

A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas

Old people nursing care: bioethical reflections

La Enfermería y el cuidado de los envejecidos: reflexiones bioéticas

*Maria Ângela Gandolpho**
*Maria Auxiliadora Cursino Ferrari***

RESUMO: Com o crescimento dos idosos nas populações de países desenvolvidos e em desenvolvimento, novos desafios e questionamentos emergiram, incluindo alguns aspectos bioéticos. Os profissionais de enfermagem, no seu cotidiano, ao cuidar do idoso vivenciam conflitos éticos e morais vinculados a questões como alocação de recursos insuficientes, relacionamento com o idoso e família, respeito à autonomia, morte e morrer com dignidade. Conflitos estes resultantes das diferenças de valores e de posturas teóricas entre as pessoas da equipe interdisciplinar, relativos à saúde, à doença e ao cuidar. Neste contexto, desenvolvemos esta pesquisa a partir de uma revisão bibliográfica sobre o "cuidar" e "bioética", e fizemos uma reflexão sobre as implicações bioéticas do cuidar do idoso, utilizando alguns casos vivenciados na nossa trajetória profissional.

DESCRITORES: Bioética; Envelhecimento; Enfermagem-cuidar

ABSTRACT: With the increasing number of elderly persons among developed and developing countries' populations, new challenges and questions have emerged, including some bioethical aspects. In their daily routines, when caring for the elderly, nursing professionals experience ethical and moral conflicts related to issues such as insufficient allocation of resources, relationships with the elderly patients and their families, respect for autonomy, death and dying with dignity. These conflicts result from the differences, among the persons in multidisciplinary teams, in values and theoretical approaches towards health, disease and care. The present study was carried out in this context. Based on a literature survey about "care" and "bioethics", the author reflected on the bioethical implications of caring for the elderly in the light of some cases taken from her professional experience.

KEYWORDS: Bioethics; Aging; Nursing-care

RESUMEN: Con el aumento del número de personas envejecidas entre las poblaciones de los países en vías de desarrollo y desarrollados, nuevos desafíos y cuestiones han emergido, incluyendo algunos aspectos bioéticos. En sus rutinas diarias del cuidado de los ancianos, los profesionales de enfermería viven conflictos éticos y morales relacionados con cuestiones tales como la asignación de recursos escasos, las relaciones con los pacientes envejecidos y sus familias, el respeto por la autonomía, la muerte y el morir con dignidad. Estos conflictos resultan de las diferencias, entre las personas en equipos multidisciplinares, de valores y acercamientos teóricos hacia la salud, la enfermedad y el cuidado. Este estudio fue realizado en ese contexto. Desde una pesquisa de la literatura sobre "cuidado" y "bioética", el autor reflejó sobre las implicaciones bioéticas del cuidado de los ancianos en la perspectiva de algunos casos tomados de nuestra experiencia profesional.

PALABRAS-LLAVE: Bioética; Envejecimiento; Enfermería – cuidados

Introdução

O envelhecimento populacional já é um fato constatado universalmente, e também no Brasil podemos observar que ele ocorre. Através de diversos estudos epidemiológicos obtemos projeções que apontam para um aumento crescente e contínuo do número de idosos. Traduzindo isto em expressões numéricas chegamos aos se-

guintes dados: em 1980 a população idosa correspondia a cerca de 7 milhões de pessoas com mais de 60 anos, em 1991 passou para 11 milhões, e as projeções para o ano de 2025 são de aproximadamente 34 milhões de indivíduos com mais de 60 anos, dos quais 10,6% corresponderá a idosos com 80 anos e mais, o que colocará o Brasil na sexta posição entre os países com maior número de pessoas idosas no mundo.

(Schoueri, 2000; IBGE, 2000; Chaimowickz, 1998; Veras e Dutra, 1993; Berquó e Leite, 1988).

O processo de envelhecimento humano traz consigo algumas implicações que requerem políticas públicas ao longo do mesmo, no sentido de atenderem as demandas assegurando aos idosos acesso a saúde, inclusão social, moradia, alimentação e transporte dentre outros, objetivando adaptações

* Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo.

** Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário São Camilo. *E-mail: terapia@scamilo.edu.br*

necessárias para a qualidade de vida dos anos restantes.

Segundo Carvalho e Papaléo Neto (1994) o corpo que envelhece está submetido a situações de sobrecarga funcional prolongada, e pode não reagir de modo adaptativo, propiciando o desenvolvimento de processos patológicos agudos e predominantemente crônicos. As alterações fisiológicas que provêm do envelhecimento orgânico, predisõem ao surgimento de doenças crônicas degenerativas, as quais podem comprometer a capacidade funcional. Além disso, perdas neuronais podem iniciar processos demenciais que dificultam o autocuidado, e geram perda da autonomia e da independência.

Envelhecer é parte da vida humana, mas parece que a aceitação desse processo não tem sido assim tão natural. Alguns estudos apontam a existência, na sociedade, de preconceitos e estereótipos negativos acerca da velhice, (Novaes e Gandolpho, 2002; Novaes, 2001; Pavarini e Neri, 2000; Neri, 1997), contribuindo para a exclusão social e a discriminação dos idosos.

É preciso conscientização sobre esta etapa da vida, sendo necessário enfatizar a importância da promoção da saúde e de práticas de saúde preventivas, além do autocuidado. Seria interessante manter os idosos engajados na sociedade, em atividades produtivas, pois isto contribui sobremaneira para o bem estar físico, mental e social desses indivíduos, reduzindo os riscos de incapacidade física e distanciando os processos patológicos, objetivando a manutenção da qualidade de vida nesse período.

No que concerne aos profissionais que atendem a essa população, também eles devem rever seus conceitos e conscientizar-se das alterações relacionadas ao processo de envelhecimento, no intuito de desenvolver suas atividades de for-

ma a promover a independência e assegurar a autonomia aos idosos, tendo como meta a atenção holística ao ser humano que envelhece.

Como o crescimento da população idosa é uma realidade, não só no Brasil, mas em todo o mundo há necessidade de se cuidar de pessoas cada vez mais idosas e cuja expectativa de vida é cada vez mais longa. Faz-se necessário que os profissionais de saúde direcionem um cuidado específico, rejeitando atitudes negativas, e que mesmo para aqueles idosos mais fragilizados o cuidado esteja baseado na manutenção da autonomia e da qualidade de vida (Santos, 2000).

Quando tratamos do envelhecimento humano observamos a existência de lacuna conceitual para o termo autonomia. A autonomia do idoso é habitualmente confundida com a ausência de incapacidades ou medida de acordo com a capacidade de realizar tarefas domésticas. O que evidencia forte tendência em associar autonomia à noção de dependência social e dependência física, adotando-se uma abordagem negativa (Farinatti, 1997).

Na verdade, denominamos pessoa autônoma aquela que, independentemente da idade, toma decisões livremente, escolhe entre alternativas a ela apresentadas, de acordo com valores, crenças, aspirações e objetivos próprios de vida, e é capaz de agir pautada por essas deliberações (Oliveira e Fortes, 1999).

Ainda de acordo com os autores acima, os profissionais de saúde devem respeitar na sua prática diária a autonomia de uma pessoa, reconhecendo que cabe a ela possuir pontos de vista, valores e objetivos de vida que podem divergir dos dominantes na sociedade ou daqueles aceitos pelos profissionais.

Ao longo de seu avanço cronológico, o corpo humano sofre desgastes que implicam em mudanças fisiológicas, as quais, por sua vez,

podem dificultar a adaptação do ser humano idoso à sua nova condição, levando-o a uma condição de dependência física. Além disso, as exigências sociais às quais o idoso é submetido também podem dificultar seu desempenho e colocá-lo em condição desfavorável, diminuindo seu poder decisório e conseqüentemente imputando-lhe algum grau de dependência.

Temos visto, em nossa vivência profissional, que embora seja incutida no hospital grande dose de dependência em todos os pacientes, o hábito de formar dependência é muito mais acentuado quando se trata de paciente idoso. Enquanto oportunidades são dadas aos pacientes adultos de se autocuidarem, pacientes idosos em estado semelhante não têm essa opção. Desse modo, a superposição de incapacidades fomenta a dependência e prejudica a autonomia. As ações deveriam ser desenvolvidas *com* o paciente, em vez de *para* o paciente (Epstein, 1977; Paschoal, 1997).

Buscando manter a integralidade e autonomia do ser humano, a enfermagem gerontológica objetiva o atendimento das necessidades biopsíquicas, socioculturais e espirituais do *idoso*, estimulando o autocuidado, a autodeterminação e a independência, visando a manutenção de sua capacidade e *qualidade de vida*. Além de assistir ao paciente idoso, assiste sua família e atua na comunidade conscientizando a todos para a aceitação do envelhecimento como integrante do ciclo de vida.

Waldow (1992) afirma que “o cuidado autêntico é dado de acordo com o estilo de cada um, levando em consideração as particularidades e necessidades de cada pessoa que necessita de cuidado”.

Pessini e Barchifontaine (2000) falam da bioética “como uma nova sensibilidade humana” que leva ao cuidado, zelo, promoção da dignidade humana e qualidade de

vida. Ela engloba a humildade, responsabilidade e competência, sendo um espaço de reflexões para tentar chegar a respostas mais satisfatórias.

O nosso dia a dia na assistência ao idoso hospitalizado é marcado por uma quantidade de procedimentos e técnicas que acabam muitas vezes prejudicando a nossa sensibilidade para perceber as particularidades e necessidades deste ser humano que está ali diante de nós.

Muitas vezes a rotina nos transforma em simples “tarefeiros”, esquecemos da importância da comunicação não verbal através do toque, de um gesto de carinho, de um olhar mais atencioso ou até mesmo de um sorriso. Quaisquer dessas atitudes podem acompanhar a realização das técnicas, sem que tenhamos que dispender mais tempo para tal.

Outras vezes, o processo de cuidar do idoso nos faz confrontar situações complexas, até mesmo dilemas. Essas situações nos causam desconforto, angústia, sofrimento, e fazem com que nos sintamos impotentes.

As afirmações de Waldow (1992), que fala sobre o “cuidado autêntico”, e de Pessini e Barchifontaine (2000), que falam da bioética como “nova sensibilidade”, nos estimularam a refletir sobre alguns aspectos do cotidiano dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados aos pacientes idosos, principalmente aos mais fragilizados, que estão hospitalizados.

Diante do exposto anteriormente, propomos como objetivo uma reflexão à luz da bioética sobre alguns dilemas que surgem no processo de cuidar do idoso desenvolvido pelos profissionais de enfermagem.

Este trabalho é fruto de revisão bibliográfica, e foi desenvolvido a partir da conceituação sobre “o cuidar” e a “bioética”, para depois refletirmos sobre as implicações bioéticas do cuidar em enfermagem

analisando casos vivenciados em nossa trajetória profissional.

Revisão de literatura

O cuidar

Para Boff (1999), “cuidar é mais que um ato, é uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

Heidegger (1997), em *Ser e Tempo*, afirma que “o cuidado se acha *a priori*, antes de toda atitude e situação do ser humano. [...] O cuidado é sempre ocupação e preocupação”. Não temos como separar o ser humano do cuidado, pois é algo intrínseco a ele, faz parte de sua natureza, e tudo e todos que estão ao nosso redor necessitam de cuidado.

O cuidar se expressa primeiramente como forma de sobrevivência e se faz notar em todas as espécies. Nos animais conseguimos identificar manifestações e expressões de cuidado, na sua higiene, na sua atenção com sua cria, com as coisas que lhe pertencem e com seu próprio dono. O ser humano, ao longo de seu desenvolvimento, adquire formas e expressões de cuidado que se sofisticam, mas às vezes o mais simples é deixado de lado, como um sorriso, um afago, um aperto de mão, atitudes que fazem toda a diferença.

Segundo Boff (1999), alguns estudiosos derivam cuidado do latim *cura* que se escrevia *coera*, e era palavra usada num contexto de relações de amor e amizade, que exprimia a atitude de cuidado e preocupação com a pessoa amada ou aquela dedicada a algum objeto de estimação. Para outros autores, cuidado vem de *cogitare-cogitatus* cujo sentido é o mesmo de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar atitude de preocupação.

Leininger (1991 apud Waldow, 1999) em seus estudos, em diferentes culturas, encontrou 175 cons-

trutos de cuidar/cuidado, dos quais destacamos: aceitar, assistir os outros, envolver-se, estar presente, confortar, preocupar-se, ter consideração, ter compaixão, expressar sentimentos, fazer para/com, tocar, amar, ser paciente, proteger, respeitar, compartilhar, compreender, valorizar o outro, ser responsável.

Resgatar o cuidado humano em cada um de nós, seres humanos, é vital no momento atual, quando o individualismo e o materialismo imperam, pois do cuidado depende a nossa sobrevivência. Tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e viver (Boff e Waldow, 1999).

O cuidado humano, referido como uma atitude ética, seria viver de uma forma a não colocar os seus interesses acima de tudo e sim respeitar o bem estar dos outros, a sociedade, o meio ambiente e a natureza.

Segundo Boff (1999), cuidar das coisas implica ter intimidade, acolhê-las, respeitá-las. Cuidar é entrar em sintonia. Para Silva, Gímenes e Volich (2000), o cuidar pressupõe colocar-se ao lado do sujeito, percebendo-o como ele se mostra, nos seus gestos e falas, inclinando-se diante de sua dor e limitação, conduzindo-o por um caminho que ele não é capaz de percorrer sozinho. Ainda segundo as autoras, “cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de nossos talentos, preparos e escolhas”.

Mas quando paramos para olhar essa sociedade utilitarista em que vivemos, e nos colocamos como participantes dela, nos perguntamos até que ponto estamos dispostos a oferecer o nosso talento, o nosso preparo profissional para servir o outro? Até que ponto queremos conduzir o outro sem esperar nenhuma recompensa em troca?

Poderíamos pensar que para realizar este cuidado, em forma de

serviço ao outro, deveríamos ser dotados de poderes especiais, mas quantas mães e avós não conhecemos, mulheres simples, as vezes sem estudo algum, que sabem escutar os caminhos do coração e servir. Que com o seu cuidado e carinho não apenas satisfazem as necessidades fisiológicas e instintivas, mas oferecem também sua proteção contra as ameaças físicas do meio. "A função materna, tal como a compreendemos constitui paradigma do cuidar" (Volich, 2000).

Compreendendo o cuidar de forma mais ampla, várias autoras, segundo Waldow (1999), estabelecem uma relação entre a enfermagem, a mulher (mãe) e o cuidado.

A história nos mostra que desde os primórdios foi a mulher quem primeiro tratou no sentido de cuidar e medicar. Eram elas que desempenhavam as atividades relacionadas ao parto, dedicavam-se à educação dos filhos, ao preparo dos alimentos, à manutenção da casa, além de cuidarem dos incapacitados e idosos e prepararem medicamentos caseiros. (Waldow, 1999).

Sabemos que a enfermagem é uma área cujo conhecimento é caracterizado pelo seu aspecto prático. É uma profissão que lida com o ser humano, interage com ele, e que por isso requer o conhecimento de sua natureza bio-psico-socio-espiritual. Também não podemos esquecer que o ser humano está em constante evolução, em um processo de vir a ser (Waldow, 1999).

Por isso cuidar vai além da técnica, do procedimento, da intervenção, devendo se caracterizar por uma relação de ajuda, no sentido de dar qualidade ao outro ser, respeitando-o, compreendendo-o, tocando-o de forma mais afetiva. A inclusão do outro não como objeto, mas como parceiro no desenvolvimento do cuidado.

O último século foi moldado por muitas transformações decorrentes

de forças econômicas, demográficas, sociológicas e tecnológicas. Os cuidados de saúde também foram afetados por alterações na natureza de importantes doenças. Devido a essas mudanças, as enfermeiras e a profissão de enfermagem estão se defrontando com a necessidade de responder a um conjunto de demandas e desafios para garantir a continuidade do cuidado.

A introdução da alta tecnologia teve um forte impacto no atendimento hospitalar e fez com que a enfermagem buscasse cada vez mais especializações e se distanciasse do seu foco principal que é o cuidar. Este cuidar científico deve ser baseado em experiência, intuição e pensamento crítico, realizados para e com o paciente/cliente no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade. Essa dignidade e totalidade englobam o sentido de integridade e as plenitudes físicas, sociais, emocionais, espirituais e intelectuais. Agora estamos vivendo o momento de discutir e questionar o conhecimento da enfermagem. O pluralismo, a diversidade, a interdisciplinaridade são algumas demandas atuais, dentre as quais se encontra também o resgate do cuidado humano.

Contrariamente ao que se possa pensar, o resgate do cuidado não é uma rejeição aos aspectos técnicos e científicos que a profissão alcançou, mas uma tentativa de harmonizar a cientificidade com o aspecto emocional e afetivo, uma abordagem mais humanista.

Investiu-se tanto numa formação tecnicista para o profissional de enfermagem acompanhar os avanços tecnológicos, que os mesmos acabaram perdendo a sensibilidade para enxergar, através das máquinas, o ser humano que está do outro lado às vezes necessitando de um olhar, de um toque ou de uma palavra de conforto.

Por mais simples que um cuidado possa parecer, todos têm uma importância vital. Exemplo disso é que o cuidado de virar periodicamente uma pessoa doente em uma cama (mudança de decúbito) pode causar melhora na respiração, prevenção de úlcera por pressão, melhora no tônus muscular e circulação, diminuição ou piora das dores, facilidade ou dificuldade para alcançar objetos na mesa de cabeceira, visualização e contato com as outras pessoas que estão no quarto. Aquilo que parecia simples técnica, pode ser transformado num gesto de interesse, de carinho, de atenção para com o outro ser humano que está sob nossos cuidados. É isso que a enfermagem precisa resgatar.

Assumir o cuidado como um valor, um imperativo moral, depende do que ele significa para cada um individualmente, qual a importância que se dá para ele. Não existem receitas, planos de ensino ou manuais para ensiná-lo. Podemos ensinar as técnicas e os procedimentos, porém o cuidar em sentido mais amplo, entendido como essa relação com o outro é um processo que precisa ser vivido (Waldow, 1999).

E como então conscientizar os profissionais de enfermagem da importância desse envolvimento no cuidar? Como fazer para não formar profissionais apenas cumpridores de rotinas? Como despertar a sensibilidade para essa relação com o outro?

Talvez um dos caminhos seja a introdução nos currículos escolares de disciplinas reflexivas, como é a bioética, que discute a importância das redes de relações, a dignidade do ser humano, a vida, a morte e tantos outros temas relevantes para o nosso cotidiano profissional. A vivência nos campos de estágio também pode despertar a sensibilidade para esse cuidar mais amplo, além das técnicas. Cabe a nós, en-

gajados na arte de cuidar, contribuir para a formação pessoal e educacional desses profissionais.

Como a velhice é uma ocorrência normal que engloba todas as experiências de vida, o cuidado e a preocupação com o idoso não podem se limitar apenas aos aspectos biológicos. Cabe aos profissionais de saúde atuar de modo interdisciplinar na atenção ao ser humano que envelhece, propiciando ao idoso trabalhar as perdas físicas, sociais e psicológicas, visando adaptá-lo à sua nova condição de vida.

Na prática diária com idosos, observamos que a enfermagem, no contexto da equipe interdisciplinar, cada vez mais envolve o prestar assistência ao indivíduo que envelhece, seja ele sadio ou não, atuando na promoção, recuperação e reabilitação da saúde e qualidade de vida, ou, quando isso não for possível, assistindo-o para que tenha morte digna.

Devido ao estereótipo social e ao desejo de se evitar falar sobre o envelhecimento, há muitas idéias distorcidas de concepção sobre o mesmo. Idéias estas que o associam a doenças, incapacidades e perdas várias. O preconceito deve ser identificado e trabalhado, para que o cuidado de saúde ao idoso seja eficaz. Certas realidades do envelhecimento devem ser aceitas e compreendidas para combater atitudes que aumentem o preconceito.

O cuidado da pessoa idosa é uma área de especialidade da enfermagem, e o profissional que se propõe a fazê-lo precisa conhecer as necessidades específicas daquele que envelhece, e possuir algumas qualidades indispensáveis para tal. Esses atributos são: capacidade de estabelecer uma relação terapêutica, apreciação do idoso como pessoa única (individualização), competência clínica em práticas de enfermagem, conhecimento das alterações bio-psico-sociais que ocor-

rem com o envelhecimento e capacidade de trabalhar em equipe (Roach, 2003).

Um profissional que cuida do idoso numa visão holística é capaz de estabelecer com ele uma conexão e expressar sua atenção da seguinte forma: tratando-o com dignidade e respeito, valorizando a vivência (história de vida) e as contribuições do idoso, ouvindo atentamente, conversando e despendendo tempo com os mesmos, praticando a paciência, a amabilidade, atendendo suas necessidades físicas com competência, ensinando o autocuidado e contribuindo, assim, para sua independência e autonomia (Roach, 2003).

O cuidado de enfermagem ao idoso pode ocorrer em diversos cenários, como na sua própria casa, no hospital, em instituições de longa permanência, em centros de convivência ou ainda com grupos de idosos. O cenário vai determinar qual a melhor forma de abordagem a ser utilizada para melhorar ou manter uma condição favoravelmente saudável para a vida.

Os serviços de enfermagem usam abordagem multidisciplinar no planejamento e realização de cuidados. Fazem parte dessa equipe enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e os cuidadores informais, que podem ser familiares, amigos ou mesmo uma pessoa treinada e remunerada para executar tarefas de menor complexidade.

Em nossa agitação e preocupação com as rotinas diárias, neste mundo altamente tecnológico, a simplicidade da arte de cuidar é por vezes negligenciada. Os idosos, algumas vezes, são ignorados, apressados e tratados com desrespeito. O aumento da vulnerabilidade do idoso torna os aspectos éticos e legais importantes questões do cuidado ao idoso.

Precisamos refletir, como profissionais de enfermagem, que

cuidado estamos prestando aos idosos sob nossa responsabilidade. Em primeiro lugar será que todos estão sendo capacitados adequadamente para realizar esse cuidado gerontológico?

Quando realizamos nossa pesquisa para dissertação de mestrado numa unidade hospitalar geriátrica, ao questionarmos os profissionais de enfermagem (foco de nossa pesquisa) sobre estarem ou não preparados para o cuidar do idoso obtivemos respostas que foram categorizadas (pesquisa qualitativa) em “despreparo”, “preparo fragilizado” e “adaptação” (Gandolpho, 2002). Autores como Sayeg (1997) e Duarte (1997) referem a falta de pessoal com formação específica e especializada no atendimento às necessidades individuais do ser humano que envelhece. A melhoria da qualidade do cuidar do idoso exige a qualificação das pessoas que o realizam.

Outra forma de garantir o cuidado ao idoso seria que as pessoas que atuam junto aos mesmos revissem seus valores e preconceitos para compreender e aceitar o idoso como ele é, valorizando-o enquanto pessoa, que tem uma história de vida, uma bagagem de experiências e conhecimentos que deve ser respeitado, pois muitas vezes observamos o mesmo tratamento dispensado às crianças e aos idosos, é o que se chama “infantilização do idoso”. Ao infantilizarmos o idoso, nós também acabamos não respeitando a sua autonomia, pois os julgamos semelhantes às crianças, e acreditamos que não possuem competência para escolher o que é melhor para si.

Considerações gerais sobre bioética

Na *Encyclopedia of Bioethics*, edição de 1978, a bioética aparece definida como “estudo sistemático da conduta humana no campo das ciências da vida e da saúde, enquanto essa conduta é examinada à luz de valores e princípios morais”. Já

em 1995, como “estudo sistemático das dimensões morais — incluindo visão, decisão, conduta e normas morais — das ciências da vida e do cuidado de saúde, utilizando uma variedade de metodologias num contexto multidisciplinar” (Reich, 1995).

Pessini (2002) cita Potter, que defende que a bioética deve ser pensada “como uma nova ética científica que combine a humildade, responsabilidade e competência, numa perspectiva interdisciplinar e intercultural e que potencializa o sentido de humanidade”.

A bioética tem características crítico-reflexivas com análise e juízo de valores diante de novos e persistentes dilemas. Entre outros temas, a ética ganhou análises específicas na prática médica, nos serviços de saúde e nas pesquisas com seres humanos. Alguns problemas éticos que afetam a enfermagem também podem aplicar-se à área da ética do cuidado de saúde.

A bioética nasceu nos Estados Unidos entre o fim dos anos 1960 e o início dos anos 1970, quando uma série de fatos histórico-culturais chamaram a atenção para o ramo da ética aplicada. O movimento cultural traz um novo interesse voltado para aplicação das teorias éticas aos questionamentos da vida social (Prado, 2002).

A bioética gerou em pouco tempo amplo corpo de doutrina, e assumiu o caráter de importante mecanismo de suporte para a evolução do ser humano, associando os avanços científicos e tecnológicos à preservação dos valores sociais e morais; com isso ganhou abrangência internacional.

No Brasil, desde o final dos anos 1980 e início dos anos 1990, a bioética vem se consolidando com a formação de núcleos, grupos de estudos, sociedades, comitês de ética ou bioética, com a publicação de livros e periódicos especializados

em bioética, com pesquisadores de fama internacional e, sem dúvida, com as mudanças trazidas pela nova mentalidade de análise ética nas pesquisas desenvolvidas com seres humanos no país (Prado, 2002).

A bioética não deve ser reduzida a princípios, porém não pode negar que a “corrente principialista” é uma de suas características mais marcantes. São quatro os princípios que regem este paradigma da bioética. O primeiro deles, o princípio da *autonomia*, recebe outras denominações: respeito pelas pessoas, respeito pela autonomia, princípio do consentimento. Deriva dos termos *auto* (eu, próprio) e *nomos* (regra, norma, lei), designando autogoverno, autogerência.

O conceito de autonomia diz respeito à capacidade que tem a pessoa de avaliar, decidir, escolher sobre tudo que lhe diga respeito, sem qualquer restrição, pressão ou influência de ordem interna e externa. Significa dizer que a pessoa tem o direito de decidir sobre atos que digam respeito a seus próprios interesses. Para que haja autonomia deve haver capacidade de discernimento, de compreensão e de entendimento (Kotton, 1995).

Com o princípio da autonomia, surge o termo de consentimento livre e esclarecido, utilizado para alguns procedimentos médicos e também nas pesquisas. É importante analisar a condição de vulnerabilidade das pessoas para a verificação do real exercício de sua autonomia. Todos aqueles que tiverem sua autonomia diminuída devem ser tutelados, sob o risco de terem seus direitos violados (Pessini; Bar-chifontaine, 2000)

Outro princípio, o da *beneficência*, é o preceito antigo da tradição hipocrática. Refere-se à obrigação ética de promover o bem, maximizar os benefícios e minimizar danos e riscos. Deve ser exercido com prudência para se evitar a atitude pater-

nalista, o cliente/paciente deve ser respeitado e considerado um sujeito na relação profissional da saúde/paciente — cliente (Kottow, 1995).

O princípio da *não-maleficência*, também de tradição hipocrática, remete à idéia de não causar danos. Ainda que um ato não traga benefício, pode ser eticamente positivo na medida em que evite danos. Entretanto, a omissão de atos pode ser moralmente reprovável se desencadeia uma situação de riscos (Kottow, 1995).

O outro princípio é o da *justiça*, que diz respeito à obrigação ética de dar a cada pessoa aquilo que lhe é devido, de tratar cada um de acordo com o que é moralmente certo e adequado. Está relacionado à igualdade de oportunidades de acesso a bens e serviços (Kottow, 1995).

O principialismo traz importantes argumentos para a análise ética de conflitos morais, porém devemos ser cautelosos na sua incorporação e assimilação, devendo os mesmos ser adequados as realidades culturais específicas.

Até há pouco tempo, as questões relacionadas com o processo de envelhecimento em seus aspectos éticos e morais recebiam pouca atenção, talvez porque as pessoas se recusassem a admitir o emergente e acelerado processo de envelhecimento populacional.

Com o maior número de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) na população mundial, e a maior participação deles em diversos segmentos sociais, novos desafios e questionamentos emergiram, incluindo alguns questionamentos bioéticos. Além dos aspectos médicos, psicológicos e sociais envolvidos no atendimento de pacientes idosos, outras questões podem ser levantadas. A bioética pode ser a “ferramenta” para identificar, analisar e resolver os problemas que surgem no cuidado ao ser humano que envelhece.

Os principais problemas dizem respeito à alocação de recursos escassos, à complicada relação profissional de saúde — paciente idoso —, família, autonomia e tomada de decisão desses idosos, muitas vezes com essa capacidade diminuída e a morte e o morrer com dignidade (Goldim, 2002).

No sentido de refletirmos mais profundamente sobre algumas dessas questões abordadas desenvolvemos um tópico em que serão apresentados alguns casos de nossa vivência profissional e discutidas as suas implicações éticas e morais.

Implicações bioéticas do cuidar de enfermagem ao idoso: apresentação de casos e discussões.

No mundo complexo em que vivemos estamos cercados por questões éticas em todas as facetas de nossas vidas. Especificamente, no cuidado de saúde, o enfoque sobre ética intensificou-se em resposta aos acontecimentos trazidos pelos avanços tecnológicos e científicos e a alocação de recursos.

As decisões éticas são complexas, especialmente quando afetam o bem estar dos pacientes. O processo de reflexão moral ajudará o profissional a justificar suas ações, por isso é importante que se faça um diagnóstico do problema em questão, se enumerem as alternativas para sua resolução, se comparem as alternativas para essa resolução com os princípios éticos e morais relevantes, se escolham as conseqüências que prevêm o valor positivo mais elevado e o menor dano e, por último, se avalie a decisão escolhida.

O aumento da vulnerabilidade do idoso torna os aspectos éticos e legais importantes questões na prestação de cuidados a ele. Para melhor ilustrar, trazemos algumas

situações concretas vivenciadas por nós e comuns aos profissionais de saúde que trabalham com pacientes idosos:

Caso 1: *Uma mulher de oitenta anos é internada na clínica geriátrica com diagnóstico de infecção do trato urinário e desidratação. Ela está desnutrida, com peso abaixo do normal e letárgica. Os líquidos endovenosos e antibióticos são prescritos. No terceiro dia de hospitalização, sua ingestão calórica sendo menor que 500cal/dia, o médico prescreve alimentação por sonda naso-enteral. A paciente retira repetidamente sua sonda. Tentamos conversar com a mesma sobre a importância da manutenção da sonda para o seu tratamento, mas não obtivemos sucesso, então o médico prescreve que a paciente seja contida, de modo que a sonda não seja mais retirada. A paciente, que está alerta e orientada, pede: “Você não pode me desamarrar? E tire esta coisa do meu nariz. Eu não quero!”.*

O dilema surge da obrigação de respeitar a autonomia da paciente para soltá-la das contenções mediante sua solicitação e a obrigação de protegê-la de se lesionar ao retirar ou deslocar a sonda de alimentação (autonomia *versus* benefício).

Para iniciarmos a discussão talvez seja interessante definir contenção física: “método manual de dispositivo físico ou mecânico, material ou equipamento preso ou adjacente ao corpo que restringe a livre movimentação ou o acesso normal ao corpo de uma pessoa” (Roach, 2003).

Exemplos de restrições físicas incluem os dispositivos usados para restrição de movimentos dos braços e pernas, faixas ou vestes. Outros dispositivos que podem ser classificados como contentores incluem grades no leito e cadeiras de rodas quando se amarra um lençol ao encosto para evitar que a pessoa se movimente, evitando queda.

Alguns cuidados são indispensáveis quando da utilização de contenções físicas: usá-las pelo menor tempo possível e somente quando não houver outra alternativa; examinar periodicamente as extremidades do corpo contidas, não esquecendo de retirá-las para higienização e para movimentação da extremidade; avaliar se há dor devido à contenção, problemas circulatórios ou abrasões na pele; usar luva de polegar livre em vez das contenções de pulso; avaliar atendimento às necessidades básicas (alimentação, hidratação, eliminações, conforto); manter paciente e familiares orientados com relação à necessidade das restrições (Roach, 2003).

No caso da paciente em questão foi prescrito que as mãos da mesma fossem amarradas para evitar que ela tracionasse ou mesmo retirasse a sonda naso-enteral. Poderíamos usar como argumento a favor dessa contenção a segurança da paciente, isso porque com as mãos contidas ela não conseguiria alcançar a sonda e a mesma permaneceria posicionada no local correto, evitando lesões nas narinas e principalmente o risco de bronco-aspiração pelo tracionamento da mesma. Além disso, a oferta calórica da paciente poderia ocorrer sem transtornos.

Como argumento contra a contenção poderíamos utilizar o respeito à autonomia da paciente como uma obrigação profissional. Respeitar uma pessoa como agente autônomo significa, no mínimo, acatar seu direito de ter opiniões próprias, de fazer suas escolhas e de agir segundo seus valores e crenças pessoais.

O princípio de autonomia prevê que o indivíduo seja competente para decidir e isto acontece quando apresentam capacidade de entender e processar a informação, de almejar um determinado resultado e de comunicar livremente seus desejos para os profissionais. A pacien-

te estava alerta e orientada e almeja algo, solicitando à enfermeira que sua mão seja desamarrada e a sonda retirada.

Na maioria das vezes, a nossa opção acaba sendo a restrição do paciente para que o mesmo permaneça com a sonda naso-enteral e receba a alimentação conforme sua necessidade calórica. Acreditamos que esta ação acaba originando um benefício suficiente para compensar o dano físico e moral de mantê-lo restringido contra a sua vontade.

Mas apesar disso o dilema permanece. Será ético, nessa situação, colocar a ação que eu acredito ser um benefício para o paciente acima de sua vontade, desrespeitando assim sua autonomia?

A garantia do princípio de autonomia requer o respeito a padrões éticos, porém ela não deve ser convertida em direito absoluto, podendo a vontade do paciente vir a ser confrontada com a do profissional de saúde. Este pode, por razões éticas, se opor aos desejos do paciente na realização de certos procedimentos.

Outro problema enfrentado no nosso cotidiano diz respeito a alocação de recursos. Vivenciamos situações de bastante desconforto e impotência quando as necessidades sociais são muitas e os recursos são escassos. Como definir prioridades? Sejam elas na macro ou na micro alocação de recursos.

O caso que vamos expor a seguir pode ajudar-nos a refletir sobre esse problema cada vez mais presente no atendimento à saúde da população.

Caso 2: *Uma mulher de 87 anos, viúva, sem filhos, moradora de uma instituição de longa permanência, com seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE) é internada no hospital em estado bastante adiantado de desnutrição proteico-calórica, já apresentando edemas generalizados devido a albuminemia. Apresenta*

também uma úlcera de pressão na região sacra. Na prescrição médica enviada à farmácia do hospital consta “Albumina humana — 1 frasco de 8/8horas”, medicamento utilizado para a correção da albuminemia, e “Dersani” (marca), para curativo da úlcera. O responsável pela farmácia nos liga informando que ambos os medicamentos prescritos foram adquiridos recentemente, pois estavam em falta, somente para serem utilizados pelos pacientes da Clínica de Queimados, e não podem ser enviados para a Clínica Geriátrica. Tentamos argumentar com o farmacêutico, mas ele também está subordinado a uma administração hospitalar que tem outras prioridades.

E por que essa distinção entre os pacientes? A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que “Saúde é um direito de todos”, mas será que podemos dizer que o princípio constitucional é eficaz quando se trata de alocação de recursos insuficientes?

No caso citado, estamos falando da micro alocação, ou seja, a seleção de pessoas que deverão se beneficiar dos recursos disponíveis. Alguns critérios predefinidos podem ser utilizados por quem deverá receber o recurso escasso. Dentre esses critérios temos: o merecimento, a necessidade ou o prognóstico.

O critério de prognóstico é o mais utilizado, e com ele fazemos projeções futuras de como os indivíduos poderão usufruir e compartilhar o benefício recebido. Com esse critério o paciente idoso pode ser prejudicado, pois acredita-se que o paciente mais jovem tenha maior probabilidade de cura e usufrua melhor o benefício recebido.

Quando falamos na macro alocação de recursos, o problema é maior ainda, pois as necessidades físicas, psíquicas e sociais são crescentes, se modificando e sofisticando, e os recursos não acompanham a totalidade dessas demandas. As políticas de saúde, assim

como a organização dos sistemas de saúde que priorizam as ações diante dos recursos escassos, são questões éticas fundamentadas no princípio da justiça (Fortes, 2002).

O princípio da justiça aponta para as obrigações das instituições do Estado e da sociedade em relação ao ser humano que envelhece. O bem-estar do idoso não depende apenas de relações pessoais de cuidado por parte de familiares e profissionais. Ela deve ser baseada em políticas públicas que assegurem o direito do idoso, criando condições para a promoção de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Junges, 2003).

Cabe a todos nós que nos interessamos pela questão do envelhecimento e trabalhamos com o idoso conscientizar a sociedade que o envelhecimento é um processo natural em que ocorrem modificações do ponto de vista bio-psíquico-social que devem ser aceitas para minimizar os estereótipos existentes. Também devemos estar engajados na luta pelo cumprimento das leis que garantem o direito aos idosos.

Outra reflexão que gostaria de fazer está relacionada aos dilemas em torno da morte e do morrer, predominantes na prática dos profissionais de enfermagem. Apesar da morte fazer parte da existência humana, a idéia de curar, de salvar vidas, é o que sobressai no cuidado de saúde. Com a tecnologia avançada, pode ser difícil aceitar o fato de que nada mais pode ser feito ou que a tecnologia pode prolongar a vida somente à custa de conforto e qualidade de vida.

O caso abaixo pode ilustrar melhor essa situação desconfortável pela qual nós profissionais de enfermagem passamos, principalmente no atendimento do paciente idoso.

Caso 3: *Um paciente com noventa anos, sexo masculino, é internado na Clínica Geriátrica com diagnóstico de pneumonia. O paciente apresenta*

uma doença neurológica crônico-degenerativa, e devido às atrofinas assumiu a posição fetal. Apesar de estar desperto, não se comunica, apenas respondendo aos estímulos dolorosos com gemidos, estando totalmente dependente de cuidados. Ao ser internado lhe foi passada sonda naso-entérica para alimentação, devido à não aceitação oral. Instituída antibiótico-terapia endovenosa, sua rede venosa, em péssimas condições, dificulta a punção. Após alguns dias, foi realizada a cateterização de veia central. Apresentando uma lesão na perna esquerda, a qual se descobriu ser uma fratura exposta, mas que pelas condições do paciente não pode ser tratada cirurgicamente. O paciente tem uma família grande e muito participante, com as filhas se revezando para acompanhá-lo na internação. Cada intervenção, por mais simples que seja (uma troca de fralda, uma troca de roupas de cama, uma mudança de decúbito) parece ser um martírio para o paciente e também para seus familiares. Apesar de todo o tratamento instituído, o paciente não mostra melhoras. A família então se questiona, e também nos questiona, do porquê de tanto sofrimento? Até quando prolongar essa vida, com tanto desconforto e dor? Por que continuar investindo, trocando antibióticos, trocando cateter central, passando sonda vesical de demora, se nada parece surtir efeito?

E aí surge o dilema, pois muitas vezes nos sentimos como esses familiares que não querem mais sofrimento para o seu ente querido, porém nós não temos a autonomia para decidir, nós fazemos parte de uma equipe interdisciplinar, e nem sempre esses outros profissionais acham que está na hora de parar de investir.

O conhecimento biotecnológico tornou o morrer humano mais problemático, difícil de prever, fonte

de complicados dilemas éticos e escolhas difíceis, mais gerador de angústias e incertezas (Pessini, 2001).

As palavras de Martin na apresentação de Pessini (2001) retratam bem a nossa angústia: “é a realidade de uma morte lenta, ansiosa e com muito sofrimento; é a realidade de tratamento fútil, que aumenta o sofrimento do doente — e das pessoas ao seu redor — e parece trazer pouco ou nenhum benefício para ele”.

O alívio da dor e do sofrimento é um dos objetivos tradicionais da medicina. A dor está relacionada com extremo desconforto físico, e se faz presente de muitas maneiras, enquanto que o sofrimento se refere a um estado psicológico ou opressão, caracterizado por medo e ansiedade. Por uma série de razões, a medicina contemporânea tem falhado nesse objetivo (Pessini, 2001).

Siqueira (2003) cita o estudo SUPPORT (Study to Understand Prognosis and Preference for Outcomes and Risk of Treatment [Lynn J Ann Inter Med 1997; 126: 97-106]), que colheu informações de familiares e pacientes idosos com sua saúde bastante agravada e concluiu que 55% deles estavam conscientes nos três dias anteriores à morte, 40% sofreram dores insuportáveis, 80% fadiga extrema e 63% tiveram grande dificuldade para tolerar o sofrimento físico e emocional.

A medicina contemporânea tornou a morte um problema complexo. A não consideração da morte como uma dimensão da existência humana e o desafio de lutar com ela faz com que se introduzam tratamentos agressivos que somente prolongarão o processo de morrer. Despreparados para a questão, passa-se a praticar uma medicina que subestima o conforto do doente terminal, impondo-lhe uma longa e sofrida agonia.

Nesse contexto surge o termo distanásia, que etimologicamente

significa prolongamento exagerado da agonia, do sofrimento e da morte de um paciente. Segundo Pessini (2001) no mundo europeu fala-se em “obstinação terapêutica”, nos Estados Unidos em “futilidade médica” ou “tratamento fútil”. Entende-se por futilidade a ausência de motivo ou de resultado útil em um procedimento diagnóstico ou intervenção terapêutica. A determinação envolve freqüentemente juízos de valor, particularmente quando o objetivo é a qualidade de vida.

O cuidar em enfermagem tem como finalidade prioritária amenizar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar as crises e as experiências do viver e do morrer. Atua-se na promoção, recuperação e reabilitação da saúde e qualidade de vida ou, quando isso não é possível, se assiste o indivíduo para que tenha uma morte digna. E o que seria essa morte digna?

A reflexão bioética, e especialmente a discussão ética sobre a distanásia, trazem-nos questões difíceis como: estamos ampliando a vida ou simplesmente adiando a morte? A vida humana deve, independentemente de sua qualidade, ser sempre preservada? A quem cabe a decisão de continuar ou parar um tratamento que não está trazendo benefícios ao paciente? Caso o paciente não esteja em condições de exercer sua autonomia, quem deve decidir: os familiares, o médico, a equipe interdisciplinar?

Será que não está na hora de se oferecer para esses pacientes fora de possibilidade terapêutica, e a seus familiares, um ambiente diferenciado, não com avançada tecnologia, mas sim com uma equipe interdisciplinar preparada para proporcionar acolhimento, conforto, cuidados a fim de que se invista em preservação da dignidade também no morrer? Chamemos esse ambiente de unidade de cuidados pa-

liativos ou qualquer outro nome que queiramos dar, pois o importante é que ele exista. No Brasil há muito que ser feito nesse sentido, primeiramente formando profissionais de saúde técnicos, porém mais sensíveis ao sofrimento do outro, e depois investindo no ambiente físico confortável que acolha o paciente e seus familiares nesse momento de finitude.

Considerações finais: O dilema continua.

Sei que muitas questões levantadas nessa pesquisa ficaram sem resposta, mas a bioética, embora não traga respostas prontas e acabadas, procura fazer uma ampla reflexão, levantando e analisando questionamentos nos diferentes aspectos morais da vida. Suas indagações são um bom caminho para o alcance de mediações e respostas eticamente aceitáveis e justas, por ter sua preocupação máxima voltada para a integridade e dignidade do ser humano.

O ato de cuidar, intrínseco a todo ser humano e foco central da enfermagem, requer planejamento e avaliação constantes. Não deve abranger apenas os aspectos técnico-biológicos, mas estar alicerçado em sentimentos como compaixão, sensibilidade, paciência, carinho,

afeto, proteção, disponibilidade, interesse e atenção, dentre outros.

Para cuidar adequadamente do número crescente de idosos, os profissionais de enfermagem precisam conscientizar-se sobre as necessidades específicas daquele que envelhece. Devem conhecer as doenças mais comuns nos idosos e as mudanças físicas, psicológicas e sociais que acompanham o envelhecimento. Um profissional que cuida do idoso numa visão holística deve ser capaz de estabelecer com ele uma conexão e expressar sua atenção tratando-o com dignidade e respeito, valorizando sua vivência e contribuições, praticando a paciência e amabilidade e atendendo suas necessidades com competência, tentando manter sua independência e autonomia.

A vulnerabilidade do idoso torna os aspectos éticos e legais importantes questões na prestação de cuidados ao mesmo. Alguns conflitos estão relacionados à autonomia e tomada de decisão, alocação de recursos, relacionamento idoso e profissional de saúde e questões relacionadas à morte.

As decisões éticas são complexas, principalmente quando afetam o bem estar do outro. O processo de reflexão moral é o caminho que possibilita melhor mediação dos problemas vividos no co-

tidiano de enfermagem e para isso é importante que algumas etapas sejam seguidas:

- a) Fazer o diagnóstico do problema em questão.
- b) Enumerar alternativas para a resolução do mesmo.
- c) Comparar alternativas com os princípios éticos e morais relevantes.
- d) Escolher a consequência que prevê o valor positivo mais elevado e o menor dano.
- e) Avaliar a decisão escolhida.

Tomar decisões envolve confrontar valores, normas, interesses ou princípios, o que necessariamente não resulta em uma resposta satisfatória ou perfeita para um dilema ético. As escolhas devem estar centradas no respeito à dignidade humana enquanto valor ético fundamental a ser respeitado, e não podem e nem devem favorecer quaisquer formas de discriminação.

Esperamos, com essa pesquisa, ter contribuído para que as reflexões surgidas em relação aos conflitos éticos existentes no cotidiano dos profissionais de enfermagem possam ser discutidas nos cursos de formação profissional, além de serem trabalhadas no nível de serviços de saúde, com intuito de aprimorar o cuidado de enfermagem ao ser humano idoso e família.

REFERÊNCIAS

- Berquó ES, Leite VM. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. *Ciênc cult* [200-]; (40):679-688.
- Boff L. *Saber cuidar: ética do humano — compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes; 1999.
- Carvalho FE, Papaléo Neto M. *Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 1994.
- Chaimowickz F. *Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade*. Belo horizonte: Postgraduate; 1998.
- Duarte YAO. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. *Mundo saúde* 1997; 21(4): 226-30.
- Epstein C. *Interação efetiva na enfermagem*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. p. 66-73.
- Farinatti PTV. Avaliação da autonomia do idoso: definição de critérios para uma abordagem positiva a partir de um modelo de interação saúde-autonomia. *Arq geriat gerontol*; 1(1):31-37.

- Fortes PAC. Dilemas éticos na alocação de recursos em Saúde. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro AO, organizadores. Ética, ciência e saúde. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 139-149.
- Gandolpho MA. O cuidar do idoso hospitalizado: representações dos profissionais de enfermagem. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.
- Goldim JR. Bioética e envelhecimento. In: Freitas EV et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 85-99.
- Heidegger M. A cura como ser da presença. In: Ser e Tempo. Petrópolis: Vozes; 1997. parte I, p.243-300
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico: 2000. Rio de Janeiro: IBGE; [200?].
- Junges JR. A bioética diante da situação do idoso. Rev Instituto Santo Tomás de Aquino 2003; (3):33-58.
- Kotton MH. Fundamentos de bioética In: Introducción a la Bioética. Santiago do Chile: Editorial Universitária; 1995. p.72-76.
- Néri AL. Atitudes em relação à velhice: evidências de pesquisa no Brasil. Gerontologia 1997; 3(5):130-139.
- Novaes MRV. As representações sociais dos alunos de graduação em enfermagem sobre “Ser Velho” e “ Cuidar de Velhos”. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.
- Novaes MRV, Gandolpho MA. A imagem da velhice: a ótica do estudante de enfermagem. Nursing [200-]; 7(50):19-24.
- Oliveira AC, Fortes PAC. O direito à informação e a manifestação da autonomia de idosos hospitalizados. Rev Esc Enf USP [200-]; 1(3):59-65.
- Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaléo Neto, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu;1997. p.313-23.
- Pavarini SCI, Néri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto familiar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.49-70.
- Pessini L, Barchinfontaine PC. Bioética do princípalismo à busca de uma perspectiva latino americana. In: Costa SIE, Garrafa V, Oselka G, organizadores. Iniciação à Bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p.81-98.
- Pessini L, Barchinfontaine PC. Pesquisa com seres humanos. In: Problemas atuais de Bioética. São Paulo: Loyola; 2000. p.11-16 e 137-150.
- Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2001.
- Pessini L. Um tributo à Potter: no nascedouro da bioética. Mundo saúde 2002; 26(1):188-190.
- Prado MM. Panorama da bioética no Brasil: um estudo sobre a reflexão bioética desenvolvida no país. [Dissertação de Mestrado]. Brasília:Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília; 2002.
- Reich WT. Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan Press; 1995. v.1.
- Roach SS. Introdução à enfermagem gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
- Sayeg N. A questão do envelhecimento no Brasil. Mundo saúde 1997; 21(4):196-199.
- Santos SSC. Enfermagem gerontológica: reflexão sobre o processo de trabalho. Rev gaúch enferm 2000; 21(2):70-86.
- Shoueri JR, Ramos LR, Papaléo Neto M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho ET, ARVALHO FILHO, E.T, Papaléo Neto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000.
- Silva MJP, Gimenes OM, Piedade V. Eu - o cuidador. Mundo saúde; 24(4): 237-246.
- Siqueira JE. A ética e os pacientes terminais. In: Molina A, Albuquerque MC, Dias E, organizadores. Bioética e humanização: vivências e reflexões. Recife: EDUPE; 2003. p.41-46.
- Veras RP, Dutra S. Envelhecimento da população brasileira: reflexões e aspectos a considerar quando da definição de desenhos de pesquisas para estudos populacionais. Rev Saúde Coletiva 1993; (1):107-126.
- Volich RM. O Cuidar e o sonhar: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. Mundo saúde 2000; 24(4):237-246.
- Waldow VR. Cuidado: uma revisão teórica. Rev gaúch enferm 1992; 14(2):108-112.
- Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1999.

Recebido em 16 de março de 2006
Versão atualizada em 19 de abril de 2006
Aprovado em 9 de maio de 2006