

## **A pessoa idosa no contexto da Bioética: sua autonomia e capacidade de decidir sobre si mesma**

*Elderly in the context of Bioethics: its autonomy and  
ability to decide themselves*

Iglair Regis de Oliveira  
Vicente Paulo Alves

**RESUMO:** O artigo trata do contexto da autonomia que a Bioética propõe para pessoa idosa, sobretudo na sua capacidade de decidir sobre si mesma no momento da morte, a partir de estudos já realizados por pesquisadores brasileiros e estrangeiros referenciados na área da Bioética.

**Palavras-chave:** Velhice; Bioética; Autonomia e Capacidade de decidir.

**ABSTRACT:** *This article examines the context of autonomy Bioethics proposes to elderly, especially in its ability to decide themselves upon their death, from previous studies by Brazilian and foreign researchers referenced in the field of bioethics.*

**Keywords:** *Old age; Bioethics; Autonomy and capacity to decide.*

## Introdução

A Bioética traz em seu bojo discussões polêmicas de grande relevância como as questões relacionadas a valores e a princípios morais, que estão presentes no cotidiano dos profissionais de saúde e sua relação com os pacientes. É de Hipócrates a afirmação de que o médico, diante da enfermidade, deve conscientizar-se de dois objetivos fundamentais: “Fazer o bem, não causar prejuízo” (Germano, 2006: 73). A Bioética é uma área de discussão sobre valores inerentes à vida e à saúde, e como área de reflexão atenta aos eventos da vida e, conseqüentemente, da morte humana também. (Segre, 2001).

As transformações ocorridas em decorrência ao envelhecimento populacional é um fenômeno vivido globalmente. Oriundos deste processo de transição demográfica suscitaram-se estudos sobre os impactos desta transformação da estrutura social. O fenômeno do envelhecimento, apesar de ser comum a todos os seres vivos, que inicia com a concepção e termina com a morte, na última fase da vida, agrega todos os (pré-) conceitos embutidos pelo imaginário social e cultural.

O tema morte e idoso reportam a inúmeros estudos que traremos aqui para algumas reflexões, além da discussão sobre a autonomia decisória do idoso, evidenciando alguns conceitos propostos sob a ótica de estudiosos sobre o tema. Este artigo busca aprofundar algumas construções sobre a morte que, além de ser um direito, é uma condição humana, não somente privativa aos idosos, mas também atinge qualquer pessoa, em qualquer idade.

A autonomia, que nos referirmos nesses próximos parágrafos, está mais relacionada à tomada de decisões, envolvendo a autonomia psicológica e também a física. Assim nos questionamos: será que a bioética tem algo a ver com os estados de enfermidade ou com os estados de saúde? Nosso objetivo e propósito é discutir a autonomia do idoso, embora saibamos que “quando tratamos do envelhecimento humano observamos a existência de lacuna conceitual para o termo autonomia (...). Na verdade, denominamos pessoa autônoma aquela que, independentemente da idade, toma decisões livremente, escolhe entre alternativas a ela apresentadas, de acordo com valores, crenças, aspirações e objetivos próprios de vida, e é capaz de agir pautada por essas deliberações”. (Gandolpho & Ferrari, 2006: 399).

## A autonomia diante da morte sob a ótica moderna

A morte traz consigo mitos (“verdades”), que possui características conforme a cultura vivida no tempo e no espaço, que foi e é questionada sobre várias perspectivas filosóficas e religiosas. Para Kovács, a morte é vista como parte do processo da vida. Alguns filósofos da modernidade, como Michel Eyken de Montaigne, do séc. XVI, Karl Jasper (1965) e Martin Heidegger (1962), postulam a condição de morrer à própria existência da vida. A racionalidade científica por muitas maneiras não consegue dar significado para questionamentos elaborados; na época atual, em que a biotecnologia e tecnociência avançam com aparelhos ultramodernos, a medicina com o embate da morte, avança com os transplantes de órgãos, confrontada e sem resposta definidora de morte.

A morte, como sendo a maior certeza da condição humana, embora quase sempre tratada como um assunto relegado a um segundo plano, constituindo intrínseca peculiaridade do *Homo sapiens sapiens*, o único ser vivente que tem a consciência da sua própria finitude. (Freud, 1974, citado em Siqueira-Batista, 2004). A finitude da vida leva o ser humano ao desconforto e ao confronto entre viver e morrer, paradoxo este que remete aos pré-conceitos de definição.

Pode-se conceituar a morte apenas em um processo natural dado como morte clínica? Segundo Siqueira-Batista (2004), há diferentes perspectivas para conceituar a morte: *morte clínica*, parada cardíaca; *morte biológica*, que surge como uma "progressão" da morte clínica, diferindo desta por seu caráter irreversível; *morte óbvia*, evidente estado de decomposição corpórea; *morte encefálica*, que é compreendida como um sinônimo para a morte biológica; *morte cerebral*, que não deve ser confundida com a morte encefálica, uma vez que pode ser feita a distinção entre ambas pela análise da respiração; *morte jurídica*, estipulando-se, no artigo 10 do Código Civil, que a morte termina a existência da pessoa natural; *morte psíquica*, na qual a percepção psicológica da morte antecede, em um tempo variável, a morte biológica.

Ainda o referido autor ressalta que a morte perpassa a própria evolução da ciência, sobretudo na primeira metade do século 20, em que a *morte clínica* era praticamente sinônimo da *morte biológica*; há uma unificação de conceito entre a morte clínica e morte encefálica, instituída a partir da metade do século 20. Parece ficar evidenciado que a questão de conceituar a morte tem como parâmetros o momento e os

avanços biotecnológicos, perpassando do processo natural que é próprio da vida, para a dimensão decisória social e científica, a fim de que pareça ser a mais apropriada.

### **Autonomia diante da própria morte**

O modelo de análise bioética que alicerçou os inúmeros problemas suscitados pelos avanços bioéticos, em particular as investigações com seres humanos, e comumente utilizado e com grande aplicação na prática clínica na maioria dos países, é o “principalista”, introduzido por Beauchamp e Childress, em 1977; e a segunda edição em 1979. (Beauchamp & Childress, 2002). Esses autores propõem quatro princípios bioéticos fundamentais: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. (Germano, 2006: 59).

O princípio da beneficência contém um princípio básico – fazer o bem, do latim *bonum facere*, que é utilizado nas práticas dos médicos, enfermeiros e demais profissionais, a fim de proporcionar o bem-estar do paciente; já o princípio da não-maleficência complementa o da beneficência e prevê o comprometimento profissional de não causar dano ao outro - *non nocere*. Em qualquer estudo sobre ética, a justiça torna-se o tema ilustre. O informe Belmont define o princípio de justiça como imparcialidade na distribuição de riscos e benefícios. (Germano, 2006). O princípio de “não causar danos” é, porém, perfeitamente aplicável para rejeitar qualquer forma de terapia agressiva e fútil, visto este como princípio da não-maleficência. (Pessini, 2007: 129).

O princípio da *autonomia* teve suporte na Carta dos Direitos dos Enfermos dos hospitais privados estadunidenses no ano de 1972. Esse princípio tomou vulto em outros países, incluindo o Brasil, que influenciou a elaboração da sua própria Carta, em que se defendiam os quatro direitos fundamentais: direito à vida, à assistência sanitária, à informação e à morte digna.

Etimologicamente, a palavra autonomia vem do grego *autos* (próprio) e *nomos* (regra, autoridade ou lei) e significa o poder de tomar decisões sobre si mesmo e assumir o controle da sua vida. Para Ribeiro (2007), cada indivíduo é um Estado em si mesmo; cada indivíduo, enquanto não violar direitos alheios, é o seu próprio soberano, é autônomo. A autonomia entendida como um princípio ético é uma forma de liberdade

peçoal baseada no respeito pelas pessoas, na qual os indivíduos têm o direito de determinar seu curso de vida enquanto esse direito não infringir a autonomia dos outros. (Hosgtel & Gaul, citados em Diogo, 1997).

A capacidade de se autogovernar, escolher, dividir, avaliar sem restrições internas ou externas etc., juntamente com o critério da autonomia, criam uma reviravolta completa na relação médico-paciente. Emerge uma relação não mais de sujeito (médico) e objeto (paciente), mas de sujeitos (médico e paciente). Agora, trata-se de sujeitos autônomos, que estabelecem relações interpessoais, compartilham decisões em parceria e no gozo de plenos direitos. (Pessini & Barchifontaine, 1996).

A relação entre pacientes e profissionais tem um novo comportamento, no qual se reconhece a capacidade de decisão do paciente; este é o marco do princípio da autonomia; nesse sentido, o consentimento informado, representa o respeito à pessoa com suas convicções e crenças.

### **A autonomia do idoso e o profissional da saúde**

A relação entre pacientes e profissionais da saúde toma um novo conceito dentro do saber laico, tomando uma nova concepção do manifesto das vontades, até então sucumbidas pelo poder do império da vontade dos médicos, que traz à luz uma nova forma de relação entre ser de direito e o profissional da saúde. Essa relação fortificou-se e deixou de ser essencialmente paternalista.

O conhecimento trouxe ao paciente poder de interferir nas decisões do seu corpo e à sua própria vida. E, como sendo o protagonista principal, passou a ter direito às respostas quanto aos questionamentos: “o quê?”, “quando?”, “como?” e “onde?”, mudando assim a relação médico-paciente, desmistificando o conceito até então paternalista e decisório em nome da saúde e bem-estar; desconsiderando as vontades; que subentendia que, sob a alegação de falta de conhecimento técnico-científico, desconsiderava a autonomia da personalidade do paciente.

O papel do médico hoje deve estar adstrito ao de um conselheiro sobre decisões clínicas, mas não deve tomar as decisões sem o consentimento do seu paciente. Dessa forma, a relação médico-paciente passa por um processo de gradual substituição do paternalismo pelo consentimento informado. (Ribeiro, 2006).

As transformações provocadas por este princípio implicaram na deliberação das suas vontades que são os testamentos vitais e as diretivas antecipadas, que são instrumentos de manifestação de vontade com a indicação negativa ou positiva de tratamentos e assistência médica a serem ou não realizados em determinadas situações. (Ribeiro, 2006). Por meio desses documentos, privilegia-se não somente a autonomia, mas também a capacidade de autonomia.

De acordo com essa nova concepção da relação médico-paciente, fundamentada no princípio da autonomia privada, os enfermos passaram a ter o direito decisório sobre o tratamento terapêutico a que desejam se submeter e decisões que envolvam risco para a sua saúde ou vida. Os médicos e demais profissionais da saúde devem respeitar a autonomia do paciente de receber ou não determinados procedimentos, de permanecer hospitalizado ou solicitar a sua alta.

A Enfermagem, como sendo uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, tem deveres e obrigações no sentido amplo. A postura profissional dos enfermeiros diante do paciente deve ser a de considerar as responsabilidades técnico-científicas incluindo a necessidade de estreitamento de uma conduta humanizada, que merece atenção como seu valor intrínseco.

O Preâmbulo do Código de Deontologia de Enfermagem define e indica claramente a quem as atividades desta ciência são dirigidas, fala da postura ética e dos princípios fundamentais. Dentre os princípios encontra-se o princípio da preservação da autonomia das pessoas: o profissional não poderá forçar qualquer pessoa a submeter-se ou deixar de submeter-se a qualquer tipo de tratamento. Significa dizer que os sentimentos, as ideologias, crenças, direitos, liberdades e demais convicções das pessoas devem ser respeitados. O princípio também é embasado pelo artigo 7º, III, da Lei 8.080/90, que garante o direito da preservação da autonomia das pessoas concernente à defesa de sua integridade física e moral. (Pinto & Silva, 2008).

### **Considerações Finais**

Este trabalho apresenta apenas um esboço de alguns conceitos apresentados sobre a autonomia da pessoa idosa. Nele, é possível constatar que o idoso é o

protagonista principal; portanto, a discussão sobre o seu destino final está imbricado nos aspectos do momento em que está vivendo, psicológico ou terapêutico.

A reflexão acerca da bioética no que tange à morte e à autonomia do idoso deve ter um caráter multidisciplinar e interdisciplinar, para melhor compreender, em toda a sua complexidade, os diversos desafios, que estão ligados não só aos avanços das ciências da vida, ao cultural, mas também ao sistema judiciário. A valorização do ser humano, numa visão holística, é suporte para o respeito de suas vontades e decisões. Nesse sentido, estamos de acordo com Gandolpho e Ferrari (2006: 399), ao afirmarem que “os profissionais de saúde devem respeitar na sua prática diária a autonomia de uma pessoa, reconhecendo que cabe a ela possuir pontos de vista, valores e objetivos de vida que podem divergir dos dominantes na sociedade ou daqueles aceitos pelos profissionais”. Acreditamos que todas as ações realizadas pelos profissionais de saúde nos hospitais e clínicas que cuidam de idosos, deveriam ser desenvolvidas *com* o paciente, em vez de *para* o paciente, valorizando sua autonomia.

Finalizamos nossa reflexão, ressaltando as palavras de Pessini e Barchifontaine (2000: 142) sobre a bioética “como uma nova sensibilidade humana” que deve conduzir ao cuidado, ao zelo, à promoção da dignidade humana e qualidade de vida, favorecendo a autonomia do paciente, seja ele criança, adulto ou idoso.

Esperamos que esse aprofundamento sobre a autonomia do idoso incentive outros trabalhos a contribuírem na construção efetiva de uma vida mais digna nessa fase do envelhecimento e, sobretudo, diante da internação hospitalar ou da eminência de uma doença grave.

## Referências

Beauchamp, T. & Childress, J. (2002). *Princípios de ética biomedical*. São Paulo: Loyola.

Diogo, M.J.D'E. (1997, janeiro). A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 5(1). Ribeirão Preto. Recuperado em 15 junho, 2009, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a07.pdf>.

Gandolpho, M.A. & Ferrari, M.A.C. (2006, jul./set.). A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. *In: O Mundo da Saúde*, 30(3). São Paulo (ano 30).

- Germano, R. (2006). Bioética no cuidado de enfermagem. *In: Kalinowski, C.E. (Org.). Programa de Atualização em enfermagem: saúde do adulto: PROENF, Ciclo 1, módulo 2.* Porto Alegre: Artmed/Panamericana.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time.* USA: Blackwell Publishing.
- Hogstel, M.O. & Gaul, A.L. (1991). Safety or autonomy - and ethical issue for clinical gerontological nurses. *J. Gerontol. Nurs., 17(3): 6-11.*
- Jasper, K. (1965). Introdução ao pensamento filosófico. (19ª ed.) São Paulo: Pensamento-Cultrix. 1965. Recuperado em 7 dezembro, 2010, de <http://books.google.com.br/books?>
- Kovacs, M.J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicol.USP, 14(2): 115-67.* Recuperado em 02 novembro, 2010, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200015&lng=en&nrm=iso).
- Pessini, L. (1996). O desenvolvimento da bioética na América Latina. *In: Pessini, L. & Barchifontaine, C. de P. (Orgs.). Fundamentos da bioética.* São Paulo: Paulus: 9-29.
- Pessini, L. & Barchifontaine, C.de P. (2000). Pesquisa com seres humanos. *In: Problemas atuais de bioética.* São Paulo: Loyola: 11-6 e 13-50.
- Pessini, L. (2007). *Distanásia - Até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola.
- Pinto, L.H. da S. & Silva, A. (2008). *Código de ética (deontologia) dos profissionais de enfermagem: interpretação e comentários.* São Paulo: Atheneu.
- Ribeiro, D.C. (2006). Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. Aug [cited 2009 June 04]; 22(8): 1749-54. Recuperado em 02 novembro, 2010, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800024&lng=en)
- Segre, M. (2001). Ética em saúde. *In: Palácios, M. (Org.) Ética, ciência e saúde: desafios da bioética.* Petrópolis, RJ: Vozes.
- Siqueira-Batista, R. & Schramm, F.R. (2004). Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciênc. saúde coletiva, 9(1): 31-41.* Recuperado em 15 jun., 2009 de <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n1/19821.pdf>.

Recebido em 12/10/2010

Aceito em 22/11/2010

---

**Iglair Regis de Oliveira** - Enfermeira, aluna do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu de Gerontologia da Universidade Católica de Brasília.

E-mail: [igla.diva@gmail.com](mailto:igla.diva@gmail.com)

**Vicente Paulo Alves** - Cientista da Religião e professor do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu de Gerontologia da Universidade Católica de Brasília.

E-mail: [vicente@ucb.br](mailto:vicente@ucb.br)