar dos mais velhos, particularmente em culturas e sociedades fortemente urbanizadas, porque mesmo os idosos “saudáveis” são diferentes das pessoas de idade “padrão”, da idade que serve de medida ou de referência de “normalidade”. Para os autores, a experiência da morte difere de sociedade para sociedade e com o processo histórico, cada qual com as suas imagens específicas e rituais de passagem, nos quadros da socialização e individualização. Contudo, há duas formas de lidar com a inevitabilidade da finitude da vida: (1) seria encontrada nos mitos antigos, concebida como um ritual de passagem que pregam a existência de vida após a morte. Os mitos sobre a vida eterna enquadram-se nas estruturas predominantemente coletivas e institucionalizadas. (2) seria uma tentativa de evitar a própria ideia da morte, afastando-a dos vivos e dos debates sociais e, tanto quanto possível, tornando-a como um tabu.

Modernamente, a generalização da imagem da morte como processo natural soma-se ao individualismo e assim facilita a elaboração de fantasias, sobretudo individuais, para enfrentar o medo comum à finitude. Contudo, essa mudança não produz uma maior aceitação da morte, apenas transforma o modo de enfrentá-la. O temor e medo da morte justificam a resistência em nos identificarmos com os moribundos em que evitamos aproximarmo-nos deles porque nos obrigariam a enfrentar a nossa própria finitude. Nas sociedades contemporâneas, a esperança de vida é maior, em que a nova condição demográfica pode conviver, paradoxalmente, com uma visão negativa e pessimista da morte. Contudo a morte é recalcada, sendo esse o mecanismo de negação, a que nos referimos (Faria, Santos & Patiño, 2017).

Atualmente, estamos perante a revolução da longevidade humana (ILC, 2015). Simplesmente viver mais anos aumenta a probabilidade de doença, ou seja, de envelhecimento patológico, por oposição ao envelhecimento normal/bem-sucedido. De acordo com Alberte, Rusalleda e Guariento (2015), o envelhecimento patológico diz respeito ao predomínio de doenças, em que as ruturas familiares, perdas, violência física e psicológica, predispõem os indivíduos. Todavia, segundo Zaterka (2015), atualmente há uma grande possibilidade de cura de doenças, de realização de exames sofisticados, invenção de vacinas e medicamentos para as mais diversas doenças. Todos estes fatores contribuíram para que a vida dos indivíduos melhorasse significativamente, aumentando conseqüentemente a sua longevidade. O maior problema de uma vida prolongada por aparelhos e recursos farmacológicos é que podemos verificar uma dicotomia existente antes e depois da época moderna. É necessário haver a distinção entre quantidade e qualidade de vida, entre o adiamento da morte e um prolongamento efetivo da vida. Suspende tratamentos não frutíferos (eutanásia passiva) não significa encurtar o tempo de vida, mas deixar de alongá-la artificial e inutilmente. Sendo assim, numa longevidade prolongada, a eutanásia, por exemplo, é vista com bons olhos, ganhando uma nova aceitação e já não se relaciona unicamente com a boa morte, a morte fácil, não assistida, mas admite uma certa ação médica que pode auxiliar o doente a morrer de maneira mais fácil e tranquila.

Na literatura da especialidade, a eutanásia diz respeito ao ato de liberdade em que a pessoa que está com uma doença terminal e incurável, perto da morte e considerando que a sua vida não tem qualidade nem dignidade, possibilita o direito à pessoa de decidir pôr fim à sua vida

(Suski, 2012). De acordo com Freitas e Pinto (2018), a eutanásia é também conhecida como “boa morte”, sendo a ação médica que tem por finalidade a abreviação da vida de doentes incuráveis e em sofrimento extremo. A conduta parte do médico, a pedido do doente, que no seu poder de autodeterminação procura a antecipação do óbito tendo como objetivo uma morte sem sofrimento, consoante os valores e a dignidade pessoal. Esta prática é realizada de forma deliberada e indolor a uma pessoa com uma doença incurável, avançada e progressiva, que levará à morte, a pedido explícito, repetido, informado e bem refletido da pessoa, sendo administrado então os fármacos letais (Mendonça, 2015).

Segundo Cruz e Oliveira (2013), o suicídio medicamente assistido caracteriza-se por uma decisão da pessoa gravemente doente poder escolher pôr fim à própria vida. É a ação do próprio indivíduo que causa a sua morte. É preciso que o doente tenha solicitado a ajuda para morrer, permitindo uma morte com dignidade. Para Nunes, Madeira e Silva (2018), o suicídio medicamente assistido consiste num médico ajudar intencionalmente uma pessoa a terminar a sua vida fornecendo drogas para autoadministração, a pedido voluntário e competente dessa pessoa.

O suicídio medicamente assistido e a eutanásia são práticas realizadas para abreviar a vida de doentes que estão em sofrimento insuportável e sem perspectiva de melhora. No suicídio assistido, o doente, de forma intencional, com ajuda de terceiros, põe fim à própria vida, ingerindo ou autoadministrando medicamentos letais. Verifica-se que na eutanásia uma terceira pessoa, a pedido do doente, administra-lhe agente letal, com a intenção de abreviar a vida e acabar com o sofrimento (Brandalise, Remor, Carvalho & Bonamigo, 2018). Quer a eutanásia quer o suicídio medicamente assistido, como referido são práticas diferentes na sua ação, contudo ambas têm a finalidade de proporcionar ao doente uma morte sem dor, sofrimento e acima de tudo com dignidade.

A preocupação por morrer dignamente, faz parte da sensibilidade atual pois representa uma conquista moral no prolongamento do interesse por uma vida digna e humana. Podemos constatar que as circunstâncias do morrer têm um grande impacto (Elizari, 1996).

Segundo Demarchi e Bastos (2013) a dignidade, em si, é a característica subjetiva e indissociável de todo o ser humano, porque é inerente à condição humana. Dignidade significa o direito a viver em condições, nas quais o amor-próprio é possível ou pertinente. Pode-se falar que o direito à morte com dignidade é o direito a não ter a vida reduzida ou prolongada sem restrições. É o direito de viver o tempo natural de vida e perto do fim, receber o procedimento médico mais correto, afinal, a dor e o sofrimento são desvalores refutados pela sociedade. Para Couto (2016), manter a dignidade, contra o sofrimento intolerável, mais do que a preocupação com a dor, os doentes terminais temem a perda da qualidade de vida e da sua dignidade pessoal, ou seja, o direito a ser bem tratado, como o próprio entende, não apenas e estritamente do ponto de vista médico, mas do foro da estima, auto-estima e respeito que lhe são devidos e pelas suas convicções e opções de vida.

A percepção da morte é distinta em cada um de nós, pelas suas diversas concepções, crenças e representações, fundamentadas não só na sua ocorrência, como no contexto familiar,

social em que se esteja inserido (Gomes, 2013). Segundo Horta (1999), morrer é parte integral da vida e da existência humana, tão natural e previsível como nascer, sendo que a morte pode ser definida como a cessação definitiva da vida.

Segundo Kovács (2014), a morte tornou-se assim distante, asséptica, silenciosa, podendo tornar-se num evento solitário, sem espaço para a expressão do sofrimento e para rituais. O prolongamento da vida e da doença amplia o convívio entre os doentes, familiares e equipe de cuidados, com stresse e risco de colapso. A não consideração da morte como uma dimensão da existência humana e do consequente desafio de lidar com a mesma como um dos objetivos da medicina faz com que se introduzam tratamentos agressivos que somente prolongarão o processo de morrer.

Posto isto, através do presente estudo, foi possível concluir que a definição de eutanásia para os participantes vai ao encontro do referido pela literatura no domínio, sendo uma opção voluntária e/ou consentida de pôr fim à vida, permitindo acabar com a dor e sofrimento de forma digna. Para que a eutanásia seja aplicada é fulcral para os participantes que a pessoa cumpra determinados requisitos, como ser doente terminal, possuir uma doença incurável e estar em sofrimento extremo. Como refere Suski (2012), a eutanásia é o ato de liberdade em que a pessoa que está com uma doença terminal e incurável, perto da morte e considerando que a sua vida não tem qualidade nem dignidade, possibilita o direito à pessoa de decidir pôr fim à sua vida. Para Freitas e Pinto (2018), é a ação médica que tem por finalidade a abreviação da vida de doentes incuráveis e em sofrimento extremo, partindo da conduta médica, a pedido do doente, que no seu poder de autodeterminação procura a antecipação do óbito tendo como objetivo uma morte sem sofrimento, consoante os valores e a dignidade pessoal.

O recorrer à eutanásia em situações de doença incurável e sofrimento é mencionado pelos participantes, contudo a aceitação da decisão do familiar/doente é a atitude primordial. Caso estivessem com uma doença incurável e em sofrimento, optariam pela eutanásia, no entanto salientam a vontade de decidir por si próprio através do Testamento Vital. como se pode constatar pela literatura no domínio, o Testamento Vital, de acordo com o Artigo 2º. na Lei nº25/2012, de 16 de julho, enquanto documento formal, permite ao indivíduo as diretrizes antecipadas para quando estiver perto da morte, diretivas essas que os médicos deverão de seguir, onde é manifestada antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que diz respeito aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de encontrar-se incapaz de expressar a sua vontade pessoalmente e autonomamente.

O suicídio medicamente assistido, definido pelos participantes, vai ao encontro do conceito definido pela literatura no domínio. Constatou-se que diz respeito à ação do próprio que toma medicamentos para morrer, com o propósito de proporcionar uma morte sem dor e com ajuda. Tal como refere Cruz e Oliveira (2013), esta ação caracteriza-se por uma decisão da pessoa gravemente doente poder escolher pôr fim à própria vida, sendo o próprio indivíduo que causa a sua morte, permitindo uma morte com dignidade. Nunes, Madeira e Silva (2018), complementam o conceito, referindo que o suicídio medicamente assistido consiste num médico

ajudar intencionalmente uma pessoa a terminar a sua vida fornecendo drogas para autoadministração, a pedido voluntário e competente dessa pessoa.

É de salientar que quanto ao conceito de suicídio medicamente assistido, os participantes encontram semelhanças com o conceito de eutanásia. Para Brandalise, Remor, Carvalho e Bonamigo (2018), no suicídio assistido, o doente, de forma intencional, com ajuda de terceiros, põe fim à própria vida, ingerindo ou autoadministrando medicamentos letais. Na eutanásia, uma terceira pessoa, a pedido do doente, administra-lhe agente letal, com a intenção de abreviar a vida e acabar com o sofrimento. A única semelhança nestes dois conceitos é a sua finalidade, que consiste em proporcionar ao doente uma morte sem dor, sofrimento e acima de tudo com dignidade.

Para os participantes, a dignidade é um fator importante nas questões de fim de vida, na eutanásia e no suicídio medicamente assistido. De acordo com Demarchi e Bastos (2013), a dignidade é o direito de viver o tempo natural de vida e perto do fim, receber o procedimento médico mais correto. Manter a dignidade, contra o sofrimento intolerável, mais do que a preocupação com a dor, visto que os doentes temem a perda da qualidade de vida e da sua dignidade pessoal, ou seja, o direito a ser bem tratado, como o próprio entende, não apenas e estritamente do ponto de vista médico, mas do foro da estima, autoestima e respeito que lhe são devidos e pelas suas convicções e opções de vida, (Couto, 2016).

Quanto à morte, para os participantes esta é entendida como um acontecimento de vida normativo, sendo encarada como um acontecimento negativo. Segundo Horta (1999), morrer é parte integral da vida e da existência humana, tão natural e previsível como nascer. Kovács (2014), reforça que a morte, atualmente é vista como distante, asséptica, silenciosa, sendo um evento solitário, sem espaço para a expressão do sofrimento.

Assim, verifica-se que nos três temas presentes no estudo, morte, eutanásia e suicídio medicamente assistido, um dos achados diz respeito ao facto de os participantes não quererem sofrer nem ter dor quando morrerem, isto significa que o sofrimento e a dor são dois fatores comuns quando associados ao processo/forma de morrer. Para Rodrigues (2012), a morte é a única certeza que o ser humano tem e sabe que irá acontecer, contudo ainda se trata de um tema tabu, pois quando a morte se impõe ao ser humano, na maioria das vezes está associada ao sofrimento, seja por situações de vulnerabilidade ou por experiências anteriores.

Assim, no presente estudo foi possível constatar as representações sociais da eutanásia dos estudantes de pré e pós-graduação em Gerontologia. Para os participantes, tal como referido anteriormente a eutanásia diz respeito a uma opção voluntária e/ou consentida de pôr fim à vida, que visa acabar com o sofrimento e a dor e trata-se de uma morte medicamente assistida, sendo uma prática médica de retirar a vida. As representações sociais dos participantes vão ao encontro da literatura do domínio, verificando-se uma ligação entre o conhecimento do senso comum demonstrados por estes e o conhecimento científico. De acordo com Crusoé (2004), nas investigações em educação implica assumirmos uma perspetiva que considera que as representações sociais têm um papel fundamental na dinâmica das relações sociais e nas

práticas e que o conhecimento do senso comum é um conhecimento legítimo condutor de transformações sociais e que, de certa forma, direciona a produção de conhecimento científico. Sendo assim o referencial teórico das Representações Sociais, ao atuar na dinâmica entre o conhecimento de senso comum e o conhecimento científico, oferece amplas possibilidades de investigação sobre a realidade educacional, numa perspectiva que contempla a compreensão do individual/social, enquanto elementos que só podem existir na sua inter-relação. Dessa forma, entendemos que a representação social permite ao sujeito interpretar o mundo, facilita a comunicação, orienta as suas ações e os seus comportamentos e, nesse sentido, temos a ideia de que a prática escolar não está imune a um conhecimento oriundo da interpretação, da comunicação entre os sujeitos. É nesse contexto que concebemos que a identificação das representações que permeiam a realidade educacional possa contribuir com a análise dessa realidade.

Uma das maiores conquistas da humanidade do séc. XXI é o ganho de mais anos de vida. De facto, a longevidade é cada vez maior e está em constante crescimento. De acordo com a OMS (2005), o aumento da longevidade é o resultado da compreensão do potencial humano e consequentemente da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Sendo que a qualidade de vida corresponde à apreciação subjetiva que uma pessoa faz da sua situação na vida tendo em conta os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, dentro do quadro cultural e de valores em que se insere (Bastos, Monteiro, Faria, Pimentel, Silva & Afonso, 2020).

No entanto, nem sempre mais anos de vida é sinónimo de bons anos de vida, uma vez que uma das consequências de viver mais anos é a maior probabilidade de desenvolver incapacidades e/ou doenças. E, por isso, é importante proporcionar qualidade de vida e dignidade no envelhecimento humano. No entanto, considerando que o envelhecimento é um processo multidirecional e heterogéneo, para além de existir uma possibilidade de uma velhice com qualidade, existe também a possibilidade de uma velhice com doença, incapacidade e sofrimento. Apesar de estes casos poderem ser apenas uma das possíveis trajetórias, deve ser analisada e discutida com estas pessoas, isto é, deve-se dar voz às pessoas para que decidam sobre o caminho que querem tomar.

Como referido anteriormente a prática da eutanásia permite à pessoa uma morte digna e sem dor, contudo não nos podemos esquecer que a pessoa tem direito à sua dignidade, liberdade e possibilidade de escolha, se deseja ou não viver e em que termos quer terminar com a sua vida. Verificou-se que na Holanda e na Bélgica a prática da eutanásia é mais elevada nas pessoas mais velhas, o que nos indica que por uma pessoa viver mais anos não significa que esses anos sejam vividos com qualidade e que mesmo em idade mais avançada pode escolher de que forma quer morrer. Enquanto gerontólogos, focados na última fase de vida do ser humano é importante proporcionar anos com qualidade de vida, mas também não descurar que esses anos devem ser vividos com dignidade e que a própria morte da pessoa deve ser digna, sem sofrimento e dor.

Para finalizar, importa assinalar que o presente estudo apresenta algumas limitações que serão identificadas. No que diz respeito à amostra, sendo um estudo no âmbito da Gerontologia/Gerontologia Social foi realizado apenas a estudantes pertencentes a uma única Instituição. Recomenda-se, por isso, em próximos estudos alargar a amostra a todas as Instituições com formação pré e pós-graduada em Gerontologia. Igualmente, não foram incluídas as pessoas mais velhas, aquelas que de acordo com os países onde a eutanásia é um procedimento legal, estão em maior número. Por conseguinte, em estudos futuros é de incluir pessoas idosas. Isto permitirá estabelecer um estudo comparativo com grupos amostrais contrastantes, ou seja, incluir jovens e pessoas idosas. Talvez assim se tornem mais evidentes as mudanças associadas ao próprio processo de envelhecimento.

Relativamente à recolha de dados, o recurso ao questionário mostrou-se limitado face à complexidade do tema em estudo, muito embora permitisse inquirir um grande número de pessoas em pouco tempo. Dada a complexidade do tema e a controvérsia no domínio, parece-nos que os questionários podem ser complementados com entrevista (individual ou coletiva – grupos focais). Após executado este estudo, é nossa convicção que o presente estudo beneficiaria de uma informação mais rica, se se recorresse à entrevista de forma a aprofundar os aspetos legais, morais, religiosos e éticos do tema. O grupo focal poderia ser outra opção em alternativa na medida em que permite, através da entrevista em grupo, a interação do mesmo sobre o tópico determinado pela investigação, aumentando assim a riqueza e diversidade sobre temas de fim de vida.

Quanto às implicações deste estudo, os resultados obtidos fazem pensar que para os estudantes de Gerontologia abordar o tema morte e as questões de fim de vida se torna difícil. Por conseguinte, parece ser importante abordar temas difíceis e controversos como a morte, a eutanásia e o suicídio medicamente assistido numa área de educação e formação que incide sobre o envelhecimento, a velhice e o velho. Em termos práticos, e face aos resultados obtidos, as questões de fim de vida podem e devem ser incluídas nos planos de estudo das licenciaturas e dos mestrados em Gerontologia/Gerontologia Social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberte, J., Ruscalleda, R., & Guariento, M. (2015). Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. *Revista Da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 13(1), 32–39.
- Almeida, H. (2012). Biologia do envelhecimento: uma introdução. In O. Ribeiro & C. Paúl, (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp.21-39). Lisboa: Lidel.
- Aranha, A. & Gonçalves, F. (2007). *Métodos de análise de conteúdo*: NUD*IST (non-numerical unstructured data indexing, searching and theorizing) – Nvivo. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real
- Araújo, L., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2016). Envelhecimento bem-sucedido e longevidade avançada. *Actas de Gerontologia*, 2(1), 1-11.
- Areosa, S., & Areosa, A. (2008). Envelhecimento e dependência: Desafios a serem enfrentados. *Revista Textos & Contextos Porto Alegre*, 7(1), 138–150.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes (Eds.), *Successful aging perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P., & Smith, J. (1995). Psicologia da sabedoria: Origem e desenvolvimento (A. L. Neri & L. Goldstein, Trad.). In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento*. Campinas. 41-72.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*, 50(1), 471-507.
- Barbosa, C. G., Malchiori, L., & Neme, C. (2011). The meaning of death for adolescents , middle aged and elderly geriatrics. *Paidéia*, 21(49), 175–185.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Bastos, A., Faria, C., Gonçalves, D. & Lourenço, H. (2015). Envelhecimento ao Longo da Vida e prática gerontológica: algures entre o pronto-a-vestir e o fato à medida?. *Revista Científica EXEDRA*.
- Bastos, A., Monteiro, J., Faria, C., Pimentel, M., Silva, S. & Afonso, C. (2020). Participação em programas de intervenção comunitária e qualidade de vida: resultados de um estudo multicêntrico em Portugal. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 23 (6).
- Bengtson, V. L., Gans, D., Putney, N. M. & Silverstein, M. (2009). *Handbook of Theories of Aging* (2nd edition). Springer Publishing Company. New York.
- Berelson, B. (1971). *Content Analysis in Communication Research*. New York. University Press.
- Borges, F. & Lacerda, C. (2017). *All about Geração Millennium*. Multidados The reasearch Agency.
- Brandalise, V., Remor, A., Carvalho, D. & Bonamigo, E. (2018). Suicídio assistido e eutanásia na perspectiva de profissionais e acadêmicos de um hospital universitário. *Revista Bioética*, 26(2), 217–227.
- Cancela, D.M.G (2007). *O processo de envelhecimento*. Porto: O portal dos psicólogos [Documento eletrónico]. Retirado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Carvalho, J., & Arruda, A. (2008). Teoria das representações sociais e história: um diálogo necessário. *Paidéia*, 18(41), 445–456.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil (2015). *Envelhecimento ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade* (1ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Autor. Disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf
- Chambaere, K., Rietjens, J., Smets, T., Bilsen, J., Deschepper, R., Pasman, R., & Deliens, L. (2012). Age-based disparities in end-of-life decisions in Belgium : a population-based death certificate survey. *BMC Public Health*, 12, 1–11.
- Cocentino, J. M. B., & Viana, T. de C. (2011). A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(3), 591–599.
- Correio, M. S., & Gregolin, G. (2016). Principlialismo e Dwoekin: algumas considerações acerca da eutanásia. *Aufklarung: Revista de Filosofia*, 3(1), 105–134.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra. Edições Almedina.
- Couto, G. (2016). *A eutanásia descodificada: um guia para o debate/referendo* (1º ed.). Lisboa. Edições Parténon.
- Crusoé, N. M. de C. (2004). A teoria das representações sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. *Aprender - Caderno de Filosofia e Psicologia Da Educação*,

- 2(II), 105–114.
- Cruz, M. & Oliveira, R. (2013). A licitude civil da prática da ortotanásia por médico em respeito à vontade livre do paciente. *Revista Bioética*, 21(3), 405-411
- Cupertino, A., Rosa, F. & Ribeiro, P. (2007). Definição de Envelhecimento Saudável na Perspetiva de Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 20 (1), 81-86.
- Demarchi, C., & Bastos, B. V. M. (2014). Eutanásia voluntária: a morte com dignidade. *Revista Faculdade Santo Agostinho*, 11(1), 134–152.
- Démuthová, S. (2012). The most frequent connotations of the concept of death in young adults. *Ostium*, 8 (2), 1-11.
- Durkheim, E. (1982). *O Suicídio – Um Estudo Sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Dworkin, R. (2009). *Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais*. (Jefferson Luiz Camargo, trad.). São Paulo: Martins Fontes
- Elizari, F. (1996). *Questões de Bioética: vida em qualidade*. Porto: Editorial Perpétuo Socorro.
- Faria, L., Santos, L. A. de C., & Patiño, R. A. (2017). A fenomenologia do envelhecer e da morte na perspectiva de Norbert Elias. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(12), 1–11.
- Federal Commission of Control and Evaluation of Euthanasia (2017). Eighth report to the Legislative Chambers 2016/2017. [Documento eletrónico]. Retirado de https://www.dyingforchoice.com/docs/Belgium_Annual_Report_2016-2017_En.pdf
- Felix, C. (2007). Eutanásia passiva: breves reflexões acerca do respeito à dignidade da pessoa humana ao morrer. *Revista Depoimentos*, 11, 138-168.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Ferreira, M. (2015). *Sair Bem: Médicos e enfermeiros nos trajetos finais das suas vidas profissionais*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Ferreira, P. F. A., & Costa, M. B. (2013). Eutanásia : A indulgência da sociedade perante a morte. *Revista Jurídica Cesumar*, 13(2), 709–729.
- Ferreira, O., Macial, S., Silva, A., Santos, W. & Moreira, M. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 44(4), 1065-1069.
- Freitas, R., & Pinto, D. (2018). Debates contemporâneos sobre autonomia privada decisória: Transgêneros, identidade genética e eutanásia. *Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais*, 4(1), 1–22
- Gomes, A. (2013). *A Percepção da Morte pelo Idoso em Contexto Institucional de Lar Residencial* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola Superior de Educação. Castelo Branco.
- Gonçalves, J. (2014). A eutanásia sob o prisma bioético e do princípio da dignidade da pessoa humana. *Revista Jurídica Cesumar*, 14(2), 531–556.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e formas de uso*. Lisboa: Principia.
- Horta, M. (1999). Eutanásia: Problemas éticos da morte e do morrer. *Revista Bioética*, 7(1), 1-6.
- INE, (2002). *Censos 2011- Resultados Definitivos*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa, [documento eletrónico] retirado de: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/2455>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In: D. Jodelet (Org.). *Representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ
- Jordão, J., & Leal, I. (2014). Conceito de boa morte na população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(01), 13–25
- Jovchelovitch, S. (1998). Representações Sociais: Para uma fenomenologia dos saberes sociais. *Psicologia e Sociedade*, 10 (1), 54-68.
- Júnior, E. (2011). Norbert Elias and the loneliness of the dying. *Cadernos da Escola de Saúde Pública*, 5(1), 37–43.
- Jylhankangas, L., Smets, T., Cohen, J., Utraiainen, T. & Deliens, L. (2014). Descriptions of euthanasia as social representations: comparing the views of Finnish physicians and religious professionals. *Sociology of Health & Illness*, 36 (3), 354–368
- Kovács, M. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia - Universidade de São Paulo*, 14(2), 115–167.
- Kovács, M. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22(1), 94–104.
- Marchioli, M. (2014). *Eutanásia - Legalidade ou Illegalidade ? Reflexões necessárias do Século XXI* (Tese de Bacharel) Centro Universitário Eurípides de Marília. Marília
- Mendonça, M. (2015). *Eutanásia : um olhar bioético* (Artigo de Revisão de Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra.

- Moritz, R. (2005). Os profissionais de saúde diante da morte e do morrer. *Revista Bioética*, 13(2), 51-55
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. (A. Cabral, trad.). Rio de Janeiro: Zahar
- Moscovici, S. (2001). Why a theory of social representations?. In K. Deaux, & G. Philogène (Eds), *Representations of the Social*. Oxford: Blackwell.
- Moscovici, S. (2001). Das representações coletivas às representações sociais. In D. Jodelet (Org.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ
- Moscovici, S. (2004). *Representações sociais: Investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Munhoz, A., Giacomini, A., & Carvalho, G. (2015). *A representação social da morte e do morrer de idosos linenses asilados: um estudo exploratório* (Tese de Bacharelato). Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. São Paulo
- Neri, A., L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Velhice e Sociedade. Editora Alínea.
- Nunes, L., Madeira, L., & Silva, S. (2018). *Suicídio ajudado e eutanásia: Terminologia e sistemática de argumentos*. Concelho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Lisboa
- Oliveira, E., Agra, G., Morais, M., Feitosa, I., Gouveia, B., & Costa, M. (2016). The Process of Death and Dying in Nursing Students Perception. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(5), 1709–1716.
- Oliveira, W. (2012). Uma análise principialista do suicídio assistido. *Theoria - Revista Electrónica de Filosofia*, 04(9), 160–184.
- Organización de las Naciones Unidas. (2003). *Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*. Madrid: Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento.
- Organização Pan-Americana de Saúde - Opas – OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*. Brasília, Brasil: Organização Pan-Americana de Saúde (tradução brasileira do título original inglês Active Ageing: a policy Framework, WHO, 2002).
- Paúl, C. (2005). A Construção de um modelo de envelhecimento humano. In. C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 20-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paula, A., & Kodato, S. (2016). Psicologia Social e Representações Sociais : Uma aproximação Histórica. *Revista de Psicologia Da IMED*, 8(2), 200–207.
- Pinto, J., & Cunha, T. (2016). *Eutanásia e suicídio assistido - Legislação Comparada*. [Documento electrónico]. Retirado de https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Documents/Eutanasia_Suicidio_Assistido_1.pdf
- Regional Euthanasia Review Committees (2018). Annual Report 2018. [Documento electrónico]. Retirado de <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
- Reis, S. L. de A., & Bellini, M. (2011). Representações sociais : teoria , procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Acta Scientiarum Human and Social Sciences*, 33(2), 149–159.
- Ribeiro, J. & Moreira, M. (2018). Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(9), 2821-2834.
- Rodrigues, A. (2012). Representação da morte : Concepções a partir de experiências de vida de idosas usuárias do PSF. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(4), 309–324.
- Rosa, M.J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco dos Santos.
- Rowe, J. & Cosco, T. (2016). Successful Aging. In V. L. Bengtson e R. Settersten, (Eds.), *Handbook of Theories of aging* (pp. 539-576). NY: Springer.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- Sampieri, R., Collado, C. & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3ª ed.) S. Paulo, Brasil. Mc Graw-Hill.
- Santos, F. (2012). Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Revista Eletrónica de Educação*, 6(1), 383–387.
- Saraiva, R. (2016). *A prática de Eutanásia na Holanda (Artigo de revisão)*. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa.
- Schaie e Willis (2003). *Psicologia de la edad adulta y la vejez* (5ª edição). Madrid: Pearson/Prentice-Hall.
- Semedo, J. (2018). *Morrer com dignidade: a decisão de cada um*. Lisboa. Contraponto.

- Settersten, R. & Godlewski, B. (2016). Concepts and theories of age and aging. In V. Bengtson & R. Sttersten (Eds). *Handbook of theories of aging*. 9-25.
- Silva, S., Azevedo, L. & Ricou, M. (2019). Determinantes na opinião sobre eutanásia em amostra de médicos portugueses. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 10, 1-19.
- Sowers, K., & Rowe, W. (2007). Global aging. In J. Blackburn & C. Dulmus (Eds.), *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (pp. 3-16). New York: John Wiley & Sons.
- Staudinger, U. M, Marsisker, M., & Baltes, P. B. (1995). Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: Perspectivas da teoria de curso da vida. In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 195-228). Campinas, SP: Papirus.
- Suski, L. M. F. (2012). Morte digna sob a ótica histórica e conceitual. *Revista Direito e Justiça: Reflexões Sociojurídicas*, 12(19), 1–21.
- Tabet, L., & Garrafa, V. (2016). Fim da vida: morte e eutanásia. *Revista Brasileira de Bioética*, 12(9), 1–16.
- União Europeia (2000). Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. *Jornal Oficial Das Comunidades Europeias*, 1–22.
- Vergara, P., & Massa, Á. (2015). Algunas conceptualizaciones acerca de la dignidad del anciano en bioderecho. *Persona y Bioética*, 19(1), 25–35.
- Viana, A. P., & Reis, J. M. (2016). Dysthanasia: between the life extension and the right to die. *Revista Brasileira de Direitos e Garantias Fundamentais*, 2(2), 270–288.
- World Health Organization. (1999). *World health day: Active ageing makes the difference*. [Documento eletrônico]. Retirado de <http://www.who.int/docstore/world-health-day/en/pages1999>
- Zaterka, L. (2015). Francis Bacon e a questão da longevidade humana. *Scientia Studia*, 13(3), 495-517.

Legislação

Lei das Diretivas Antecipadas de Vontade nº25/2012 de 16 de julho de 2012. *Diário da República nº 136 – I Série*. Lisboa: Assembleia da República

Jornal

Arreigoso, V. (2016). Maioria dos portugueses defende legalização da eutanásia. *Expresso*. Retirado de <http://expresso.sapo.pt/dossies/diario/2016-03-11-Maioria-dos-portugueses-defende-legalizacao-da-eutanasia>.