

Bioética clínica e terceira idade¹

Sergio Ibiapina F. Costa²

Introdução

A humanidade caminha para ter número igual de jovens e idosos em 2050. Segundo o coordenador do Programa de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde, “em muitos países, mesmo na Europa, ainda persiste a mentalidade de que a população é predominantemente jovem” (KALACHE, 2005, p. 11). A predominância desse tipo de pressuposto faz com que o sistema de saúde e a infra-estrutura urbana não levem em consideração o aumento acelerado de pessoas na terceira idade na população de todo o mundo. No entanto, o jovem de hoje será, concretamente, o idoso de 2050. Entenda-se por terceira idade o grupo populacional acima dos 60 anos, segundo estabelece o Estatuto do Idoso (2003) de nosso país. Convém salientar que esse critério de idade é arbitrário, sendo destituído de qualquer fundamento científico. Todavia, essa é a idade limite de corte para separar o adulto do idoso.

A velhice não é um fenômeno etário, social e biológico imediato, não se consolida de uma só vez. Ela emerge de sintomas e atos sociais, cavando o seu próprio leito, como um rio. Assim, é possível afirmar que dois velhos de 80 anos não têm nunca a mesma idade, um em relação ao outro. Nessa hipótese, convém entender que nem sempre a idade cronológica de duas pessoas corresponde a uma mesma idade biológica. Acrescente-se a essa assertiva o fato de que

¹ Texto publicado na Revista Brasileira de Bioética, v. 1, n. 3, 2005:279-88

² Médico, professor de Bioética do curso de Direito do Instituto Camillo Filho (PI)

cada ser humano, independentemente da idade, é detentor de uma biografia que tem como maior riqueza a diversidade e em seu cerne a íntima relação com as circunstâncias de vida vivida.

No mundo ocidental, com populações cada vez mais envelhecidas, fala-se hoje nas terceira e quarta idades. A Organização Mundial de Saúde, no limiar do século XXI, considera que um dos primeiros objetivos de investigação das ciências da vida deverá ser conseguir a expectativa de vida ativa, ao contrário do objetivo anterior, que era o de apenas aumentar a esperança de vida.

Um dos fatores que contribuiu significativamente para o aumento da população idosa no Brasil foi a drástica redução da taxa de fecundidade, cuja média caiu de 5,8 filhos por casa, no início de 1970, para 2,1 na atualidade. A taxa de pouco mais de dois filhos por casal é considerada mínima para a reposição populacional. Essa pequena margem brasileira acima de dois atua como mecanismo de compensação para cobrir os índices de mortalidade infantil. Na atualidade, registram-se cerca de 70 países em todo o mundo com índices de fecundidade abaixo da taxa de reposição e, nos próximos 15 anos, alcançaremos 123 países nessa situação em todos os continentes, com exceção da África. Ou seja, convivemos em um contexto no qual a mudança mais importante não é apenas a de morrer cada vez mais tarde. Trata-se da diminuição quantitativa dos jovens, fenômeno que provoca o aumento percentual da população idosa.

Envelhecimento e qualidade de vida

Alguns demógrafos estabelecem a diferença do comportamento populacional que ocorrerá neste século em relação ao século passado. Enquanto que no século XX houve exagerado crescimento populacional em quase todos os continentes, o século atual caracteriza-se

pelo expressivo interesse voltado para o envelhecimento. Sob o título *Amanhecer Cinzento*, abordando a economia e a política envolvidas no fenômeno do envelhecimento, Peter Peterson, citado por James Drane, usa a seguinte metáfora para descrever o desafio de uma crescente população que envelhece:

O envelhecimento global, diz Peterson: é como um sólido iceberg que pode perfeitamente destruir as embarcações economicamente mais poderosas do mundo. A população mundial que envelheceu e ameaça a sobrevivência humana constitui-se em um dos desafios mais importantes que enfrentaremos no século XXI. (PETERSON *apud* DRANE, 2001, p. 98)

Não é somente o número de idosos que tem aumentado em todo o mundo, mas também o tempo de vida da população já idosa. Pode-se afirmar portanto, que o idoso também está envelhecendo (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). Não foi surpresa que o Censo Demográfico Brasileiro de 2000 encontrasse cerca de 24,5 mil pessoas com mais de 100 anos, o que demonstra redução nos índices de mortalidade entre a população idosa.

Qual seria então o limite de sobrevivência das pessoas? Há quem considere que ultrapassada a primeira etapa da mortalidade entre jovens, fruto de efeitos endógenos e/ou de agressões do meio, uma segunda etapa dar-se-á mediante programação genética com a morte natural devendo ocorrer entre os 85 a 100 anos de idade (DUCHENE; WUNCCH, 1988). Independentemente da idade limite que se pretenda alcançar até o final deste século, já foi dito que isto não ocorrerá sem que se possa intervir no genoma humano e no meio ambiente.

Além das sucintas considerações demográficas, outro aspecto a ser abordado diz respeito à qualidade de vida de uma população envelhecida. Ao se examinar o percentual de anos de vida sem saúde em pessoas acima de 60 anos, no Japão e no Brasil, verifica-se que naquele país 18% dos idosos vivem com a saúde comprometida, enquanto que, no Brasil, esses índices são de 40%.

Tem-se, portanto, que os idosos brasileiros vivem 40% do tempo de vida com a saúde comprometida (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). Esse *gap* traduz um desafio a enfrentar, qual seja, a implementação de novas políticas públicas no campo da saúde, tendo como propósito oferecer acréscimo de vida aos idosos e assegurar-lhes o mínimo de problemas relacionados à saúde.

Quando se fala em qualidade de vida, convém frisar que tal condição é valorativa, dependendo, preferencialmente, do julgamento que a própria pessoa faz sobre o seu estado, sendo ela, em determinadas circunstâncias, a única criatura autorizada a opinar sobre o seu real bem-estar. Não são os familiares, os profissionais da área biomédica e muito menos os diretores de instituições asilares que devem valorar o critério de qualidade de vida como uma conquista exclusiva a ser ofertada. Carlos Maturana, ao se reportar à velhice, reproduz um dos textos mais antigos de que se tem notícia, no qual um idoso se auto-analisa. A autoria é atribuída a um escriba egípcio e é datado de 2450 a. C. Diz o seguinte:

Quão penoso é o fim de um velho! Debilita-se a cada dia; sua visão diminui e seus ouvidos já não ouvem; sua força declina e seu coração já não descansa; sua boca torna-se silenciosa e já não fala. Suas faculdades intelectuais diminuem e o impossibilitam recordar hoje o que aconteceu ontem. Todos os ossos estão doloridos. As ocupações não são mais realizadas pelo simples prazer e o sentido do gosto desaparece. A velhice é a pior das desgraças que pode afligir um ser humano. (*Apud* MATURANA, 2001, p. 109)

Tal narrativa não difere muito dos relatos comuns em consultórios, quando do atendimento de pessoas pertencentes à terceira idade, o que nos leva a inferir que os idosos têm registrado queixas semelhantes ao longo de milênios.

Bioética Clínica

Dentre as inúmeras abordagens da Bioética Clínica sobre a terceira idade, aquelas que têm recebido maior atenção por parte dos interessados em bioética são as seguintes: 1) a relação entre profissionais de saúde e idosos; 2) a pesquisa com a participação de idosos; 3) a tomada de decisão e o envelhecimento; 4) a alocação de recursos na terceira idade e, 5) o morrer com dignidade .

Na sociedade contemporânea, um dos temas mais comuns, sobretudo nos meios de comunicação de massa, são os mecanismos hoje à disposição da população para retardar ao máximo o processo de envelhecimento. O que dizer, por exemplo, da sucessão de avanços tecnocientíficos a serviço da Medicina que emergiram nas últimas décadas, como a introdução de novos fármacos que prometem combater as doenças próprias do envelhecimento? Sobre esse fenômeno em especial, convém lembrar, no entanto, que somente nos últimos anos passou-se a realizar pesquisas com fármacos contando com a participação efetiva dos idosos na condição de sujeitos da pesquisa. Mas se esqueceu, ao longo do tempo, que grupos de pessoas idosas portadoras de co-morbidades têm sua fisiologia comprometida pelo desgaste natural dos anos e que, por isso mesmo, não dispõem da integridade funcional de todos os órgãos. Para esses grupos, no entanto, até recentemente, era comum a prescrição de drogas cujas reais indicações eram conhecidas, embora fossem desconhecidos os mecanismos de ação no organismo das pessoas mais frágeis, portadoras que são de pelo menos quatro enfermidades crônicas, em média (MUELLER; HOOK; FLEMING, 2004). “A transposição de achados de pesquisas realizadas em adultos nem sempre é válida para os idosos e os ajustes que são propostos muitas vezes não são adequados.” (GOLDIM, 2002, p. 85).

Por uma questão de justiça, as pesquisas realizadas em idosos devem beneficiar diretamente os indivíduos que compõem essa faixa etária. Caso não preencham esse requisito, não devem sequer ser iniciadas. Convém chamar a atenção para que os projetos de pesquisas que contam exclusivamente com a participação de idosos devem ter um representante qualificado na composição do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que analisará o referido projeto, pois tal representante, na condição de membro, será capaz de discutir as características específicas do grupo que está sendo investigado. Aliás, essa tem sido a recomendação das diversas diretrizes emanadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em nosso país.

A condução de pesquisa com população idosa requer uma atenção especial nas várias fases do processo de obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido. Há que atribuir especial atenção à obtenção do consentimento, devendo, sempre que possível, recorrer-se à ajuda de familiares ou amigos para explicação conjunta das características do ensaio.

A história recente tem registrado o relato de inúmeros casos de óbito quando da utilização da associação de medicamentos e da interação entre eles, resultando em efeitos deletérios observáveis quando da utilização em pacientes idosos, por desconhecer-se, em determinadas circunstâncias, as características farmacodinâmicas, farmacocinéticas e farmacotóxicas desses grupos etários.

Os desafios da Medicina no século XXI em relação à terceira idade devem, necessariamente, incluir a missão de reduzir ainda mais as incidências das doenças cardiovasculares e dos diferentes tipos de câncer. Contemplar esse aspecto será bem mais difícil do que foi a efetiva contribuição oferecida pela própria Medicina no século passado, ao

proporcionar uma maior expectativa de vida aos idosos, reduzindo a incidência de doenças cardiovasculares, em consequência da recomendação da prática de hábitos saudáveis de vida.

Por força da especialidade, Medicina Interna, grande parte da clientela atendida em nosso consultório pertence a terceira idade. Esse fato tem proporcionado a solução de desafios dilemas e conflitos éticos e sociais presentes nessa faixa etária, cotidianamente. Relatar um exemplo dessa rica convivência parece-nos oportuno. Certa vez, ouvimos o seguinte relato de uma de nossas pacientes:

“Meu nome é Ana, tenho 96 anos e fiquei viúva aos 93. Meu esposo faleceu em decorrência de Alzheimer. Moro com a filha de 75 anos. Há dois anos, a filha manifestou sintomas progressivos de Alzheimer e, totalmente inválida, é cuidada por mim, salvo quando é hospitalizada, em razão de complicações pulmonares frequentes”. Em certo momento do relato, a senhora Ana disse o seguinte: “não tenho mais nenhum parente, sou a única sobrevivente local, minha filha vegeta, perdi minha função social, portanto: quem sou eu?”

De fato, é difícil admitir que uma pessoa na chamada terceira idade tenha prazeres e motivações para viver que não sejam única e exclusivamente aqueles decorrentes do cuidar da própria filha, a exemplo do caso acima relatado. Certamente, em episódios dessa natureza, há motivos mais que suficientes para a instalação de quadro depressivo e para o desejo de antecipação da morte, em substituição aos dias sofridos que restam. Pessoas como a senhora Ana muitas vezes se mantêm vivas apenas em função do auto-reconhecimento de suas obrigações maternas. No entanto, mesmo diante de contextos como esse, entre algumas especialidades, dificilmente, a depressão no idoso é reconhecida e tratada adequadamente. Quase sempre o foco do examinador é condicionado à aparência externa e voltado para o órgão enfermo, sem que se

observem os aspectos existenciais e psiquiátricos do paciente. Esse tem-se constituído em um dos problemas éticos da medicina no que se refere ao tratamento da velhice.

Em nosso meio, a relação do idoso com seus familiares costuma ser ainda uma relação de respeito e veneração. No entanto, vez ou outra somos surpreendidos por relatos que poderiam ser considerados até como fantasiosos, de tão desumanos. As mulheres idosas, geralmente viúvas, traduzindo uma tendência a feminização da velhice, costumam dividir-se em vários grupos de queixosas, embora todas tenham algo em comum em suas queixas: a solidão. Aquelas que são capazes de gerir seus bens e têm discernimento escapam da interdição, embora possam sofrer toda sorte de pressão para dividir os seus proventos ou rendas com membros da família. Por oportuno, convém conceituar família nesse contexto, de acordo com Amartya Sen, como sendo “um espaço de conflito cooperativo” (*apud*, GOLDANI, 2004).

Algumas idosas conseguem morar sozinhas, sob a supervisão a distância de filhos ou filhas que nem sempre lhes dão a devida atenção. Por outro lado, existem aquelas de menor poder aquisitivo que comumente moram com uma das filhas, o que as leva a perder toda a privacidade. Nesse caso, geralmente são obrigadas a lidar com a intolerância dos netos, traduzindo os inevitáveis conflitos intergeracionais. Essas mulheres continuam envelhecendo vítimas de traumas sem precedentes, pois não há quem as ouça ou interceda por elas. É preciso que, no processo de atendimento, os profissionais de saúde ofereçam a esse universo de mulheres um espaço de privacidade, sem a presença de acompanhantes, a fim de que seja possível ouvir suas queixas, garantindo-lhes um formato de atendimento que extrapole o conteúdo restrito de uma consulta tradicional circunstancial. É inconcebível a falta de receptividade que muitas vezes marca o atendimento médico a essas pacientes. Muitas delas ainda querem ser ouvidas quando

sua consulta é “encerrada”, caracterizando uma convivência perversa e eticamente inaceitável entre médicos e familiares.

Não há circunstância melhor para abordar a terceira idade do que quando já se faz parte desse grupo etário ou se convive e acompanha dilemas e conflitos inerentes à longevidade, seja entre familiares ou na rotina diária de uma profissão. Não se pode negar que o contato com a velhice existe em quase todos os ramos da atividade humana. Esse comprometimento nos torna, de certa forma, cúmplices e capazes de dizer se o que nos dizem ou escrevem sobre a velhice é correto. E, nem sempre o é.

Todos nós sabemos quanta impropriedade há no culto ao corpo que observamos diariamente nos meios de comunicação de massa. Geralmente, para se apregoar a necessidade de adoção de práticas de rejuvenescimento ou de adiamento do envelhecimento, a velhice nos é apresentada como um sinal de equívoco e de descuido. Nesse discurso antienvelhecimento, o velho nos é apresentado sempre como o portador de excessos de rugas, aquele que tem o andar claudicante, as extremidades trêmulas e um comportamento caricato, que vai da inutilidade à condição de estorvo na vida da família.

Exemplo de desrespeito ao fenômeno do envelhecimento e conseqüentemente à população idosa é o texto do rótulo de um dos cosméticos de reconhecida aceitação no mercado e cuja denominação comercial é “creme antiidade”. Sua função farmacológica, expressa no rótulo, é combater as rugas das mãos.

Assumir a velhice em nossa sociedade é algo que incomoda principalmente os artistas e isso é visto à exaustão nas chamada mídia de celebridades. Em depoimentos de atrizes é comum ler frases do tipo: “Tenho 81 anos, mas me cuido para demonstrar que tenho 60”. Ou então:

“velho é coisa de quem não tem cabeça boa”, como se a condição da velhice fosse equivalente a alguma modalidade de deterioração e incapacidade mental.

A sexualidade

Talvez, um dos sinais mais contundentes da não aceitação do idoso e do estigma que a velhice representa seja o silêncio total que a sociedade mantém a respeito da sexualidade da população idosa. No campo da geriatria e da gerontologia, a sexualidade ainda é um tabu. Um balconista de farmácia sabe muito mais sobre os dilemas sexuais dos septuagenários do que os médicos que os assistem. Isso se dá, sobretudo, pelo fato de os profissionais de medicina não inquirirem fatos considerados como pertencentes à esfera da vida privada, como é o caso da sexualidade. Os pacientes idosos, por sua vez, raramente sentem-se à vontade para relatar a seus médicos aspectos de sua intimidade, fechando-se assim um ciclo de silenciamento em torno de um dos aspectos fundamentais da vida humana.

Assim sendo, age-se como se o interesse sexual nessa fase da vida fosse desprezível e o idoso não merecesse a esse respeito qualquer orientação médica, o que, muitas vezes pode estimular, por omissão, a automedicação e o uso de substâncias farmacológicas voltadas para o estímulo da libido. Em resumo, trata-se de assunto que também caducou com o tempo, na visão dos profissionais inabilitados a tratar os mais velhos. E quando se manifesta algum interesse em se fazer uma abordagem sobre a esfera sexual do idoso, isso se dará sob estratégias de inibição e recriminação de qualquer iniciativa nessa área. Vê-se, portanto, que temas como privacidade, autonomia, fidelidade, veracidade e vulnerabilidade encontram-se diluídos nas poucas citações

oriundas da experiência pessoal de cada um de nós quando da convivência com o idoso em toda a sua complexidade.

Alocação de recursos

Existem dois outros conflitos relacionados à bioética clínica e à terceira idade que merecem destaque. O primeiro deles diz respeito à destinação de recursos em saúde para a população idosa. É do conhecimento dos que trabalham com bioética que uma das fronteiras para impor gastos em saúde é estabelecer limite de idade para determinados procedimentos de alta complexidade. O Brasil, que destina recursos escassos do seu orçamento anual para gastos com a saúde, encontra inúmeras dificuldades para atender a todas as demandas nessa área, sobretudo no que se refere às necessidades inerentes à manutenção da saúde da crescente parcela da população situada na terceira idade. Enquanto isso, os países industrializados gastam com os idosos uma percentagem de recursos maior do que com todo o restante da população.

A Bélgica, por exemplo, gasta 1,7 vezes mais com as pessoas acima de 65 anos do que com o restante da população. “Isto faz com que muitas sociedades ocidentais sejam receptivas à alocação baseada na idade” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 402). Por outro lado, há quem argumente que a sociedade deve garantir uma assistência básica e digna para todos os indivíduos, mas sem o compromisso de empreender esforços ilimitados para vencer a enfermidade e a morte, ou seja, há de se admitir a morte como um fato aceitável e inerente ao caráter finito da vida (CALLANHAN, 1989).

Na visão de outros autores, no entanto, esse tipo de proposta pode facilmente servir para perpetuar injustiças e estereotipar os idosos, caracterizando-os, assim, como bodes expiatórios da

causa do aumento dos custos da assistência à saúde e criando conflitos desnecessários entre gerações. Em cada geração, as pessoas idosas se queixarão de que não tiveram acesso às novas tecnologias desenvolvidas por meio de pesquisas financiadas pelos impostos pagos por elas. “Agora idosas, essas pessoas se julgam no direito de reivindicar que tal investimento passado se reverta em acesso justo às novas tecnologias, jamais em restrições de uso” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 404).

No Brasil, essa discussão ainda não foi tornada pública, exceto pela manifestação de alguns poucos trabalhos acadêmicos produzidos na última década. A destinação justa de escassos recursos em saúde constitui-se tema da maior relevância e não há como não constar da agenda de discussão do governo quanto à formulação de políticas públicas no campo da saúde. Ao acompanharmos o que determinou o legislador brasileiro quando da elaboração do Estatuto do Idoso, éramos praticamente levados a supor que o país pudesse alocar recursos infinitos para assistir a todas as situações contempladas no bojo daquela lei. Para confirmar essa assertiva, recomenda-se a leitura do Capítulo IV do referido Estatuto, que dispõe sobre o direito do idoso à saúde.

Não é possível enfrentar as dificuldades de escassez de recursos em saúde sem limitar o horizonte a ser alcançado (MUELLER; HOOK; FLEMING, 2004). A literatura é pródiga em apontar exemplos de países desenvolvidos que detêm aproximadamente 10% da população com mais de 65 anos de idade com um gasto de 1/3 do total do orçamento destinado à saúde de toda a população. Essa é uma área temática que deverá merecer prioridade entre os assuntos pautados para a terceira idade e suas implicações com a bioética clínica.

A morte e o morrer

A última abordagem relacionando bioética clínica e terceira idade diz respeito à representação da perspectiva de morrer e da própria morte para esse grupo populacional, sobretudo o que significa morrer com dignidade. A possibilidade de intervir no ciclo da vida, acelerando ou estendendo o momento da morte, é, talvez, uma das questões mais centrais da ética aplicada à saúde, sendo o Juramento de Hipócrates uma das referências éticas mais antigas. O avanço biomédico, em particular as técnicas paliativas, trouxe para a cena do debate não apenas a discussão sobre a existência ou não de um suposto direito de escolher o momento da morte, mas também sobre o tema dos tratamentos desproporcionais que podem estender indefinidamente a vida, impedindo que as pessoas efetivamente morram.

Inúmeras pessoas de projeção na vida pública já mereceram o enfoque midiático pró e contra quanto às medidas postas em prática com o propósito de mantê-las “vivas”. É possível recordar nomes de papas, ditadores, presidentes e outras autoridades que tiveram seus últimos dias expostos à espera do final de uma longa agonia. Sobre esse assunto, vale ressaltar os seguintes aspectos:

O reconhecimento de que a decisão sobre o momento da morte não deveria ser apenas uma questão técnica, mas essencialmente de ordem ética, portanto, da esfera privada das pessoas, vem sendo considerado um verdadeiro desafio aos profissionais da saúde. A resistência por parte dos que trabalham nas áreas biomédica e jurídica é no sentido de recusarem aceitar a participação do debate formal sobre diferentes modalidades de eutanásia ou de se posicionarem frontalmente contrários a recusa de pacientes em receber qualquer modalidade de tratamento para a sua enfermidade. Os fundamentos éticos do debate sobre o direito de morrer são vários, muito embora os princípios da autonomia e da dignidade sejam referências obrigatórias para qualquer processo decisório, inclusive nos países que regulamentaram em lei o direito a alguma forma de eutanásia” (DINIZ; COSTA, 2004, p. 121).

Acredita-se que a eutanásia, em suas diferentes tipologias, será uma área temática que merecerá maior atenção nas primeiras décadas do século atual, em substituição ao aborto, que proporcionou grandes embates éticos a partir da segunda metade do século XX. Na mesma esteira do debate sobre a eutanásia, surge a distanásia como terminologia de uso corrente quando se aborda a resistência ao processo de morrer. Definitivamente, não é possível que tenhamos que conviver com a idéia de que a morte pressupõe flagelo ou acabe por representar a violação de um dos direitos mais fundamentais do ser humano, a dignidade.

O sofrimento de Sigmund Freud, aos 83 anos de idade, deve servir de exemplo para expor a importância da recusa ao tratamento. Após submeter-se a mais de três dezenas de procedimentos cirúrgicos na tentativa de extirpar um tumor de mandíbula, Freud rogou aos seus colegas que lhe abreviassem o sofrimento, interrompendo a luta contra o tumor e acolhendo seu desejo de repouso sem sofrimento. Teve o pedido atendido.

Conclui-se que o envelhecimento natural nem sempre significa doença, dependência de terceiros ou perda irreversível de funções, embora seja normal um declínio insidioso e gradual das capacidades sistêmicas e orgânicas. Não se espere do idoso centenário a exibição de saúde, pois com certeza ele estará muito mais próximo do fim da sua existência, acometido por diferentes formas ou manifestações de doenças. É papel do estudioso em bioética, diante dessa realidade social inevitável, identificar os dilemas e conflitos que surgem a cada dia nos modos de vida, hábitos, habilidades e perda de autonomia das pessoas que migram para a terceira idade. Afinal, “o sonho da eterna juventude pode parecer mais interessante que a discussão dos problemas relacionados ao envelhecimento” (GUIMARÃES; CUNHA, 2005:1).

Referências

- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.
- BRASIL. **Estatuto do idoso**. São Paulo: Saraiva, 2003, 48p.
- CALLAHAN, D. Health care the elderly: Setting Limits. **Saint Louis University Law Journal**, Saint Louis, vol. 33, 197-210, jun 1989.
- CARAMANO, A. A.; MELLO, J. L. E.; KANSO, S. Como vive o idoso brasileiro. In: CARAMANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**. Rio De Janeiro: IPEA, 2004. p. 25-73.
- DINIZ, D.; COSTA, S. Morrer com dignidade. In: CARAMANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**. Rio De Janeiro: IPEA, 2004. p. 121-134.
- DRANE, J. F. Aging and Dying: medical and ethical considerations. **Acta Bioetica**, Santiago, n. 1, p.97-106, 2001.
- DUCHENE, J.; WUNSCH, G. Population aging and the limits to human life. **Working paper**, Louvain-la-Neuve, Belgium, n. 1, p.13, aug 1988.
- GOLDANI, A. M. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar. Por que se deve repensar essa relação no Brasil?. In: CARAMANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 211-250.
- GOLDIM, J. R.. Bioética e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 85-90.
- GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.
- KALACHE, A. Um mundo mais velho (entrevista). **Veja**, São Paulo, n. 27, p.11, 6 jul. 2005. Semanal.
- MATURANA, C. T. El viejo en la historia. **Acta Bioetica**, Santiago, n. 1, p.107-119, 2001.
- MUELLER, P. S.; HOOK, C. C.; FLEMING, K. C.. Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians. **Mayo Clinic Proc**, Rochester, n. 79, p.554-562, 1/4/2004.

