Ética do cuidado e envelhecimento

The ethics of care and aging

Carla Helena Augustin Schwanke[1], Ivana Beatrice Mânica da Cruz[2], Anelise Crippa Silva[3], Anamaria Gonçalves dos Santos Feijó[4]

RESUMO

O crescente número de idosos na população, conjuntamente com a diminuição da fertilidade, levou o Brasil a um cenário de transformação demográfica e epidemiológica. Com as peculiaridades dos idosos, como as plurimorbidades e as incapacidades com restrição, muitas vezes, da sua autonomia, emerge a necessidade de um novo olhar ético, do qual a ética do cuidado parece ser uma perspectiva de abordagem adequada a esses indivíduos. Neste contexto, as autoras apresentam uma revisão da literatura (através de artigos, livros, diretrizes governamentais e base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE) sobre a ética do cuidado e o envelhecimento, resgatando uma análise do processo de envelhecimento, do indivíduo idoso e das suas necessidades.

UNITERMOS: Bioética, Envelhecimento, Idoso, Geriatria, Gerontologia.

ABSTRACT

The growing number of elderly in the population, together with the declining fertility, has led Brazil to a scenario of demographic and epidemiological change. From the peculiarities of the elderly, such as multimorbidities and the disabilities often restricting their autonomy, there emerges the need for a new ethical view, of which the ethics of care seems to be an appropriate approach to those individuals. In this context, the authors present a literature review (through articles, books, government guidelines and database of the Brazilian Institute of Geography and Statistics – IBGE) on the ethics of care and aging, reconsidering an analysis of the aging process, the elderly individuals and their needs.

KEYWORDS: *Bioethics, Aging, Aged, Elderly, Geriatrics, Gerontology.*

INTRODUÇÃO

O Rio Grande do Sul (RS) possui uma das maiores expectativas de nascimentos do país. No Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cujos dados foram recentemente divulgados, o RS apresenta a maior proporção de indivíduos com 65 anos ou mais na população, porém, também apresenta a maior proporção de óbitos dos 60 aos 69 anos (17,89%) (1).

No perfil de morbimortalidade prevalecem as doenças cardiovasculares, sobretudo as isquêmicas (doença arterial coronariana – DAC) e neoplasias (especialmente o câncer de mama entre as mulheres e o câncer de próstata entre os homens) (2).

Uma das buscas da Geriatria refere-se à manutenção da capacidade funcional (independência), da autonomia e da qualidade de vida da população já idosa e da população que está envelhecendo, ou seja, o envelhecimento bem-sucedido. Conforme a definição de envelhecimento bem-sucedido, temos: (a) baixa probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional cognitiva e física; (c) engajamento social (3).

Infelizmente, o incremento da expectativa de vida dos indivíduos ao nascer (conquista expressivamente obtida no século

[1] Médica geriatra. Doutora em Gerontologia Biomédica. Professora adjunta do Instituto de Geriatria e Gerontologia (IGG) e do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).
[2] Bióloga. Doutora em Genética e Biologia Molecular. Professora Adjunta e pesquisadora do Departamento de Morfologia, Centro de Ciências da Saúde – Laboratório de Biogenômica da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).
[3] Advogada. Especialista em Direito Processual Civil. Especializanda em Direito de Família. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pesquisadora do Laboratório de Bioética e de Ética Aplicada a Animais/Instituto de Bioética da PUCRS.
[4] Bióloga. Doutora em Filosofia. Professora coordenadora do Laboratório de Bioética e de Ética Aplicada a Animais/Instituto de Bioética da PUCRS.

51202_miolo_106.indd 202 14/07/2011 14:26:30

XX) é acompanhado de morbidades e incapacidades, fato este que Gruenberg denominou de falência do sucesso (4).

O cenário de envelhecimento populacional brasileiro trouxe novos desafios e questionamentos, tanto do ponto de vista da saúde e da economia, como de aspectos bioéticos, já existentes anteriormente, mas que não recebiam grande atenção. Existem relatos deste tema datados de 44 a.C. (5). Neles, Catão (personagem de Cícero, na obra *Saber envelhecer*), explica o porquê da velhice não dever ser reprovada ou lamentada, e que esta não é penosa. Afirma que suportar a velhice é como suportar qualquer outra idade, ou seja, "se a pessoa é divertida e alegre ela suportará bem, mas se for rabugenta e triste, qualquer idade será penosa".

Neste contexto, as autoras apresentam uma revisão da literatura sobre a ética do cuidado e o envelhecimento.

O INDIVÍDUO IDOSO

Para categorizarmos o indivíduo humano como sendo idoso, levamos em consideração o *Viena International Plan of Action on Ageing*, endossado pela I Assembleia Mundial da Organização das Nações Unidas sobre o envelhecimento populacional, resolução 39/125 (ONU – Viena, 1982), que classifica o idoso como o indivíduo com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, e indivíduos com 65 anos ou mais, em países desenvolvidos (6).

Ao utilizarmos a idade como principal marcador para caracterizar o idoso, devemos considerar que não há apenas a idade cronológica, mas também a biológica, funcional, psicológica, social, entre outras (7).

Muitas vezes, os idosos são qualificados como vulneráveis, ou seja, se encontram em risco elevado de declínio funcional e morte em dois anos (8). Os indivíduos que se enquadram neste contexto estão mais suscetíveis às plurimorbidades, isto é, manifestações atípicas de doenças comuns.

Essas plurimorbidades foram tema de uma pesquisa publicada em 2002, na qual Leeman et al. destaca que 88% dos indivíduos com 65 anos ou mais tem pelo menos uma doença crônica e 69% dos idosos apresentam mais de uma doença crônica e/ou morbidade (9).

Essas formas mais frequentes de manifestações de doenças ou efeitos adversos de medicamentos são chamados de gigantes da geriatria, e são eles: *incontinência*, tanto urinária quanto fecal; *imorbidades*, pois há perda de massa muscular e o aparecimento de escaras; *instabilidade postural,* o que aumenta o risco de quedas; *insuficiência cerebral*, como, por exemplo, *delirium* e alterações cognitivas; e a *iatrogenia*, que é a maior suscetibilidade a reações colaterais e à intoxicação.

Em uma pesquisa realizada em 2003 pelo IBGE, foi apresentado que 75,5% dos idosos tinham alguma doença crônica (Tabela 1), porém, apesar deste alto índice, o número de idosos que tinham plano de saúde em junho de 2006 não ultrapassava 30% da população (Figura 1) (10).

TABELA 1 – Distribuição dos números absolutos e relativos das doenças crônicas não transmissíveis por faixa etária em 1998 e 2003, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD

Grupos de idades (anos)	População		Sem doença crônica		Com doença crônica	
n	%	n	%	n	%	
1998						
0-14	44.063.686	27,9	39.986.310	90,8	3.973.799	9,9
15-59	103.235.426	65,2	64.661.620	62,4	38.472.948	37,3
60 ou +	13.896.177	6,9	3.345.289	30,6	10.931.907	78,7
Total	161.195.289	100,00	107.993.219	68,3	53.378.654	31,6
2003						
0-14	47.793.185	27,2	43.348.604	90,7	4.444.581	9,3
15-59	111.182.801	63,2	75.780.186	68,2	35.402.615	31,8
60 ou +	16.912.925	9,6	4.146.639	24,5	12.766.286	75,5
Total	175.888.911	100,00	123.275.429	70,1	52.613.482	29,9

Fonte: *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio*, 1998 e 1003 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

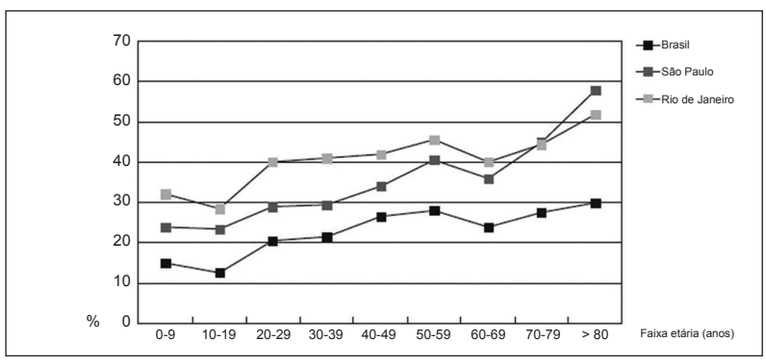
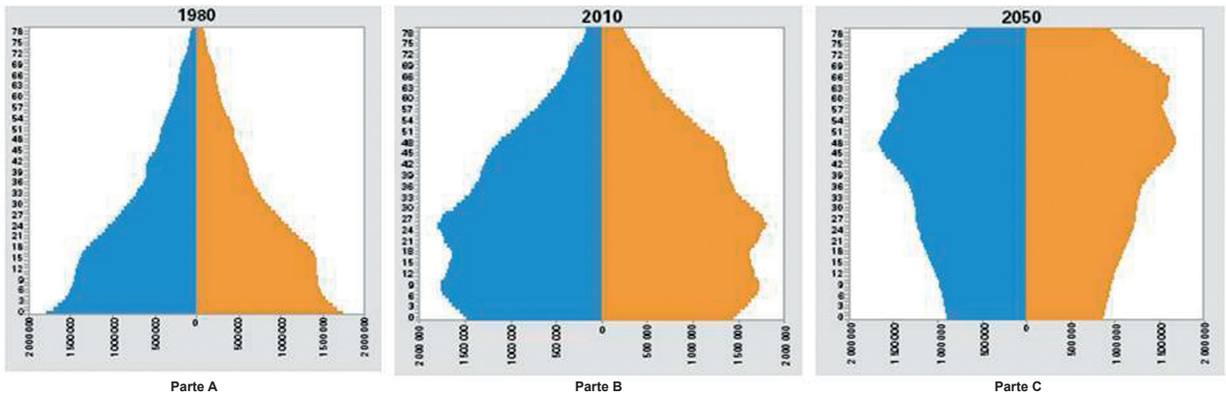


FIGURA 1 – Cobertura de planos de assistência médica por faixa etária no Brasil, São Paulo e Rio de Janeiro em julho de 2006

51202_miolo_106.indd 203 14/07/2011 14:26:30



Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção por Sexo e Idade para o período de 2010 – Revisão 2008.

FIGURA 2 – Pirâmide populacional brasileira. Parte A: 1980; Parte B: 2010; Parte C: projeção para 2050 (10)

Apresentam-se como os principais fatores do aumento populacional dos idosos: a diminuição da fertilidade, o prolongamento da vida médica – devido aos implementos tecnológicos utilizados na medicina – e, em alguns períodos e áreas, a imigração. Esses fatores demonstram que em aproximadamente um século triplicou a duração média de vida e se reduziu em mais de um terço a fecundidade (11).

Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1980 (Figura 2 – parte A) e 2050 (Figura 2 – parte C), teremos uma diminuição progressiva do número de crianças e adolescentes e um aumento do número de idosos. Em 2050 teremos mais pessoas acima dos 50 anos do que abaixo dessa idade (10).

Em 2010 foi divulgado um estudo comparativo pelo IBGE, o qual apresentou a expectativa de vida ao nascer em 2005 de 72,1 anos e em 2009 de 73,1 anos. Já a esperança de vida aos 60 anos, em 2005, era de 20,1 anos.

O envelhecimento tem se caracterizado por um "histórico de perdas", que limitam o indivíduo biológica e socialmente, pois se apresentam de forma física, mental e social. Assim, os geriatras e gerontólogos lutam diariamente contra as perdas e incapacidades (12).

Outra evidência da preocupação com o envelhecimento populacional são as sanções de leis e portarias em prol do idoso:

a) Lei nº 13.300, de 01 de dezembro de 2009: dispõe sobre o acesso preferencial aos idosos, aos portadores de deficiência e às gestantes em eventos culturais, artísticos, desportivos e similares realizados no Rio Grande do Sul (13);
b) Lei nº 13.262, de 20 de outubro de 2009: dispõe sobre a reserva de vagas a pessoas idosas nos estacionamentos públicos e privados no Rio Grande do Sul (14);
c) Decreto nº 46.653, de 01 de outubro de 2009: cria o programa remédio em casa para o idoso (15);
d) Decreto nº 5.934, de 18 de outubro de 2006: estabelece critérios a serem adotados referentes ao artigo 40 do Estatuto do Idoso, ou seja, ao transporte interestadual (16);
e) Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006: Pacto pela Saúde 2006; institui a saúde do idoso como prioridade do SUS (17);
f) Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (18);
g) Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006: institui o dia 1º de outubro de cada ano como o Dia Nacional do Idoso (19);
h) Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003: Estatuto do Idoso (20);
i) Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000: dá prioridade de atendimento ao idoso (21);
j) Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994: estabelece a Política Nacional do Idoso (22).

BIOÉTICA, ÉTICA DO CUIDADO E ENVELHECIMENTO HUMANO

Com o crescimento populacional, surgiram questionamentos sobre os métodos e limites para prolongarmos a vida, tratamentos, organização de instituições de atenção ao idoso, políticas públicas e aspectos previdenciários. Alguns pesquisadores vêm analisando este processo, ponderando sobre o processo de envelhecimento à luz da bioética, listando sete questões relacionadas com o aumento do número populacional de idosos e com as modificações biológicas associadas ao envelhecimento e aspectos éticos e morais, sendo estas: a autonomia na tomada de decisões; relação profissional-paciente; relação familiares e envelhecimento; violência; alocação de recursos; finitude e pesquisa envolvendo idosos (23).

Ao examinarmos a ética de proporcionar cuidado, não podemos deixar de analisar os quatro princípios norteadores da bioética: respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (24).

A autonomia está ligada à autogestão. Para ser considerado autônomo, o idoso deverá agir consciente, de acordo

51202_miolo_106.indd 204 14/07/2011 14:26:30

com a sua vontade, responsabilizando-se por seus atos. Na área da saúde, a autonomia, que deve ser respeitada, caracterizando-se assim o princípio bioético, se aplica tanto ao paciente quanto aos profissionais e familiares (24).

O segundo princípio, o da beneficência, diz que os profissionais da saúde devem agir em prol do paciente impedindo que ocorram danos, sanando estes, se existirem, e promovendo o bem-estar (24).

Já o princípio da não maleficência implica ao profissional da saúde e familiares o dever de não causar dano ao paciente ou não insistir em tratamento fútil (24).

Por fim, o princípio da justiça tem o objetivo de proporcionar um tratamento igualitário entre as pessoas, sendo, também, um tratamento justo e apropriado (24). É com base neste princípio que não se pode excluir do atendimento certos grupos de doentes, como idosos, bem como não se deve fornecer cuidados impróprios ou excessivos a uns pacientes em detrimento de outros (25).

Harry Moody (26) aponta nas suas pesquisas os limites nos princípios da autonomia e justiça como sendo inadequados para enfrentar uma sociedade que está envelhecendo. Para ele, os princípios da autonomia, beneficência e justiça ao serem usados no cuidado médico geriátrico, muitas vezes são inapropriados em comparação ao uso na ética médica.

O princípio da beneficência estaria encobrindo um comportamento paternalista em relação ao idoso, aumentando a sua fragilidade ao invés de auxiliá-lo. O princípio da justiça torna-se ambíguo, pois envolve inúmeras relações – paciente, familiares, profissionais da saúde, leis, etc –, tornando impossível a aplicação da ideia que "a circunstâncias semelhantes aplicam-se ações semelhantes" (25).

No entanto, é o princípio da autonomia que pode ser amplamente questionado. Neste sentido, Goldim (23) ressalta que

> Os idosos devem ter preservada a garantia de reconhecimento a sua autonomia. Uma das bases teóricas utilizadas para o princípio da autonomia é o pensamento de John Stuart Mill quando afirmou que sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente, o indivíduo é soberano. [...] Uma pessoa autônoma é um indivíduo capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação. [...] Demonstrar falta de respeito para com um agente autônomo é desconsiderar seus julgamentos, ou omitir informações necessárias para que possa ser feito um julgamento, quando não há razões convincentes para isto. [...] As convicções pessoais do idoso merecem ser respeitadas.

Porém, como muitos idosos são atingidos por doenças crônico-degenerativas, que afetam a capacidade de tomada de decisões, Moody (26) comenta que "a autonomia é, frequentemente, uma ilusão desde que muitos anciãos já não são mais mentalmente competentes". Assim sendo, o princípio da autonomia, visto como liberdade de escolha se torna moralmente insuficiente.

Assim, faz-se necessária "a construção de uma outra referência moral: da referência baseada no bem comum para uma baseada na relação solidariedade"(25). Portanto, quando o princípio da autonomia se torna impossível de existir por motivos biológicos – e não por um contexto social –, este deve ser substituído pela ética do cuidado.

PRINCÍPIO DA ÉTICA DO CUIDADO: UM POUCO DE HISTÓRIA E DE PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

> O cuidado significa uma relação amorosa com a realidade. Importa um investimento de zelo, desvelo, solicitude, atenção e proteção para com aquilo que tem valor e interesse para nós. Tudo o que amamos também cuidamos e vice-versa. Pelo fato de sentirmo-nos envolvidos e comprometidos com o que cuidamos, cuidado comporta também preocupação e inquietação (27).

Nos anos 70 e 80, escritoras feministas começaram a questionar algumas teorias éticas tradicionais. Este questionamento estava fortemente baseado em diferenças conceituais associadas ao gênero. Provavelmente, o livro-marco deste tema tenha sido publicado em 1982, *Uma voz diferente*, pela psicóloga Carol Gilligan, que postulou que as mulheres tendiam a seguir um caminho diferente de desenvolvimento moral em relação aos homens. No caso, no lugar de refletir dilemas morais em termos de justiça e direitos, as mulheres parecem ser inclinadas a utilizar uma orientação de cuidado que enfatiza a importância de manter relações e cuidar das necessidades de outros. Esta visão estava baseada na seguinte dicotomia de gênero: "[...] que os homens tendiam a abraçar uma moral de direitos que usa terminologia quase-legal e princípios imparciais [...], enquanto as mulheres tendiam a afirmar uma moral de cuidado centrada em responsabilidade e em uma rede interconectada de necessidades, cuidado e prevenção de dano" (24).

Apesar da controvérsia desencadeada por tais pressupostos, propostos por Gilligan, das diferenças de gênero em relação ao raciocínio moral, a ética do cuidado passou a ser lentamente aceita. Deste modo, passou a ser discutida principalmente nos campos da psicologia, filosofia, teoria feminista e, em anos mais recentes, tem se tornado um tópico relevante da ética das ciências da saúde (ética médica).

A ética do cuidado aplicada à área da saúde enfatiza os papéis de interdependência mútua e resposta emocional como uma parte importante das nossas vidas morais: "[...] Isto porque muitas relações humanas envolvem pessoas que são vulneráveis, dependentes, doentes, delicadas e, sendo assim, possuem uma autonomia debilitada ou ausente" (24).

Uma das características centrais e diferenciadas da ética do cuidado é a sua representação do agente moral. No caso, a ética do cuidado vê o agente moral como um ser que está

51202_miolo_106.indd 205 14/07/2011 14:26:31

incluído em uma teia de relações com outros indivíduos que o amoldam. O agente de cuidado busca ser o tipo de pessoa que nutre relações atenciosas nas quais encontra um propósito e interage com outros. Assim, a ética do cuidado percebe como compromisso moral fundamental o cuidado que evita o dano, que protege a vulnerabilidade e mantém relações de trocas atenciosas entre pessoas (24).

Dentro deste pressuposto, a atitude de cuidado faz com que o limite entre o ser humano e outro seja mais fluido. Com esta atitude, o bem do outro se torna parte do próprio bem do indivíduo que atende, que cuida. Por exemplo, quando uma enfermeira não só deixa um paciente mais confortável, mas também transmite preocupação pelo seu bem-estar, agrega-se ao ato de cuidar um valor adicional. Ou seja, o cuidado não está endereçado somente às necessidades físicas do paciente, mas também às necessidades emocionais. Portanto, para a ética do cuidado, a manifestação deste pensamento é uma forma distinta de pensamento moral (28).

Os compromissos morais fundamentais da ética do cuidado são consoantes com a prática médica, uma vez que dentro dos princípios da medicina e do cuidado do paciente está implícita a noção de que não se deve "causar nenhum dano" e se deve responder às necessidades e vulnerabilidades do doente e à necessidade de que sua saúde seja restabelecida. Entretanto, os compromissos morais da ética do cuidado vão além destes princípios. Ela ultrapassa o cuidado em direção à cura física, para o cuidado à atenção integral ao paciente. No caso, este cuidado estaria associado à atitude do médico e de outros profissionais da área da saúde em se comunicar com os pacientes e pelo desempenho em realizar atos de atenção. Nesta linha de pensamento, a ética do cuidado do paciente ou de indivíduos mais vulneráveis, como é o caso dos idosos, transcende os profissionais da área da saúde e incluem outros agentes do cuidado (familiares e amigos). A saúde e o bem-estar de uma mulher anciã, por exemplo, pode depender de habilidade e vontade dos seus filhos ou amigos de fazerem compras para ela, cozinharem, levarem-na para fazer diálise três vezes por semana, e lhe proporcionarem apoio emocional. Sem tal "rede de relações atenciosas", sua saúde física, emocional e espiritual estariam comprometidas (28).

Apesar de ser óbvia, a ética do cuidado não é pratica comum. Isto se deve ao fato de que o campo de cuidado médico está, ainda, muito voltado a prover curas. Não existindo esta possibilidade, o médico e outros profissionais da área da saúde podem desenvolver uma sensação de ineficácia e frustração, já que, para estes pacientes, a alta tecnologia não tem nenhum "milagre" para oferecer. E assim, muito frequentemente, tais profissionais represam seus sentimentos de frustração e ineficácia através de um comportamento distanciado dos pacientes "difíceis" ou "que estão em processo de finitude". Neste caso, para tais pacientes, existe um duplo prejuízo: a impossibilidade de uso da tecnologia para curá-los (dadas às circunstâncias de sua doença ou condição) e o isolamento emocional imposto pelo afastamento dos profissionais que os acompanham (29).

Por tal motivo, a discussão sobre uma ética do cuidado voltada a pacientes que necessitam de atenção permanente é de grande relevância e atinge principalmente questões associadas à geriatria e gerontologia.

Hoje se tem consciência sobre os limites e alcances da medicina e da lei, principalmente em relação a idosos que perderam sua capacidade de autonomia por problemas neurodegenerativos e doentes terminais. Esta questão, logicamente, comporta dimensões científicas, técnicas e jurídicas, mas também remete a questões de natureza cultural e filosófica.

Deste modo, Boff (27), comentando sobre ética do cuidado, pergunta-se: qual a imagem que temos do ser humano? Que visão projetamos da vida, cuja compreensão mais profunda vem sendo elaborada no interior das ciências biológicas e da saúde? Uma nova ótica provoca uma nova ética. Assim, o cuidado constitui uma plataforma real que possibilita emergirem as demais dimensões do humano. Sem ele não guardariam sua característica humana. O poeta romano Horácio dizia que o cuidado nos acompanha como uma sombra ao longo de toda a vida. Tudo aquilo que fazemos com cuidado significa uma força contra a entropia, contra o desgaste, pois prolongamos a vida e melhoramos as relações com a realidade.

O panorama acima descrito mostra que a construção de pressupostos éticos ainda é um caminho trilhado segundo a evolução da sociedade humana, suas necessidades e limitações. Os dilemas éticos também nessa área acompanham o trilhar da história de seres humanos, pois advém de suas ações (30). É claro que os temas e ideias acima comentados ainda estão sob discussão e não representam uma proposta fechada e já amadurecida. Por esta razão as autoras não se posicionam em uma ou outra linha de pensamento, mas buscam contribuir na discussão a partir desta breve revisão.

De qualquer modo, com o crescente número de idosos no Brasil, é necessário enfatizar os cuidados éticos que os profissionais da área da saúde e familiares de pacientes geriátricos devem ter, seguindo os seguintes pressupostos (31):

- O idoso é uma entidade diferenciada do adulto jovem uma vez que acumula problemas físicos e mentais. Portanto, o cuidado do idoso parece requerer uma ética própria;
- Por este motivo, procedimentos que são comuns em indivíduos mais jovens devem ser revisados no cuidado do paciente idoso;
- Com o envelhecimento, o idoso necessita cada vez mais cuidado e menos tratamentos específicos relacionados com a cura de uma determinada doença (ainda que, se existe possibilidade, a cura deva ser buscada);
- Quando a morte é inevitável, pode haver tomada de decisão tanto do paciente, familiares e/ou médicos de recusa de tratamento, uma vez que o mesmo poderia assegurar somente prolongamento da vida sem qualidade de vida.

51202_miolo_106.indd 206 14/07/2011 14:26:31

CONCLUSÃO

Apesar da necessidade de discussões adicionais, acredita-se que a ética do cuidado é um princípio que transcende muitas relações e não está limitado somente aos aspectos médicos e gerontológicos, como pode ser observado através das palavras de Leonardo Boff (27) sobre tal questão:

> A crise da cultura mundial reside na falta de cuidado, falta clamorosa no tratamento das crianças e dos idosos, dos ecossistemas, das relações sociais e de nossa própria profundidade. É o cuidado que salvará o amor, a vida e o nosso esplendoroso planeta Terra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
2. Mariano da Rocha LM et al. An overview about geriatrics and aging in Brazil. NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie. 2010;10(59):220-4.
3. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging [comments]. Gerontologist. 1997;37:433-40.
4. Gruenberg EM. The failure of success. Milbank Q. 1977;55:3-24.
5. Cícero MT. Saber envelhecer. (Tradução de Paulo Neves). Porto Alegre: LP&M; 2010.
6. Schwanke CHA, Pereira AMVB, Schneider RH. Contextualizando a geriatria e a gerontologia no século 21. In: Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva. (Org. Ballepiane LB.), Ijuí: Editora Inijuí; 2009.
7. Papaléo-Netto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição de campo e termos básicos. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, eds. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p. 2-12.
8. **Saliba D, Elliott M, Rubenstein L, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ et al. The vulnerable elders survey: a tool for identifyin vulnerable older people in the community. JAGS. 2001;49(12):1691-9.**
9. Leeman J, Harrel JS, Funk SG. Building a research program focused on vulnerable people. West J Nunes Res. 2002;24:103-11.
10. IBGE. Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050. [Internet]. Revisão 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm. Acessado 29 Abr 2011.
11. Sgreccia E. Manual de Bioética: II – Aspectos médico-sociais. São Paulo: Edições Loyola; 2004.
12. Ribeira-Casado JM. The history of geriatrics: a model for equity. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59:1166-7.
13. Lei nº 13.300, de 01 de dezembro de 2009. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/topico/idt102.htm. Acessado 9 Mai 2011.
14. Lei nº 13.262, de 20 de outubro de 2009. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/topico/idt102.htm. Acessado 9 Mai 2011.
15. Decreto nº 46.653, de 01 de outubro de 2009. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/topico/idt102.htm . Acessado 9 Mai 2011.
16. Decreto nº 5.934, de 18 de outubro de 2006. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/topico/idt102.htm. Acessado 9 Mai 2011.
17. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm. Acessado 9 Mai 2011.
18. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf. Acesso Acessado 9 Mai 2011.
19. Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11433.htm. Acessado 9 Mai 2011.
20. Lei nº 10.741, de 1.º de outubro de 2003. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/topico/idt102.htm. Acessado 9 Mai 2011.
21. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Disponível em: http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/topico/idt102.htm. Acessado 9 Mai 2011.
22. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8842.htm. Acessado 9 Mai 2011.
23. Goldim JR. Bioética e envelhecimento. In: Tratado de geriatria e gerontologia. Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, eds. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p. 85-99.
24. Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
25. Schwanke CHA, Cruz IBM. Ética do cuidado na sociedade que envelhece: contribuição ao debate. In: Bioética: uma visão panorâmica. Clotet J, Feijó A, Oliveira MG, orgs. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.
26. Moody H. Ethical dilemmas in work with older people. Disponível em: http://www.hrwoody.com. Acessado 1 Mar 2005.
27. Boff L. Saber cuidar ética do humano. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boff/boff_eticahumana.html. Acessado 1 Mar 2005.
28. Carse AM. The 'voice of care': implications of bioethical education. The Journal of Medicine and Philosophy 1991; 16:5-28 apud in Jean Keller MA. Care ethics as a health care ethic. 1996 Mar;4(4). Disponível em: http://www.uhmc.sunysb.edu/prevmed/mms/imcs/contexts/care/carejean.html. Acessado 1 Mar 2005.
29. Jean Keller MA. Care ethics as a health care ethic. 1996 Mar;4(4). Disponível em: http://www.uhmc.sunysb.edu/prevmed/mms/imcs/contexts/care/carejean.html. Acessado 1 Mar 2005.
30. Clotet J, Feijó A. Bioética: uma visão panorâmica. In: Bioética: uma visão panorâmica. Clotet J, Feijó A, Oliveira MG, orgs. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.
31. Catholical Medical Center. Disponível em: http://www.priestsforlife.org. Acessado 5 Mai 2011.

✉ Endereço para correspondência
Carla H. A. Schwanke
Av. Ipiranga, 6690/219
90610.000 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3320-3679
institutobioetica@pucrs.br

Recebido: 11/5/2011 – Aprovado 12/5/2011

51202_miolo_106.indd 207 14/07/2011 14:26:31