



Texto 24

Unidade de Aprendizagem IV

Bioética e espiritualidade no processo de morrer

José Francisco P. Oliveira, Ligia Py e Claudia Burlá

Bioética é um neologismo derivado das palavras gregas *bios* (vida) e *ethike* (ética). Trata-se de um exame moral e necessariamente interdisciplinar das diversas dimensões da conduta humana no campo das ciências da saúde e da vida. É de modo fundamental uma ética aplicada.

Kottow Lang (1995, p. 53) define a bioética como “o conjunto de conceitos, argumentos e normas que valorizam e legitimam eticamente os atos humanos que podem ter efeitos irreversíveis sobre fenômenos vitais”.

Para refletir

Pensando em sua prática, você já se deparou com situações que envolvam questões bioéticas?

Vemos que a bioética não se restringe às questões da saúde humana, nem despreza as questões relacionadas com as outras formas de vida e os desafios ligados ao meio ambiente.

Assim, ampliando a definição, Pessini e Siqueira (2011, p. 106) nos dizem:

Discute-se sobre valores humanos em diálogo nem sempre fácil com o empreendimento técnico-científico, enquanto este intervém no âmbito da vida em geral e na vida humana em particular. Com o aumento exponencial do conhecimento humano, via tecnociência em todos os âmbitos da vida humana, estamos diante de realidades sempre mais complexas, polêmicas e que exigem discernimento ético para optarmos por alternativas que não firam a dignidade do ser humano no processo de aquisição

de mais conhecimento e que lhe proporcionem sempre mais perspectivas de qualidade de vida e felicidade de viver.

As publicações pioneiras da bioética são as obras *The Belmont Report* e *Principles of Biomedical Ethics*, de Tom L. Beauchamp e James F. Childress (1979), que tratam da pesquisa em seres humanos e definem os princípios da bioética amplamente divulgados no mundo inteiro. Chamada bioética principalista, propõe quatro princípios básicos, amplamente adotados na área do atendimento à saúde.

Princípios básicos da bioética principalista

- **Autonomia:** assegura a autodeterminação e o autogoverno do paciente nas decisões sobre quaisquer práticas e tratamentos que lhe sejam dispensados. No caso de idosos, as demências, por exemplo, são um impeditivo para o exercício da sua autonomia, cabendo aos familiares e/ou aos profissionais a árdua tarefa ética das decisões que seriam do paciente.
- **Beneficência:** é a prática do bem. A intervenção se constitui em uma ação solidária de compartilhar conhecimentos e saberes, em que se incluem os profissionais da equipe de saúde, o paciente e seus familiares.
- **Não maleficência:** impedimento radical de causar danos ao paciente, em quaisquer circunstâncias da assistência. É um princípio importantíssimo na atualidade do avanço acelerado da tecnologia biomédica.
- **Justiça:** assegura a equidade na aplicação de recursos disponíveis para o atendimento às necessidades dos pacientes. Refere-se à completa imparcialidade na garantia do acesso e distribuição dos benefícios a todas as pessoas que necessitam de assistência.

Bioética no atendimento aos idosos

Os princípios da bioética principalista estão consagrados na literatura científica e na formulação das técnicas de intervenção atuais. Entretanto, para seu cumprimento, ainda precisam ser integrados e internalizados por cada um dos profissionais e, por extensão, em cada um dos seres humanos. Constituem-se em uma base sólida para a construção de uma práxis dos cuidados individualizados, especialmente os paliativos, que dispensamos aos pacientes idosos quando eles estão se aproximando do fim da vida (DOLL; PY, 2007).

Contudo, vale lembrar a crítica de autores como Pessini e Barchifontaine (2006) referente à necessidade de privilegiarmos a situação político-socioeconômica do nosso país, em uma perspectiva coletiva, para a

instauração de padrões bioéticos no cenário atual da alta biotecnologia, especialmente frente à desigualdade nos acessos aos bens produzidos.

Ressaltamos a proposta de Schramm (2008) para a inclusão da “dimensão protetora” na compreensão da bioética, que se estende à saúde pública. Nessa formulação, Schramm evoca o sentido etimológico arcaico de *ethos* como “guarida”, lugar de proteção dos animais e, por extensão, dos seres humanos contra os perigos da natureza e de qualquer outra ordem. Nessa visão, a bioética de proteção expressa e especifica os fundamentos da responsabilidade, justamente onde a bioética aponta para a dimensão pública da gestão da saúde.

As situações de desigualdade de acesso são um problema da responsabilidade do Estado, que tem a seu cargo resolvê-lo com o desenvolvimento de políticas públicas adequadas. E, evidentemente, não basta formulá-las, mas favorecer as condições e as situações em que elas possam ser cumpridas.

Creemos que a “dimensão protetora” possa incluir-se nos princípios da bioética registrados no clássico Relatório Belmont (UNITED STATES, 1979).

No Brasil, existe a Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), que agrega pensadores, estudiosos e praticantes preocupados com a atualidade e o futuro dos seres humanos. Pessini (PESSINI; HOSSNE, 2012), como porta-voz da SBB, assim nos fala da bioética, em sua abrangência maior:

A intuição pioneira de Potter, ao definir profeticamente a Bioética como “*ponte para o futuro*”, em 1970, atualmente pode ser repensada como ponte de diálogo multi, inter e transcultural entre diferentes povos e culturas, em que as relações de justiça, solidariedade e respeito diante do diferente, do diverso e do desigual não sejam meros discursos vazios ou realidades virtuais, mas traduzidas em dignidade e qualidade de vida para pessoas e povos mais vulneráveis (PESSINI, 2012, p. 17).

Espiritualidade

É interessante observar que o desenvolvimento da espiritualidade, como busca incessante de um sentido para a vida, está na base da nossa atuação bioética com as pessoas que sofrem.

A doença habita misteriosamente o corpo. Integra-se nele e cria persistentes transformações. A dependência é uma constante na relação de cuidado com os idosos doentes chegando ao fim da vida. Nessa relação, o paciente idoso pode sustentar-se, amparado no sentimento de confiança

básica (ERIKSON, 1998) que o manterá na esperança não do prolongamento de sua vida, mas na certeza de ser cuidado, amado e protegido até o final. Aí se insere a dimensão mais original da espiritualidade.

Reconhecer que uma pessoa idosa está morrendo é essencial para o atendimento digno da celebração do final de uma vida inteira. Mauksch (1975) nos diz que, na cena da morte, há uma singularidade que reafirma a ideia de que, no processo de morrer, o órgão comprometido é o que menos importa, dadas a amplitude, a profundidade e a delicadeza do momento.

A aproximação da morte é um grande desafio para o idoso. Suas crenças, até então sólidas, podem abalar-se; o sentido da sua vida, construído ao longo dos anos, pode arrefecer-se. Quem sabe seu mundo interno se vê em ruínas, revelando fragilidades que o afastam da realidade da entrega à morte. Como lidar com o insuportável?

Cremos que não somente os pacientes idosos, mas todos nós, sozinhos, confrontando a morte, possamos mesmo nos encontrar em radical desamparo. Cremos ser a hora do grande *insight* quando inelutavelmente precisamos uns dos outros, assegurados pela afeição que nos une nos laços familiares, comunitários e sociais. Rodrigues (2007, p. 131) nos lembra que “a ruptura dos laços afetivos é a mais verossímil metáfora do nada”.

No entanto, o suporte dos laços afetivos é a manifestação mais original da presença da espiritualidade. A presença do espírito faz emergir uma nova interpelação que devemos fazer: a aceitação da vida que foi vivida, ajudando o paciente a alcançar um sentido coerente de acabamento e significação. Como nos diz Oliveira (1999) pela boca de Neruda: vidas “acabadas, sim, mas como uma obra de mão, em absoluta depuração, toda uma força voltando a ser origem, os seres repletos de suas próprias substâncias”.

É assim que Breitbart (2008) nos mostra os quatro domínios existenciais básicos descritos por Irvin Yalom:

- morte;
- liberdade;
- isolamento;
- ausência de sentido da vida.

Do estudo de Py, Pacheco e Oliveira (2009), extraímos:

A morte carrega o sentido trágico da inexorabilidade. A liberdade envolve a necessidade de respondermos ao fato de que estamos vivos e temos que buscar a satisfação dos nossos desejos num mundo onde as estruturas estão para sempre inacabadas, à espera da nossa persistente criação. O isolamento se refere à solidão última do ser humano: o ato radicalmente pessoal e intransferível de nascer e morrer. E a ausência de sentido refere-se a uma condição básica do ser humano, condenado a buscar insistentemente uma significação para a sua vida, como nos ensina Viktor Frankl (1985), busca empreendida nas incertezas do mundo externo, exímio em apresentar-se sem sentido.

Uma “boa morte” pressupõe uma vida que se pôs ao trabalho do acabamento possível. Seguindo os ensinamentos de Breitbart (2008), observa-se que os pacientes idosos, ao fim da vida, querem: tomar suas próprias decisões; estar sem dor, podendo respirar sem esforço; manterem-se limpos e confortáveis; saber quais são as expectativas acerca da sua condição física e se os familiares estão cientes e tranquilos sobre sua morte; profissionais que os vejam como seres humanos por inteiro, com quem possam partilhar seus medos obscuros, dúvidas, estranhezas, perplexidades e inquietações; a presença de pessoas importantes na sua vida; e querem finalizar suas pendências.

Então, dedicados a um atendimento que se faça entrega aos pacientes idosos ao fim da vida, encontramos a orientação de Breitbart (2008) a partir da proposta de Ira Byock, que aponta as manifestações de profunda tristeza, expressões de perdão e revelações de gratidão como antecedentes facilitadores do adeus final. Na síntese que é oferecida pelo autor, o paciente idoso deve estar aberto a cumprir o fechamento do seu ciclo de vida, tendo sido possível um nível de elaboração psíquica e uma resolução de pendências que lhe permitam, agora, a abertura nas suas relações para a expressão da sua despedida, sofrida, sim, mas, elegante e em paz, como nos lembra Pessini (2006) seguindo a orientação de Byock (1997):

- eu te perdoo.
- perdoe-me.
- eu te amo.
- obrigado por me amar.
- adeus!

Aí está a mais profunda síntese da espiritualidade e da dignidade.

Para refletir

O suporte dos laços afetivos é a manifestação mais original da presença da espiritualidade. A presença do espírito faz emergir uma nova interpelação que devemos fazer: a aceitação da vida que foi vivida, ajudando o paciente a alcançar um sentido coerente de acabamento e significação.

Pense em você no cenário da morte de um paciente idoso. Como você “enlaça” afetividade e espiritualidade?

Dignidade

A dignidade é o fruto mais genuíno do espírito humano. É uma categoria que se aplica apenas ao homem, pois só ele é e tem um fim em si mesmo. Apenas ele é valor absoluto opondo-se às coisas materiais, que são apenas meio e têm valor relativo, podendo ser substituídas por algo equivalente. A dignidade mostra que o homem não tem preço, pois é valor absoluto. Ser espiritual, o homem é superior a qualquer preço. Vale integralmente tanto quanto tem de suporte espiritual e quanto tem de humanidade em sua identidade de pessoa. A noção de dignidade humana emerge, pois, da própria autonomia do homem. É ele o único ser capaz de se escolher a si mesmo, independentemente de qualquer determinação externa. Aí reside a pedra de toque, o eixo de sua dignidade e o mais profundo fundamento de sua consistência ética.

O que mais se pode acrescentar além de se constatar que dignidade significa tudo o que manifesta e sustenta a humanidade do homem e revela mais luminosamente seu espírito? E reconhecer que dignidade é o espaço mais sagrado de sua natureza humana, de sua condição humana? Agredir esse espaço em qualquer uma de suas dimensões é profaná-lo; é aviltar o homem em sua totalidade.

Em suma, dignidade é tudo o que faz do homem ele mesmo: sua liberdade, sua autonomia, sua consciência moral, sua faculdade de escolha, sua capacidade de decisão, sua possibilidade de construir um sentido para sua vida, sua adesão aos deveres que decorrem de sua liberdade e, enfim, a garantia que lhe é devida em relação a seus direitos fundamentais – se alimentar, habitar, se educar e poder acessar a cultura de seu meio, trabalhar para sustentar a si e aos seus, ser atendido em suas enfermidades, amparado em sua velhice e acompanhado em sua morte.

Concretamente, preservar a dignidade do doente idoso, em especial na fase terminal, significa preservar o valor da vida, sinal da humanidade que pulsa em sua pessoa, incrementando seu sentimento de esperança,

coparticipando de suas emoções, dividindo com ele, o quanto possível, as decisões que vão sendo tomadas a seu respeito, buscando diminuir sua solidão, aliviando suas dores e sofrimentos da forma mais competente e responsável possível, respeitando sua identidade histórica, social e pessoal, outorgando a ele o protagonismo que lhe é devido nessa dramática curva de sua existência, buscando o equilíbrio inteligente entre as providências curativas e os cuidados paliativos. Em termos mais largos, preservar a dignidade do doente idoso é lutar pela dignidade da humanização do meio social e do sistema político aos quais ele pertence.

Logo, a dignidade humana está também na raiz de toda a ética. É o critério da harmonia da pessoa e da sociedade. Pois é quase impossível para uma pessoa já fragilizada física e socialmente conservar sua dignidade íntegra em condições indignas porque desumanas, numa sociedade indigna porque desumana.

Parafraseando Hannah Arendt (2008), podemos afirmar que a dignidade humana não é medida pela força com que a paixão afeta a alma, mas, antes, pelo tanto que a paixão a ela transmite. Pensar a dignidade humana que emerge da profundidade de nossa consciência não se constitui em uma espécie de diálogo silencioso entre nós e nós mesmos, mas em um diálogo antecipado com os outros e a situação que nos envolve. Nem se resume a dignidade a sentimentos filantrópicos, de um apego fraternal a outros seres humanos, apego esse que brota da aversão ao mundo em que os homens são tratados inumanamente.

A noção que temos de dignidade humana não prescinde, pois, de uma relação real com o mundo. Ao contrário, a ausência de mundaneidade acaba por descambar quase sempre em uma disfarçada forma de barbarismo.

Voltando a Arendt (2008), no âmbito da dignidade, não podemos dominar o passado nem desfazê-lo, mas podemos nos reconciliar com ele.

Sob o signo da dignidade, só humanizamos o que ocorre no mundo e em nós mesmos ao falar sobre o que nos aflige. É no curso dessa fala, sempre um diálogo com os que nos são próximos, que aprendemos a ser humanos.

Paralelamente, mesmo tendo consciência de que nossos comportamentos são limitados por nossa fragilidade humana, não podemos concordar que haja uma gradação para a dignidade como se pode admitir no caso da virtude. Atitudes ou comportamentos indignos, que ferem

e profanam os fundamentais princípios e direitos da pessoa, negam a humanidade de quem os comete. Nessa mesma linha, uma sociedade indigna, no que tem de indigna, revela seus traços e suas manchas de barbárie e desumanidade.

Assim é a dignidade, cujo mais alto predicativo que a ela se liga é ser humana. E assim somos nós diante da dignidade: antes de sermos dignos de qualquer coisa, somos dignos de nós mesmos e, sendo dignos de nós mesmos, somos dignos de toda a humanidade ou em relação a toda a humanidade da qual fazemos parte.

Para refletir

A dignidade humana está também na raiz de toda a ética. É o critério da harmonia da pessoa e da sociedade. Pois é quase impossível para uma pessoa já fragilizada física e socialmente conservar sua dignidade íntegra em condições indignas porque desumanas, numa sociedade indigna porque desumana.

Procure, em sua experiência profissional, a história de um paciente idoso que faça você articular a dignidade humana com a ética.

Atenção às características mais comuns de morte iminente:

- mudança do sensório;
- confusão mental;
- fadiga intensa;
- recusa alimentar;
- flutuação dos sinais vitais.

Cuidados intensivos que devem ser lembrados para as últimas horas:

- assistência espiritual;
- respeito ao silêncio;
- conforto do paciente;
- higiene e arrumação do ambiente;
- analgesia;
- medicações para alívio de todos os sintomas;
- integridade da pele;



- higiene bucal;
- controle de secreções;
- intervenção no *delirium*;
- respeito ao momento da morte;
- garantia da declaração de óbito;
- suporte aos familiares.

Trabalho de luto

O que é luto

O ser humano passa por um processo de luto por qualquer perda que lhe aconteça. A criança perde o colo da mãe; o adolescente perde o corpo e os cuidados infantis; adultos perdem os amores, a casa, o emprego. No caso da morte, o trabalho de luto deveria se constituir em um penoso processo psíquico, implicando a necessidade de elaboração do vínculo afetivo com o familiar falecido. Deveria resultar daí a abertura de perspectivas para o redirecionamento dos afetos depositados no vínculo perdido, canalizando-os para outra pessoa, uma atividade ou algo de interesse.

O luto antecipatório

O luto antecipatório trabalhado antes da perda concreta da vida oferece a todos os envolvidos a oportunidade de acesso a uma forma de elaboração psíquica, na peculiaridade da morte com aviso prévio, quando ela própria, os familiares, amigos e profissionais envolvidos percorreram um tempo de espera. A proposta do luto antecipatório vem atender a uma característica muito comum da população idosa, que é o transcurso fatal de uma doença crônico-degenerativa, configurado como um tempo propício ao desenvolvimento de uma prática multidisciplinar apropriada aos cuidados ao fim da vida desses pacientes.

A atenção ao luto

A atenção ao luto vem sendo destinada àqueles que sofrem a perda de um ente querido. No entanto, o luto também ocorre com os pacientes que vivem, com angústia intensa, um processo de perdas sucessivas. A intervenção acolhedora e calorosa, por certo, contempla a facilitação de uma reflexão sobre sua própria vida e seu consequente desligamento.

É comum aparecerem sentimentos de hostilidade, raiva, revolta e culpa, revelando aspectos ansiosos e depressivos, sem necessariamente se caracterizarem como doença, mas sim como dimensões do sofrimento humano ao fim da vida. Nesses casos, o acolhimento e a tolerância dos profissionais, com segura orientação aos familiares, são de suma importância. Por vezes, a hostilidade do paciente é desmesurada, dificultando a boa relação e o bom cuidado. A procura de alguém que possa estar junto a ele, com uma atitude de compaixão aliada a uma autoridade amorosa, pode ser de grande valia.

Não podemos esquecer também que é fundamental incluir a resolução viável das pendências do paciente idoso, para favorecer a ele a tranquilidade possível para seguir um caminho de afastamento gradual, regido pela realidade da morte.

O luto dos familiares e dos amigos

Os familiares e os amigos vivem emoções decorrentes desse processo de morte. Podemos imaginar os múltiplos sentimentos que eclodem em seu mundo interno, articulando conteúdos de medo e ameaça frente à própria morte, exacerbados pela história da relação que estabeleceram com a pessoa falecida.

Vale a pena prestar atenção, pois não se trata apenas da amorosidade na iminência da perda de um familiar, mas de todos os afetos envolvidos. Por exemplo, o ódio que pode estar figurado em diversas modalidades, como raiva, revolta e vingança.

Pode haver necessidade de uma intervenção, que deve visar à livre expressão desses sentimentos em uma dinâmica informativo-reflexiva, na qual se ofereça a essas pessoas tanto instrumentalização para lidar com o paciente, como uma compreensão que seja facilitadora de um trabalho psíquico, capaz de conduzi-las a uma mudança na significação daquilo que as aflige.

O luto dos profissionais

Também os profissionais vivenciam o processo de luto da perda de seus pacientes. Ainda está ausente, na formação acadêmica, uma sistemática de encontro em grupo que, nesses casos, torna-se imperativa, destinando-se à formação continuada não só para atender à aplicação de metodologias de intervenção, como também fundamentar a competência profissional em uma práxis bioética, com ênfase no caráter existencial dessas ações.

A finalidade é a redução das tensões, possibilitada pela identificação dos conflitos, com o objetivo de transformá-los em problemas, para os quais se buscam soluções. Assim, o profissional, como ser que também envelhece e é mortal, tem a oportunidade de se pôr ao trabalho psíquico de promover os rearranjos que lhe favoreçam criar outra significação para sua existência e sua prática no atendimento aos pacientes idosos ao fim da vida.

A propósito do suicídio em idosos

Adiantamos, aqui, algumas ideias expostas na pesquisa desenvolvida pelas autoras Fátima Cavalcante e Cecília Minayo (2012).

Doenças graves, deficiências e transtornos mentais juntos formam as principais causas de suicídio, seguidas de depressão, conflitos familiares e conjugais. Recomenda-se atenção à qualidade de vida dos idosos, especialmente dos homens, que constituem o grupo de maior risco para suicídio.

Os dados indicam que homens e mulheres estão igualmente em risco quando se isolam, fecham-se, permanecem calados, deprimidos, introspectivos, solitários e tristes. Em ambos os grupos, encontram-se idosos impactados por doenças, deficiências e dores crônicas. Homens são mais afetados por estados depressivos, e mulheres, por conflitos familiares e conjugais. Entre os homens, encontram-se os efeitos do alcoolismo, da vida social conturbada, sobrecarga financeira, aposentadoria com queda de renda, abusos físicos ou verbais. Mas há histórias de mulheres infelizes, com falta de sentido da vida e afetadas por perdas, doenças e violências na família.

Chama atenção o modo como a dor e o sofrimento desempenham papel importante na fragilização do idoso e no desencadeamento do suicídio, fatores esses associados ao agravamento de transtornos físicos. Ressalta-se, também, o papel da depressão interagindo com outras variáveis. Ela aparece ora como coadjuvante de complicações físicas e mentais, ora como principal causa quando associada a perdas, quedas abruptas na vida socioeconômica, aposentadoria, endividamento ou processos existenciais de tristeza e melancolia.

As narrativas biográficas ajudaram a dimensionar a complexidade do tema e da trama psicossocial que envolve o idoso e sua família e a necessidade de apoio intrafamiliar e externo ao grupo doméstico. Algumas narrativas evidenciaram a importância da presença dos profissionais do SUS no suporte às famílias. Mas a maioria das histórias revela que falta atenção diferenciada à pessoa idosa em risco de suicídio e à



Recomendamos a leitura da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, edição especial sobre suicídio de idosos, para conhecer as ideias das editoras convidadas Fátima Gonçalves Cavalcante e Maria Cecília de Souza Minayo, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320120008&lng=pt&nrm=is

sua família quando o ato fatal ocorre e fragiliza muito esse grupo social, tanto internamente como na comunidade.

A diversidade da sociedade brasileira aponta a necessidade de um cuidado na atenção à saúde dos migrantes e seus descendentes, dos índios e seus descendentes (embora eles não tenham sido alvo direto desse estudo, houve dois casos em área agrícola por eles cultivada) e dos pequenos povoados atravessados por diversidade de línguas, raízes culturais, etnias e diferenças de gênero e de tradições. Geralmente, nesses rincões do interior, falta uma vida comunitária e social mais intensa, capaz de dar aos idosos oportunidades de se sentirem úteis depois de se aposentarem.

Testamento Vital: oportunidade de confirmação da autonomia

Testamento Vital, também chamado de Diretivas Antecipadas de Vontade, é um documento no qual uma pessoa, com a capacidade cognitiva preservada, pode deixar registrado o que deseja que lhe seja dispensado em relação aos tratamentos e aos não tratamentos, no caso de se encontrar impossibilitada de expressar sua vontade no momento de necessidade. Esse documento deve ser entendido como “disposições de última vontade”, uma vez que determina o que deve ser feito por todos aqueles (profissionais e familiares) que estejam atendendo à pessoa já incapaz de manifestar sua vontade (DADALTO, 2013).

Beuchamp e Childress (2001) nos oferecem uma grande contribuição para a orientação do Testamento Vital quando apontam três modelos de autonomia a serem levados em conta. Dos três modelos, é o segundo que mais nos interessa aqui, pois os outros dois tratam da figura de um decisor, que deverá tomar todas as providências que considere ajustadas ao caso.

Esse segundo modelo é denominado pura autonomia e se aplica exclusivamente a pacientes que, quando de posse de sua plena autonomia, expressaram uma decisão ou preferência relevante para orientar a tomada de decisões nos cuidados à sua saúde.

Como já mencionado, o princípio da autonomia visa garantir a autodeterminação e o autogoverno da pessoa nas decisões sobre o tratamento que lhe deva ser dispensado. No entanto, nos casos de incapacidade do paciente idoso para exercer esse direito (por exemplo, nas demências), se não há um Testamento Vital, deve ser definido um decisor, muito frequentemente alguém da sua família que assume a responsabilidade de estar no lugar de decisão, em interlocução direta com os profissionais.

O importante é assegurar o protagonismo da pessoa idosa até o momento da sua morte, com a preservação de sua dignidade, fazendo de cada um de nós, profissionais dignos da construção do humanismo, que deve reger o cenário da terminalidade daquele de quem cuidamos.

Referências

ARENDT, H. *Entre o passado e o futuro*. 36. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. 5. ed. New York: Oxford University Press, 2001.

BYOCK, I. *Dying well: the prospect for growth at the end of life*. New York: Putnam/Riverhead, 1997.

BREITBART, W. *Palliative care for the psycho oncologist*. [S.l.]: IPOS, 2008. Disponível em: <www. ipos-society.org>. Acesso em: mar. 2014.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Revista Ciência&Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 maio 2017.

DADALTO, L. Declarações prévias de vontade em caso de terminalidade: estudos acerca da utilização do testamento vital como fonte de prevenir demandas médicas e proteger a autonomia do paciente. In: BROCHADO, A. C.; DADALTO, L. (Coord.). *Dos hospitais aos tribunais*. Belo Horizonte: Del Rey, 2013. p. 367-390.

DOLL, J. Luto e viuvez na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1335-1349.

DOLL, J.; PY, L. O idoso na relação com a morte: aspectos éticos. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alinea, 2007. p. 280-300.

ERIKSON, E. H. *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

FRANKL, V. *Man's search for meaning*. New York: Simon & Schuster, 1985.

KOTTOW LANG, M. *Introducción a la bioética*. Santiago: Editorial Universitaria, 1995.

MAUKSCH, H. O contexto organizacional do morrer. In: KÜBLER-ROSS, E. (Org.). *Morte: estágio final da evolução*. Rio de Janeiro: Record, 1975. p. 33-52.

OLIVEIRA, J. F. P. Finitude na experiência religiosa. In: PY, L. (Org.). *Finitude: uma proposta de reflexão e prática em gerontologia*. Rio de Janeiro: Nau, 1999. p. 45-54.

PACHECO, J. L. Luto: expressões. In: PY, L. (Org.). *Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia*. Rio de Janeiro: Nau, 1999. p. 161-164.

PESSINI, L. Bioética: das origens à prospecção de alguns desafios contemporâneos. In: PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C. (Org.). *Bioética e longevidade humana*. São Paulo: Loyola, 2006a. p. 5-46.

PESSINI, L. Bioética, envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006b. p. 154-163.

PESSINI, L. Prefácio. In: PORTO, Dora et al. (Org.). *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina: Cátedra Unesco de Bioética: SBB; 2012.

PESSINI, L; BARCHIFONTAINE, C. (Org.). *Bioética e longevidade humana*. São Paulo: Loyola, 2006.

PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. Bioética no Brasil: uma década de conquistas (2002-2012). *Revista Bioethikos*, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 371-374, 2012. Disponível em: <<http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/98/editorial-pt.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2017.

PESSINI, L.; SIQUEIRA, J. E. Bioética, envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 107-116.

PY, L.; PACHECO, J. L.; OLIVEIRA, J. F. P. Morte na velhice. In: SANTOS, F. S. (Org.). *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 179-191.

RODRIGUES, J. C. A morte numa perspectiva antropológica. In: INCONTRI, D.; SANTOS, F. S. (Org.). *A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius, 2007. p. 129-136.

SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 11- 23, 2008.

UNITED STATES. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont report*. Washington, DC: Government Printing Office, 1979.