*ENVELHECIMENTO E FINITUDE – QUAL
A REPRESENTAÇÃO DA MORTE?*Iraci Guimarães¹Maria Helena Silva Carneiro²

resumo

Se perguntarmos às pessoas a nossa volta o que se opõe a vida, provavelmente, a larga maioria responderá que é a morte. Esse dualismo, conflituoso, doloroso e contraditório impede, por exemplo, de ver a morte como um processo natural, como algo que faz parte da vida. A velhice, por sua vez, é associada, de modo geral, às modificações no corpo, uma vez que, com o avanço da idade, todos os organismos e materiais sofrem um desgaste natural, independentemente do tempo necessário para que esse processo ocorra. Os sinais externos e, portanto, mais aparentes são diversos nos humanos, como, por exemplo, cabelos sem cor, rugas, reduções nas capacidades auditiva, visual, muscular e, em alguns casos, cognitivas. Essas concepções estão ancoradas na visão de que a

1 Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Graduada em Psicologia pela UnB, Brasília, DF, Brasil. E-mail: iracig@gmail.com.

2 Professora Doutora do Departamento de Pedagogia e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil. E-mail: mhslcar@unb.br.

velhice é sinônima de declínio e morte, e, que, muitas vezes, são incorporadas pelo próprio idoso. A Medicina paliativa busca estabelecer princípios para lidar com pacientes que apresentem doenças progressivas avançadas, além de idosos com comprometimentos, de forma a maximizar a qualidade de vida remanescente do paciente. Faz-se necessário quebrar o tabu imposto pelo tema morte, permitindo que esta tome posse de seu lugar de direito: a de única certeza da vida.

palavras-chave

Envelhecimento. Morte. Saúde. Qualidade de Vida.

1 Introdução

Um breve estudo da literatura evidencia que a representação social da morte tem se modificado juntamente com a história da humanidade. Se considerarmos que a representação exerce influência sobre o comportamento das pessoas, podemos dizer que mudanças nas representações a respeito da morte também influenciam a atitude das pessoas relacionadas à finitude.

Philippe Áries (2003) mostra esse fato, com muita propriedade, em seu livro *História da morte no ocidente*. Este autor ressalta que “[...] como muitos outros fatos de mentalidade que se situam em um longo período, a atitude diante da morte pode parecer quase imóvel através de períodos muito longos de tempo[...] em certos momentos intervêm mudanças, frequentemente lentas, por vezes despercebidas, hoje mais rápidas e mais conscientes.” (p. 25). Essa é a primeira concepção chamada de *morte domada*, que perpassa um longo período da história, regulada pelo costume da época, e vivido como uma cerimônia pública. Essa forma de conceber a morte evidenciava a sua aceitação sem extrapolação, causada por emoções excessivas.

No século XI e XII, a segunda fase da Idade Média, a morte se torna um evento, solidificado pelo medo do julgamento final e pela necessidade de prestar contas. Já, no Renascimento, a morte se torna distante, chamada de *morte selvagem*. No século XVIII, a morte possui um sentido novo: a morte de si mesmo é negada, enquanto que a morte do outro se torna patética; “[...] o homem das sociedades ocidentais tende a dar à morte um sentido novo. Exalta-a, dramatiza-a, deseja-a, impressionante e arrebatadora.” (ARIES, 2003, p. 64).

No início do século XX, e mesmo ao término do século XIX, a presença do moribundo gerava incômodo e esse era transferido para o hospital. A mudança do local de morte, da residência para o hospital, devia-se em parte aos avanços da Medicina. É no hospital que o paciente é cuidado, portanto “[...] *morre-se no hospital porque os médicos não conseguiram curar* [...]” (Ibidem, p. 85).

Se perguntarmos às pessoas a nossa volta o que se opõe a vida, provavelmente, a larga maioria responderá que é a morte. Esse dualismo, conflituoso, doloroso e contraditório impede, por exemplo, de ver a morte como um processo natural, como algo que faz parte da vida. No entanto, várias atitudes cotidianas nos revelam como um simples ato (corriqueiro) pode evitar a morte: o simples ato de comer, beber água, respirar, etc., são ações que fazem parte da vida a fim de evitar-se a morte. Portanto, no lugar de aceitar a morte enquanto “segredo” da vida é preferível esquece-la, nega-la, escamoteá-la. Talvez a razão disso esteja no medo da incerteza, do desconhecido. O próprio livro sagrado de diversas religiões, a Bíblia, não deixa claro o que acontece depois da morte.

Nesse sentido, as concepções religiosas – do cristianismo ao budismo, passando pelo islamismo –, embora não esclareça muita coisa para os seus fieis, concordam com a necessidade de termos consciência da morte, ou de que a morte faz parte da nossa realidade e que até devemos estar implicado com a nossa própria morte.

Segundo Elizabeth Kubler-Ross (2000, *apud* SILVA, 2004), a proximidade das pessoas com a morte parece desencadear no doente uma série de comportamentos, definidos pela autora em cinco estágios: no primeiro ocorre a *negação da morte* e o consequente isolamento, que dura um curto período de tempo; em um segundo estágio, ocorre o sentimento de *raiva*, revolta e inveja, por depender, por saber que a vida será interrompida precocemente; a seguir, surge a *negociação*, acredita-se em milagres, mas o tempo obriga a aceitar o veredicto – e se eu acreditasse mais em Deus? Assim, o doente começa a aceitar a morte e a ver a vida com outro olhar. Na etapa seguinte vem a *depressão*, causada pela possibilidade de perda da vida; finalmente, no último estágio ocorre a *aceitação* – o doente pode aceitar morrer sem cólera, revolta, ou culpabilidade.

É importante ressaltar que esses estágios de comportamentos não se apresentam sempre na mesma ordem, alguns não aceitam jamais, enquanto outros o fazem imediatamente. Cada pessoa é única. Mas, não podemos esquecer que, ao definir essas fases, a autora trabalhou com pessoas doentes, já com diagnóstico médico estabelecido. A pergunta que se coloca é se essas fases se fazem presente ao longo da história de vida das pessoas.

2 Envelhecimento e dependência

A velhice é associada, de modo geral, às modificações no corpo, pois, com a idade, o organismo sofre um desgaste natural. Os sinais externos e, portanto, mais aparentes são diversos nos humanos como, por exemplo, cabelos sem cor, rugas, reduções nas capacidades auditiva, visual, muscular e, em alguns casos, cognitivas, como a memória e a percepção.

Diante das modificações em seu corpo, algumas pessoas tendem a se “assumir velhas”, enquanto outras tendem a adiar esse momento. As mudanças são visíveis e contribuem para a associação entre velhice e feiúra, pois o ideal estético é erigido culturalmente sobre um corpo jovem, portanto, o velho é feio. Não resta dúvida que essas concepções estão ancoradas na visão de que a velhice é sinônimo de declínio e morte e que muitas vezes tais concepções são incorporadas pelo próprio idoso. Esse tipo de representação apresenta duas implicações. A primeira está relacionada à saúde do idoso (prevenção), pois obstaculiza a busca de tratamentos que melhorem sua qualidade de vida. Guimarães (2005), ao estudar as representações a respeito da saúde mental e envelhecimento, construídas por cuidadores familiares de idosos com síndrome demencial, identificou que, em alguns casos, os cuidadores acham natural o esquecimento: “É muito triste, primeiro que de início as pessoas pensam que [...] é porque está velha, não é porque tem uma doença, é porque está velha; e o que acontece? [...] Então vai se deixando ele de lado, não vai se achando que aquilo é como se ele tivesse com uma doença mental, que ele estaria com uma função muito melhor.” (Participante B). Outra fala retrata: “Minha mãe [...] é aquela pessoa que, lógico, como todo idoso, com o passar do tempo vai criando algumas doenças [...]” (Participante M).

A segunda implicação está relacionada à morte social do indivíduo. Embora se saiba que, nesta última década, o número de instituições que trabalham para evitar o enclausuramento do idoso tem aumentado, seja no seio de seus familiares, seja em asilos, o que, de fato, contribui para a perda de status social. O velho é visto como menos produtivo, sendo providenciada a sua substituição pelos mais jovens. A lei da oferta e da procura, incidindo sobre a força de trabalho, desvaloriza o idoso. Assim, a idade passa a ser um obstáculo à inserção da pessoa no mercado de trabalho.

No entanto, o envelhecimento não implica inexoravelmente no declínio devastador das funções cognitivas. Gerontólogos e geriatras fazem questão de afirmar que a velhice não é doença. E, mesmo que a perda de grupos celulares e a diminuição da função de alguns sistemas bioquímicos levem ao prejuízo cognitivo, existem limiares até onde o indivíduo pode chegar sem

perder o equilíbrio necessário para as atividades da vida cotidiana. Além disso, aspectos subjetivos devem ser levados em consideração quando se tenta conceituar a velhice (SANTOS, 2003).

Por conseguinte, a despeito do tempo de vida tornar o ser humano progressivamente vulnerável a danos na saúde, envelhecer não significa adoecer. Não é a presença de doença que melhor determina o grau de saúde da população idosa, mas o impacto que um dano na saúde tem sobre o aspecto funcional do indivíduo. A abordagem proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra-se bastante útil para sua compreensão:

- *Doença ou Transtorno* é o ponto de partida na determinação do impacto funcional. É intrínseca, podendo ou não ser identificada, principalmente na fase inicial;

- *Insuficiência* é definida como qualquer perda ou anormalidade de natureza psicológica, fisiológica, de estrutura anatômica ou funcional. Ao contrário da doença ou transtorno, a insuficiência é exteriorizada, identificável;

- *Incapacidade* é qualquer restrição ou perda resultante de insuficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade de uma maneira e extensão consideradas normais. Daí ser uma condição que pode ser objetivada;

- *Desvantagem* é um fenômeno social. Implica em limitações resultantes de insuficiência ou incapacidade, que restringem ou mesmo impedem o indivíduo de desempenhar plenamente seu papel na família e na sociedade.

Esse modelo, quando aplicado ao idoso, permite abranger o comprometimento de sua saúde. Já que, do ponto de vista biológico, o processo do envelhecimento se caracteriza também por uma diminuição da reserva funcional, tem-se que a progressão de doença para insuficiência e incapacidade é facilitada. Assim é que na velhice as doenças crônicas instaladas na vida adulta, mesmo progredindo lentamente, terão grande potencial para causar impacto funcional.

Ramos (2002) defende que as relações sociais são essenciais na manutenção e promoção da saúde, pois se espera que o idoso sinta amparo, segurança e amor em seu ambiente social, o que ajuda a lidar com as consequências decorrentes de algum problema de saúde e, conseqüentemente, da morte. Para o autor o sentimento de bem-estar está diretamente relacionado com a capacidade de trocar, de dar e receber de forma balanceada. Quando o idoso percebe que a troca não está equilibrada, por ele ser mais dependente de outro, ele pode ficar deprimido.

A autonomia, por outro lado, é uma das mais prezadas características do ser humano. Essa, implica na independência, pois é através dela que se

escolhe o que comer, vestir e fazer; o que define, enfim, o enredo da vida de cada um. Ramos (2003) ressalta que é a autonomia que pode ser a mais comprometida na velhice, ou seja, é a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos, capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível), certamente será considerada uma pessoa saudável. “Pouco importa saber que essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e que toma remédio para depressão – infelizmente uma combinação bastante frequente nessa idade (p. 01)”

No extremo oposto estaria a incapacidade e sua expressão social, a desvantagem. A elevada prevalência de doenças mentais em idosos tem grande potencial de comprometimento funcional. As doenças mentais são as principais causas de perda da autonomia na velhice.

A representação da velhice como sendo o indivíduo improdutivo e incapaz ainda é muito presente na cultura ocidental, o que leva, naturalmente, a uma inversão dos papéis sociais. Em alguns casos, à medida que o tempo avança, os filhos assumem o papel dos pais, invertendo a hierarquia, até então, estabelecida. Essa inversão de papéis tem consequência direta na dinâmica familiar e na própria saúde do idoso, pois cria todas as condições favoráveis para que o indivíduo fique cada vez mais dependente dos filhos.

3 Envelhecimento, Dependência e Demência

Santos (2003) mostrou, em sua pesquisa sobre o cuidador familiar de idosos com demência, que o processo de finitude e a morte dos portadores foram sentidas e vivenciadas de maneiras diversas, estando relacionadas de forma direta ao modo como a família e o cuidador representaram a demência. Enfim, aqueles cuidadores e familiares que reconstruíram seus vínculos afetivos com os portadores de demência sofreram mais. O mesmo fato ocorreu quando o cuidador faleceu. Já, para outros familiares, o processo de finitude e a morte se deu no decorrer do avanço da síndrome, consequente do distanciamento da realidade que o portador de demência apresenta, e da dificuldade de comunicação e das mudanças comportamentais e de personalidade; os vínculos construídos na história de convívio deixam de estabelecer o equilíbrio entre os membros.

A morte do indivíduo não se limita, necessariamente, à morte biológica. Existe também a *morte social*, quando o indivíduo já não é mais a mesma

pessoa, ou não faz mais o que fazia, não apresenta as mesmas habilidades e capacidades, ou, até mesmo, é um fardo para a família. As limitações e dependência afastam o indivíduo de seu convívio familiar e de atividades sociais, inclusive, o impedem de desempenhar diversos papéis sociais. A mesma questão pode-se inferir ocorrer no caso de morte cerebral, ou coma profundo.

4 Envelhecimento e Qualidade de Vida

A Medicina paliativa tem por objetivo estabelecer princípios para lidar com pacientes

que apresentem doenças progressivas, avançadas e com expectativas de vida reduzida, de forma que esses tenham qualidade de vida, ainda que não seja fácil definir doença avançada e expectativa de vida reduzida, como afirma Silva (2004).

A qualidade de vida enfoca o indivíduo e não a doença, aliviando a dor e outros sintomas, e dando suporte, tanto para o paciente, quanto para a família. Ainda, na medicina paliativa o ser humano é visto holisticamente, e não como um conjunto de órgãos e sintomas, que devem ser combatidos, o que difere do paradigma predominante no modelo biomédico atual. A tendência da equipe de saúde e da família é de distanciamento em uma situação de finitude. Não há formação de profissionais para lidar com a morte, visto que nesse modelo biomédico, ela é uma derrota, um fracasso, no qual ocorreu a “perda do paciente”. Os familiares, além dos aspectos afetivos, também não são educados para lidar com essa situação, desprovidos de entendimento do processo natural incutido no ciclo vital de qualquer ser deste planeta (BURLÁ, 2002; SCHRAMM, 2002; SILVA, 2004).

Enfim, qualidade de vida abrange não somente o paciente, mas também a rede social de apoio (equipe de saúde, cuidadores e familiares). No conceito de qualidade de vida, a concepção de saúde se amplia, implicando tanto em um modo de vida sã, que permite ao indivíduo ter uma expressão auto-determinada e interessada, como em uma personalidade sã, portadora de mecanismos e funções que lhe permitem expressar suas aspirações essenciais e enfrentar as contradições e frustrações que a vida implica. (REY, 1993). Qualidade de vida também implica na “[...] percepção do indivíduo, de sua posição na vida, no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.” (WHOQOL – OMS, 2000, *apud* FLECK *et al.*, 2003).

Para Agostinho (2004), a forma como encaramos a morte é consequência direta da forma como norteamos a vida, nossos valores, medos, papéis sociais, regras e sonhos. Portanto, a qualidade da morte é consequência da qualidade de vida que estipulamos para nós mesmos. Não se pode esquecer também do conceito de modo de vida, ou estilo de vida, em que se expressam as motivações essenciais do indivíduo, em um sistema de atividades concretas (motivo esse pelo qual essa categoria tem um importante significado para o estudo da saúde humana). Além do sistema de atividades que caracterizam o modo de vida e do nível de implicação do sujeito neste, também é de suma importância o sistema de hábitos através do qual o indivíduo se expressa (higiênicos, alimentares, de cultura física, fumar etc.) (REY, 1993).

Deve-se analisar a pessoa sistêmica e holisticamente para se compreender esse processo do estilo de vida saudável e do adoecimento. Assim, consequentemente, o ser humano será entendido como um todo, aumentando-se a probabilidade de respeitar a subjetividade imposta pela qualidade de vida, visto que esta implica na convergência de aspectos físicos, psicológicos, espirituais, sociais e ideais, nas quais sonhos e aspirações são concretizados num dado momento. A qualidade de vida, traduzida para qualidade de morte, significa que o “[...] hiato entre o ideal e o possível [...]” (BURLÁ, 2002, p. 5) em um dado momento, foi reduzido, respeitando-se portanto a subjetividade do indivíduo.

Sevalho (1993), em uma revisão histórica da representação social de saúde e doença, concluiu que ocorreram mudanças nas representações, ainda que suaves, sem contornos, e com elementos primitivos. O processo de doença e a morte se associaram no decorrer da história. Nos povos sem escrita, a doença era resultado de entidades sobrenaturais, ou externas e nada poderia ser feito pelo ser humano doente. Já nos povos com escrita, a doença era como obra dos deuses, um humor divino, maldições, castigos divinos, ou, então, era a doença-punição por algo errado individualmente, ou em grupo. Havia uma forte influência do medo e culpabilidade relacionados à doença, portanto, morrer doente era a punição para os pecadores.

Na Idade Média houve uma forte influência do cristianismo, as representações continham alto teor religioso, havia uma sensação de que deveria ser mantida distância do doente; afastar o desconhecido, pois predominava o medo do sofrimento e da morte. No Renascimento começam as práticas intervencionistas, com o racionalismo científico, base da ciência moderna, o empirismo indutivo e o racionalismo dedutivo de Bacon e Descartes, surgindo a

possibilidade de se adiar o momento da morte. Já no século XVII e XVIII, o foco estava nos elementos sólidos do corpo, quando aumentou o interesse na contagem da população viva e morta e, também, pelas causas das mortes para, por fim, controlá-las (SEVALHO, 1993). Com o avanço do conhecimento científico, a ênfase passou a ser maior no agente externo causador da doença, portanto, a causa externa e os sintomas alcançaram enorme importância na Medicina, o ser humano era passivo, impactado, paciente. A morte passa a ser ignorada pela ânsia de controlar, adiar e determinar a causa de uma doença.

Pensar a Medicina paliativa, que defende a autonomia, a qualidade de vida e a dignidade do ser humano em processo de enfermidade terminal, crônica, ou aguda, e de seus cuidadores e familiares, implica também em permitir que esse indivíduo, ou familiares expressem o momento de encerrar seu sofrimento. (SCHRAMM, 2002).

As intervenções desnecessárias são chamadas de distanásia, obstinação terapêutica, ou futilidade médica (KOVACS, 2003; SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004). O objetivo da intervenção paliativa é “[...] o do tratamento proporcional para cada caso, ou seja, eficaz para cuidar daquilo a que se propõe.” (KOVACS, 2003, p. 36); Isso, por sua vez, diminui o conflito que surge na diferenciação do tratamento necessário para “salvar” a vida do paciente e o tratamento fútil, que prolonga a angústia e o sofrimento do paciente e de seus familiares. A concepção paliativa não exclui o paciente de tratamentos, mas sim inclui o ser humano e seus familiares no processo de qualidade de vida, visando o bem-estar de seus momentos terminais.

A eutanásia seria o ato de “provocar a morte por compaixão num doente incurável, para pôr fim aos seus sofrimentos” (HOTTOIS; PARIZEAU, 2002, p. 225), ou seja, terminar com o sofrimento de outro, em que a doença não tenha mais tratamentos possíveis. Ressalta-se que, na atual legislação vigente no Brasil, e como norma constitucional pétrea de direito à vida, configura crime contra a vida, sujeito a pena cabível de homicídio doloso ou culposos.

Siqueira-Batista (2004) defende que cabe ao profissional de saúde respeitar a decisão do paciente, ainda que contra seus princípios, e também não tomar decisões por esse, de forma arbitrária e até arrogante. Silvestre e Neto (2003) sugerem que o profissional de saúde deve perceber a multicausalidade física, social e psicológica do adoecer; e, principalmente, contextualizar o paciente em seu ambiente social de origem. Cabe ao profissional trabalhar mais a saúde do que a doença, com interdisciplinaridade, o que pode ser entendido como visualizar a qualidade de vida da pessoa.

5 Considerações Finais

Um dos grandes desafios hoje, em relação à velhice e a morte, é em primeiro lugar separar velhice de morte. Faz-se necessário reverter essa concepção fatalista: a velhice como sinônimo de declínio e morte; trabalhar na direção da construção de uma representação mais otimista da velhice, que restitua o lugar do idoso na família e na sociedade, e que reconheça que ele é um ser responsável pelos rumos de sua própria história. Não basta criar modelos assistencialistas de atendimento ao idoso, ele precisa de autonomia e de restituição do seu direito à cidadania.

Faz-se necessário ainda, quebrar o tabu imposto pelo tema morte, permitindo que essa tome posse de seu lugar de direito: a de única certeza da vida, determinando o fim do ciclo de qualquer ser deste planeta; sendo, ainda, o segundo grande momento da existência, após o nascimento, no qual todos os seres vivos são iguais.

AGING AND FINITUDE – WHAT IS THE REPRESENTATION OF DEATH?

abstract

If you ask people around us what is that opposes life, probably, the large majority will say that it is death. This dualism, confrontational, painful and contradictory, prevents us, for example, to see death as a natural process, as something that is part of life. Elderly, in its turn, is associated to changes in the body, since, in the course of time, all organisms and materials suffer wear and tear, regardless of the time required for this process to occur. The external signs, and therefore more apparent in humans are diverse, such as discolored hair, wrinkles, reduction in hearing, visual, muscular and, in some cases, cognitive ability. These concepts are anchored in the view that old age is synonymous of decline and death, and which often is incorporated by the elderly. The palliative medicine seeks to establish principles for dealing with patients with advanced progressive diseases, and seniors with impairments in order to maximize the quality of remaining life of the patient. It is necessary to break the taboo topic of death imposed by allowing it to take possession of its rightful place: the only certainty of life.

keywords

Aging, death, health, quality of life

referências

AGOSTINHO, Paula. Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Porto, v. 6, n. 1, p. 31-36, jan./jun., 2004.

ÁRIES, Phillipe. *História da morte*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.

BURLÁ, Cláudia. Cuidados ao fim da vida: uma preocupação da prática da Medicina Geriátrica. *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 1-8, 2002.

FLECK, Marcelo; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa. WHOQOL-OLD Project: method and focus group results in Brazil. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 793-799, dez., 2003.

GUIMARÃES, Iraci Gonçalves. *Representações Sociais de familiares de idosos portadores de demência sobre saúde mental no envelhecimento e os desafios impostos pela doença*. Brasília: Universidade de Brasília, 2005, 192 p. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2005.

HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie Hélène. *Dicionário de Bioética*. Lisboa: Instituto Piaget, 2002, p. 225-232.

KOVACS, Maria Júlia. Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 1-48, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. *Relatório Mundial de Saúde – The world health report 2001 – Mental health: New understanding, new hope*. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>. Acesso em: 02/04/2004.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, maio/jun., 2003.

REY, Fernando. Personalidad, Salud y Modo de Vida. In: REY, Fernando; MARTÍNEZ, Albertina. *La Personalidad: su educación y desarrollo*. Havana: Editorial Pueblo y Educación, 1993, 93 p.

SANTOS, Sílvia Maria Azevedo. *O cuidador familiar de idosos com demência: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira*. 2003. 211 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

SCHRAMM, Fermin Roland. Morte e finitude em nossa sociedade: Implicações no ensino dos cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 17-20, 2002.

SEVALHO, Gil. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 349-363, jul./set., 1993.

SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira. *Cuidados paliativos oncológicos: Reflexões sobre uma proposta inovadora na atenção à saúde*. 2004. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; NETO, Milton Costa. Abordagem do idoso em programa de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, maio/jun., 2003.

SIQUEIRA-BRATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin Roland. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 1-22, 2004.

Recebido: 13/04/2011

1ª Revisão: 10/10/2011

2ª Revisão: 08/11/2011

Aceite Final: 21/11/2011