

Eutanásia: idosos de classes socioeconômicas D/E a fariam ou a permitiriam em membros de sua família?

Euthanasia: elderly of socioeconomic classes D/E would perform or allow it for relatives?

Diego Fraga Rezende
Gabriela Nunes Oliveira
Lucy Gomes Vianna
Izabel Borges dos Santos

RESUMO: Foram investigadas as opiniões de 75 idosos de uma determinada comunidade, pertencentes a classes socioeconômicas baixas, sobre se permitiriam a eutanásia a seus familiares. Não a fariam, 77,3% deles. Quanto à permissão dada a médicos, responderam com negativas: 78,7% na forma ativa; 68%, na passiva; e 62,7%, na de duplo efeito. Os argumentos contrários foram devidos a: questões religiosas, acreditarem no destino, crerem na cura, não assumirem a responsabilidade e o peso da própria consciência.

Palavras-chave: Eutanásia; Idosos não institucionalizados; Final de vida.

ABSTRACT: *We investigated 75 elderly of low socio-economic classes, living in the community, whether they allowed euthanasia in family members. 77.3% do not perform euthanasia. Regarding permission to a physician, responded with negatives: 78.7% for active form, 68% for passive, and 62.7% for double effect. The contrary arguments were: religious issues, destiny believing, hope of healing, don't assume the responsibility and guilty conscience.*

Keywords: *Euthanasia; Non institutionalized elderly; End of life.*

Introdução

A morte é a única indelével certeza da condição humana, sendo o *Homo sapiens sapiens* o vivente exclusivo que tem consciência de sua própria finitude. Entretanto, a morte no século XXI ainda é vista como tabu, sendo considerada interdita e vergonhosa (Batista & Schramm, 2004).

O desenvolvimento da medicina permitiu a cura de várias doenças, com consequente prolongamento da vida. Entretanto, esse avanço pode levar a um impasse quando se trata de salvar uma vida com todo o empenho possível, num contexto de missão impossível: manter uma vida na qual a morte já está presente. Atualmente, essa atitude de tentar preservar a vida a todo custo é responsável por um dos maiores temores do ser humano, que é o de ter sua vida mantida à custa de sofrimento, tendo por companhia apenas tubos e máquinas, em solidão numa unidade de tratamento intensivo ou quarto de hospital (Kovács, 2003). É diante de tal situação que se inicia o questionamento sobre a eutanásia.

O conceito de eutanásia, com suas diversas variações, está relacionado à antecipação da morte de paciente incurável, geralmente terminal e em grande sofrimento, movido por compaixão para com ele (Villas Bôas, 2005). O termo tem origem da palavra grega *euthanatos* (*eu-thanatos*), significando boa morte (Vilela & Caramelli, 2009). Francis Bacon, em 1623, em sua obra *Historia vitae et mortis*, definiu-a como o tratamento adequado às doenças incuráveis (Lima Neto, 2003).

A eutanásia pode ser ativa, passiva ou de duplo efeito. Na ativa, executa-se ato deliberado que causa ou acelera a morte, sem sofrimento do paciente, com fins misericordiosos. Na forma passiva, a morte do indivíduo ocorre, ou porque não se inicia ação médica ou porque há interrupção de medida extraordinária, com o objetivo de minorar seu sofrimento. A interrupção do tratamento, neste caso, recebe o nome de ortotanásia, ou seja, a morte na hora certa, distinção ainda não aceita por muitos profissionais. Na eutanásia de duplo efeito, é realizada ação visando ao alívio do sofrimento de paciente terminal, que conduz ao óbito como efeito secundário (Kovács, 2003; Oliveira *et al.*, 2003).

A eutanásia configura-se como polêmico tópico de discussão na sociedade brasileira contemporânea, grande parte devido ao aumento gradativo da longevidade da população do país (IBGE, 2010; Portal Brasil, 2010).

O objetivo do presente trabalho foi investigar se sujeitos idosos vivendo em uma determinada comunidade, pertencentes a classes socioeconômicas baixas, permitiriam a eutanásia em membros de sua família.

Material e Métodos

Realizou-se estudo exploratório transversal em amostra aleatória, constituída de 75 sujeitos idosos que frequentavam a Unidade Mista de Taguatinga (UMST-DF), da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, que dispõe de serviço de referência para o atendimento de atenção à saúde do idoso e conta com equipe multidisciplinar. O estudo foi realizado em dois dias da mesma semana no segundo semestre de 2009 no mesmo horário (período matutino).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília, sob parecer nº 76/2006, em 17/10/2006. Após os esclarecimentos adequados, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; pertencente à classe socioeconômica D ou E; e comparecimento a um dos dois dias marcados para a pesquisa. Foi critério de exclusão não responder aos instrumentos de coleta de dados.

Nos dias do estudo, os participantes foram alocados em sala confortável, ampla, com iluminação, temperatura e ventilação adequadas. Foi proferida palestra pelo pesquisador principal, de cerca de 30 minutos, na qual se explanou sobre os conceitos de eutanásia e seus tipos (ativa, passiva e de duplo-efeito). Após auferirem-se as dúvidas surgidas, aplicaram-se dois questionários: o primeiro, para colheita dos dados sócio-demográficos (idade, sexo, escolaridade e renda mensal familiar; e o segundo, com perguntas sobre a eutanásia. Consideraram-se como classes sociais, os seguintes dados: renda mensal de 01 a 03 salários mínimos, classe social D; e renda mensal até 01 salário mínimo, classe social E (IBGE, 2010).

No questionário sobre eutanásia constavam as quatro seguintes perguntas:

- 1) O(A) senhor(a) faria eutanásia em algum membro de sua família?

- 2) O(A) senhor(a) permitiria que algum médico(a) praticasse a eutanásia ativa em algum membro da sua família?
- 3) O(A) senhor(a) permitiria que algum médico(a) praticasse a eutanásia passiva em algum membro da sua família?
- 4) O(A) senhor(a) permitiria que o médico(a) praticasse a eutanásia de duplo efeito em algum membro da família, isto é, que seu familiar em estado terminal morresse como consequência de cuidados utilizados para aliviar seu sofrimento?

As perguntas foram acompanhadas das opções de respostas: sim, não e não sei. Após, solicitou-se a justificativa das decisões tomadas.

Resultados

Entre os 75 idosos avaliados, 69 (92%) eram do sexo feminino e 6 (8%) do sexo masculino. A idade média foi de $70,52 \pm 7,54$ anos (60 a 84 anos), sendo que 44 (58,7%) deles tinham idade igual ou superior a 70 anos. Em relação à escolaridade, 38 (50,7%) relataram quatro ou mais anos de estudo, 16 (21,3%) três e quatro anos, 12 (16%) um e dois anos e 9 (12%) declararam-se analfabetos. Nenhum dos idosos possuía nível superior. Todos eles pertenciam às classes socioeconômicas D e E.

Na primeira pergunta “O(A) senhor(a) faria eutanásia em algum membro de sua família?”, 58 (77,3%) idosos responderam com discordância, 13 (17,3%) com concordância, e 4 (5,4%) não souberam responder. Quanto às demais perguntas, referentes à permissão da eutanásia: 59 (78,7%) não permitiriam a eutanásia ativa, 13 (17,3%) a permitiriam e 3 (4%) não souberam responder; 51 (68%) não permitiriam a eutanásia passiva, 21 (28%) a permitiriam e 3 (4%) não souberam responder; e 47 (62,7%) não permitiriam a eutanásia de duplo efeito, 23 (30,7%) a permitiriam e 5 (6,6%) não souberam responder (Gráfico 1).

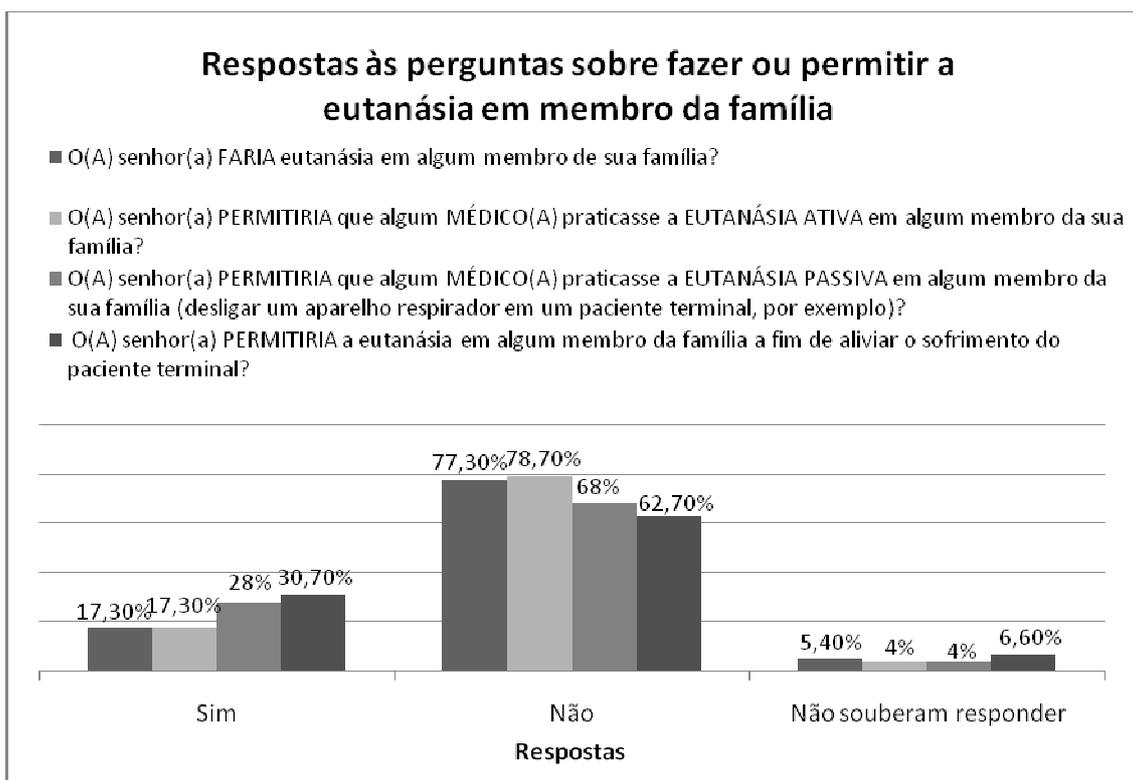


Gráfico 1 - Respostas às perguntas sobre se fariam ou permitiriam a eutanásia realizada por médico em membro da família em 75 idosos de classe socioeconômica baixa, Policlínica de Taguatinga, 2009

Os principais argumentos justificando a opinião contrária a qualquer tipo de eutanásia foram: 49,3% por questões religiosas, 21,3% por acreditarem no destino, 21,3% por crerem na esperança de cura, 13,3% por não terem coragem de assumir tal responsabilidade e 9,3% por peso de consciência (Gráfico 2). Os principais motivos favoráveis à eutanásia foram: 29,3% preferiam cessar o sofrimento do enfermo e 12% por não haver expectativa de cura.

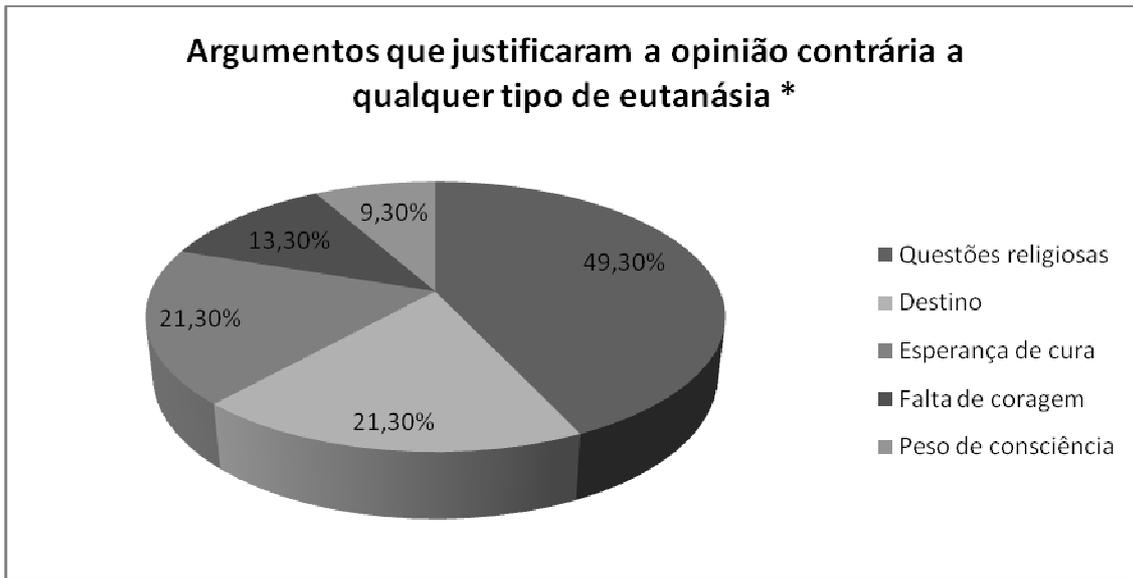


Gráfico 2 - Argumentos contrários à qualquer tipo de eutanásia em 75 idosos de classe socioeconômica baixa, Policlínica de Taguatinga, 2009

*Houve entrevistados que verbalizaram mais de um argumento referente a cada pergunta.

Na Tabela 1 abaixo são transcritas algumas das verbalizações contrárias à eutanásia nos idosos pesquisados.

	Verbalizações (Exemplos)	Frequência n° (%)*
Questões Religiosas	<p>“Porque só Deus dá a vida, então só Ele poderá tirá-la, isso no momento certo.”</p> <p>“A vida é única: Deus deu a vida, e só Ele pode tirá-la.”</p>	37 (49,3)
Destino	<p>“Cada um deve cumprir o seu destino, e a morte tem seu momento certo, mesmo que exista sofrimento.”</p> <p>“O sofrimento faz parte do destino de cada um.”</p>	16 (21,3)
Esperança de Cura	<p>“Porque enquanto houver vida, há esperança.”</p> <p>“Há possibilidade de a pessoa se recuperar.”</p>	16 (21,3)
Falta de Coragem	<p>“Eu não tenho coragem.”</p> <p>“Não tenho essa capacidade.”</p>	10 (13,3)

Peso de Consciência	“Ficaria com peso de consciência.”	7 (9,3)
	“Não sou assassino (a).”	

Tabela 1 – Exemplos de verbalizações dos argumentos contrários à eutanásia em 75 idosos de classe socioeconômica baixa, Policlínica de Taguatinga (2009)

*Houve entrevistados que verbalizaram mais de um argumento referente a cada pergunta.

Discussão

A eutanásia é uma das questões complexas da atualidade, sendo cada vez mais discutida, sobretudo diante dos avanços da tecnologia médica e por invocar questões existenciais sobre a vida e a morte (Fernandes, 1993; Novaes e Trindade, 2007; Nobrega Filho, 2010). Trata-se de prática antiga, já havendo controvérsias sobre o tema na Grécia antiga. Platão e Sócrates advogavam a tese da morte serena, enquanto Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates eram veementemente contra ela. Até o século XVII, o homem somente sentia-se senhor de sua vida na medida em que se sentisse, também, senhor de sua morte. Com o desenvolvimento científico, por volta dos séculos XVIII e XIX surgiu a medicalização da morte que se seguiu à dessacralização da mesma. A morte transformou-se em fenômeno técnico, no qual o médico decreta quando interromper qualquer tipo de tratamento (Oliveira *et al.*, 2003; Pamplona, 2012).

Na atualidade, a eutanásia tem recebido destaque por várias razões. O progressivo envelhecimento da população brasileira permitiu que maior contingente de pessoas chegasse à senectude, tornando-se mais suscetível às moléstias crônicas e degenerativas e, por conseguinte, a um processo de morrer mais prolongado e sujeito ao sofrimento. Somam-se, ainda, o avanço do materialismo e autonomia do paciente como fatores estimuladores dos debates atuais em torno do tema (Almeida, 2004; Batista e Schramm, 2004; Novaes e Trindade, 2007). Impõe-se, assim, a discussão do problema moral pertinente, ou seja, dos argumentos pró e contra a eutanásia, questão bioética que engloba inúmeras controvérsias (Batista & Schramm, 2004).

No trabalho atual, a maioria dos idosos manifestou-se contra a prática de todos os tipos de eutanásia. Em desacordo com este achado, Yun *et al.* (2011), estudando 3840 indivíduos, sendo 1242 pacientes com câncer, 1289 cuidadores familiares, 303 médicos oncologistas e 1006 da população geral, mostraram que a maioria em cada um

dos grupos (87,1% a 94,0%) defenderam a retirada de tratamentos fúteis para manutenção da vida, aprovando apenas o controle ativo da dor. Cerca de 50% dos pacientes e da população em geral defenderam a eutanásia ativa ou o suicídio assistido por médico, comparado a menos de 40% dos cuidadores e menos de 10% dos médicos. Maior renda foi significativamente associada à aprovação da retirada de tratamentos de manutenção considerados fúteis e realização de controle vigoroso da dor. Os indivíduos de idade avançada, sexo masculino, sem religião e com menor escolaridade significativamente defenderam a eutanásia ativa e o suicídio assistido.

Estudo realizado em Portugal com 143 médicos oncologistas mostrou que, a pedido de um membro da família, apenas 7,7% deles dariam doses letais de medicamentos a pacientes com doenças incuráveis incapazes de tomar decisões. Entre eles, 96,5% concordaram com a administração de medicamentos para o controle de sintomas, mesmo prevendo que poderiam encurtar a vida do paciente (Gonçalves, 2010).

No trabalho atual, a justificativa predominante contra a prática da eutanásia baseou-se em questões religiosas, sendo pautada no princípio da sacralidade da vida. Neste caso, a vida, como bem concedido pela divindade, teria um estatuto sagrado, não podendo ser interrompida, nem mesmo por expressa vontade de seu detentor (Batista & Schramm, 2004). Lepargneur (1999) considera este argumento um dos mais fortes para a não prática da eutanásia, segundo o qual Deus, criador e senhor da vida, proíbe esta prática.

A Declaração sobre a Eutanásia de 1980, da Sagrada Congregação para a Doutrina da Fé, é o documento mais completo sobre o assunto no Cristianismo. A eutanásia é condenada como violação da lei de Deus, ofensa à dignidade humana e considerada um crime contra a vida. Entretanto, ante a iminência de uma morte inevitável apesar dos meios empregados, é lícito tomar a decisão de renunciar a alguns tratamentos que prolongariam precária e penosamente a existência, sem interromper, porém, os cuidados normais devidos ao enfermo. De acordo com tal declaração, há também a possibilidade de que a vida possa ser encurtada como efeito secundário à utilização de drogas para diminuir o sofrimento do paciente, como, por exemplo, no tratamento de dores insuportáveis (Batista & Schramm, 2004).

Outros argumentos contrários à prática da eutanásia, pautados na relação médico-paciente, não foram relatados pelos idosos pesquisados no trabalho atual. Segundo um desses argumentos, a permissão para tal prática poderia seduzir os médicos a relaxarem no tratamento de pacientes terminais, o que poderia gerar desconfiança na relação médico-paciente. Existe, também, o questionamento se a prática da eutanásia não poderia provocar declínio na criação de programas de cuidados paliativos. Aqueles que são contrários à eutanásia enfatizam ainda os seguintes pontos, não mencionados na pesquisa atual: a irrenunciabilidade da vida humana, mudança de idéia por eventual descoberta de novo tratamento, necessidade de discussão sobre a relatividade do que se entende como sofrimento intolerável e considerações sobre a idoneidade moral e profissional do médico. Outras preocupações são: possibilidade de que os atos familiares não sejam inspirados em fins altruístas, mas motivados por razões como heranças, pensões e seguros de vida; que pedidos de eutanásia não sejam de fato voluntários, mas, na verdade, induzidos ou até forçados pela falta de cuidados e recursos adequados; que haja pressão psíquica, como quando o enfermo sente-se um estorvo para os familiares, levando-o a solicitar a eutanásia por razões circunstanciais; e, enfim, que ao se utilizar um argumento favorável à eutanásia, este poderá ser usado em outras situações cujas consequências não sejam aceitáveis (Batista & Schramm, 2004; Novaes & Trindade, 2007).

Novaes e Trindade (2007) defendem que a aceitação das pessoas em relação à eutanásia e à morte assistida depende principalmente de quatro fatores: o nível de sofrimento do paciente apesar do tratamento; a frequência com a qual o paciente pede o procedimento de terminar sua vida; a idade do paciente; e o grau de curabilidade da doença (Novaes & Trindade, 2007).

Entretanto, deve-se destacar que todo o pedido para morrer é, na verdade, um pedido de socorro (Germiniano *et al.*, 2005).

No estudo atual, os idosos favoráveis à eutanásia tiveram como principais argumentos poupar o paciente terminal irreversível de seu sofrimento e aliviar a angústia de seus familiares, coincidindo com as principais justificativas apresentadas por Kovács (2003), Oliveira *et al.* (2003) e Novaes e Trindade (2007). Outro argumento favorável, não mencionado pelos idosos em nosso estudo, é o custo financeiro, tanto social como pessoal, causado pelo prolongamento de uma vida impossibilitada de continuar (Kovács, 2003; Oliveira *et al.*, 2003; Novaes & Trindade, 2007).

Na sociedade atual, aponta-se para a possibilidade de a pessoa poder protestar contra sofrimentos adicionais proporcionados pelos tratamentos que visam a combater a doença, e que acabam por combater a própria pessoa. Assim, a qualidade é prioridade sobre a quantidade de vida, sendo o próprio titular o mais competente para decidir sobre sua morte, respeitando-se o princípio da autonomia. Deve-se ressaltar, entretanto, que na maioria dos casos, a plena capacidade de escolha está prejudicada, sendo o pedido de eutanásia por parte do paciente motivado por questões transitórias como medo do isolamento e solidão ou receio diante do diagnóstico (Almeida, 2004; Batista & Schramm, 2004; Martins, 2006).

No que tange aos aspectos ético-legais, o Código de Ética Médica (2010) descreve que é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal, devendo, no caso de doença incurável ou terminal, oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (Buglione, 2009; CFM, 2010). O direito à vida, garantido pela Constituição Federal do Brasil, é o mais fundamental de todos os direitos por ser pré-requisito à existência e ao exercício de todos os demais direitos, sendo que, por esse motivo, o ordenamento jurídico não confere aos cidadãos o direito da eutanásia (Pamplona, 2012).

O Brasil é país signatário da Declaração Universal dos Direitos Humanos, devendo obedecer a seus dispositivos. Diz o seu artigo 4º que “toda a pessoa tem direito de que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido pela lei, em geral, desde o momento da concepção. Ninguém pode ser privado da vida arbitrariamente.” (Pamplona, 2012). Assim, no aspecto jurídico-penal, apesar de a legislação pátria atual não tratar diretamente a matéria, a considera como homicídio comum, sendo considerado crime a prática da eutanásia voluntária ou involuntária, como também do suicídio assistido, com pena de reclusão entre seis e 20 anos, sendo permitida apenas a ortotanásia (Novaes & Trindade, 2007; Nobrega Filho, 2010).

O anteprojeto da parte especial do Código Penal de 1984, que está em tramitação no Senado Federal, traz um avanço expressivo no tratamento dado ao polêmico tema da eutanásia passiva, ao afirmar expressamente no art. 121 parágrafo 3º, *in verbis* que “não constitui crime deixar de manter a vida de alguém por meio artificial se previamente

atestada por dois médicos, a morte como iminente inevitável, e desde que haja consentimento do doente ou, na sua impossibilidade, de ascendente, descendente, cônjuge ou irmão.” A aprovação desse artigo permitirá que a eutanásia passiva seja legalmente realizada, evitando, assim, o prolongamento indevido da vida e do sofrimento de pacientes terminais (Pamplona, 2012).

Conclusão

A maioria dos idosos pesquisados não permitiria a prática de nenhum dos três tipos de eutanásia em membro de sua família, tendo como principal justificativa a sacralidade da vida. Entre aqueles que defenderam a eutanásia, a maioria permitiria a prática da eutanásia de duplo-efeito, alegando minimizar o sofrimento do enfermo. Assim, verifica-se a necessidade de maior discussão sobre o tema entre os sujeitos idosos, principalmente com aqueles pertencentes a classes socioeconômicas mais pobres. São necessários outros estudos para investigar a opinião sobre o tema em sujeitos idosos pertencentes a classes socioeconômicas mais elevadas.

Referências

- Almeida, A.M. (2004). Suicídio assistido, eutanásia e cuidados paliativos. *In: Meleiro, A.M.A.S., Teng, C.T. & Wang, Y.P. Suicídio: Estudos Fundamentais*. São Paulo (SP): Segmento Farma.
- Batista, R.S. & Schramm, F.R. (2004). Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 31-41.
- Buglione, S. (2009). *Eutanásia e a retórica do amor*. Recuperado em 26 setembro, 2012, de: http://www.portalbioetica.com.br/adm/artigos/eutanasia_samantha.pdf.
- CFM. Conselho Federal de Medicina. (2010). *Código de Ética Médica – Resolução CFM n.º 1931/09*. Recuperado em 25 setembro, 2012, de: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>.
- Fernandes, A.T. (1993). A relação vida-morte e a eutanásia. *In: Colóquio interdisciplinar de homenagem a Vergílio Ferreira nos 50 anos de vida literária*. Porto (Portugal), 139-160. (xerox).

- Germiniano, R.R., Farias, G.G., Jurado, S.R., Gomes, J.B. & Carvalho, H.L.S. (2005). *Dono da vida, o ser humano é também dono da sua própria morte?* Recuperado em 28 de setembro, 2012 de: http://www.lfg.com.br/public_html/article.php?story=2005030714252575.
- Gonçalves, J.A. (2010). Attitudes toward end-of-life situations other than euthanasia and assisted suicide among Portuguese oncologists. *Support Care Cancer*, 18(10), 1271-1277.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Recuperado em 01 outubro, 2012, de: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
- Kovács, M.J. (2003). Bioética nas Questões da Vida e da Morte. *Psicologia USP*, 14(2), 115-167.
- Lepargneur, H. (1999). Bioética da eutanásia – Argumentos éticos em torno da eutanásia. *Revista Bioética Simpósio*, 7(1), 41-48.
- Lima Neto, L.I. (2003). A legalização da eutanásia no Brasil. *Jus Navigandi*, 81(8), 1-3.
- Martins, A.G. (2006). O médico e a eutanásia. Recuperado em 02 de outubro, 2012, de: http://www.alamedadigital.com.pt/n4/pdf/medico_eutanasia.pdf
- Nobrega Filho, F.S.F. (2010). *Eutanásia e dignidade da pessoa humana: uma abordagem jurídico-penal*. Dissertação de mestrado. João Pessoa (PA): Universidade Federal da Paraíba.
- Novaes, M.R.C.G. & Trindade, E.M. (2007). A morte e o morrer: considerações bioéticas sobre a eutanásia e a finitude da vida no contexto da relação médico-paciente. *Com. Ciências Saúde*, 18(1), 69-77.
- Oliveira, H.B., Oliveira, E.F.B., Oliveira, R.Z.B., Oliveira, A.M.B., Santos, M.E.R.C. & Silva, J.A.P. (2003). Ética e eutanásia. *J Vas Br*, 2(3), 278-272.
- Pamplona, S.S. (2012). *Eutanásia: ato de generosidade ou crime?* Recuperado em 02 outubro, 2012, de: <http://www.juspodivm.com.br/novo/arquivos/artigos/outros/sheyla-pamplona-eutanasia.pdf>.
- Portal Brasil. (2010). *População idosa no Brasil cresce e diminui número de jovens revela censo*. Recuperado em 01 outubro, 2012, de: <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/04/29/populacao-idosa-no-brasil-cresce-e-diminui-numero-de-jovens-revela-censo>.
- Vilela, L.P. & Caramelli, P. (2009). Knowledge of the definition of euthanasia: study with doctors and caregivers of Alzheimer's disease patients. *Rev Assoc Med Bras.*, 55(3), 263-267.
- Villas-Bôas, M.E. (2005). *Da eutanásia ao prolongamento artificial: aspectos polêmicos na disciplina jurídico-penal do final de vida*. Rio de Janeiro (RJ): Forense.
- Yun, Y.H., Han, K.H., Park, S., Woo, P.B., Cho, C.H., Kim, S. *et al.* (2011). Attitudes of cancer patients, family caregivers, oncologists and members of the general public toward critical interventions at the end of life of terminally ill patients. *CMAJ*, 183(10), 673-679.

Recebido em 01/08/2012

Aceito em 11/08/2012

Diego Fraga Rezende – Universidade Católica de Brasília (UCB).

E-mail: diegofrezende@yahoo.com.br

Gabriela Nunes Oliveira – Universidade Católica de Brasília (UCB).

E-mail: gabriela.n.o@hotmail.com

Lucy Gomes Vianna – Médica, professora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia. Universidade Católica de Brasília (UCB). Professora Titular de Clínica Médica. Universidade de Brasília (UnB) (aposentada).

E-mail: lucygomes@pos.ucb.br

Izabel Borges dos Santos - Universidade Católica de Brasília (UCB).

E-mail: izabel@ucb.br