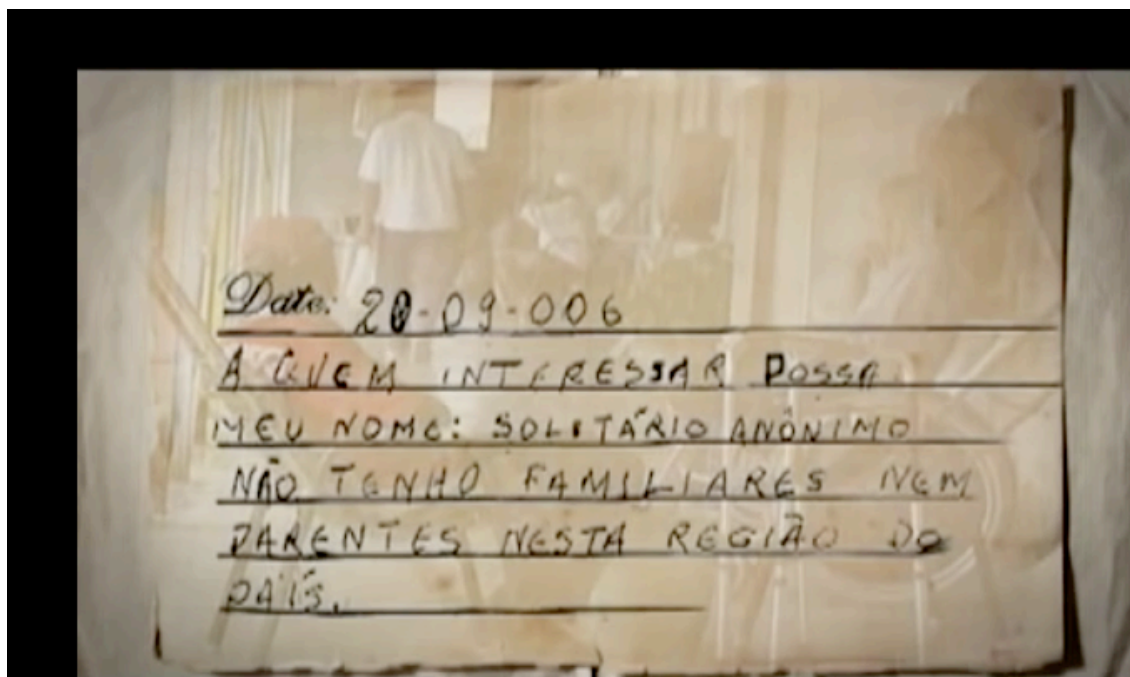


O solitário anônimo - Viver é um direito ou um dever?

A ressignificação da morte e os mecanismos que conferem à finitude status de parte integrante do projeto biográfico do ser



Nathalie Cristina Cardoso

Resumo: Tendo como contexto fático de fundo o documentário *Solitário Anônimo*¹, esta reflexão visa provocar o leitor para que reflita a respeito da finitude da vida e, conseqüentemente, sobre o direito de encarar a morte como parte de um projeto biográfico, onde se tem autonomia para a tomada de decisões que possam re-significar o processo de morrer, observados os limites da legalidade.

Palavras chave: Autonomia; Dignidade; Direito de Morrer; Cuidados Paliativos; Diretivas Antecipadas de Vontade.

¹ Acessível em <https://www.youtube.com/watch?v=uTZEDtx8noU>. Mais informações sobre o documentário em <http://culturadigital.br/desenvolvimentoesaude/2014/11/26/proposta-de-roteiro-para-discussao-filme-solitario-anonimo/>

Introdução

O documentário *Solitário Anônimo* narra a história de um idoso que rompeu todos seus elos familiares, se desfez de sua identidade – documental e subjetiva - e descartou todos outros elementos que pudessem representar um vínculo com a vida, viajou para o interior do Estado de Goiás, onde pretendia executar o seu projeto de *morrer em paz*. Lá, recolhido em um quarto, parou de se alimentar, o que pretendia fazer até que o seu projeto de morte fosse concluído. Contudo, o seu ideal foi interrompido, sendo ele socorrido e internado em um hospital, onde passou a ser alimentado por sonda, contrariando sua decisão. Quando conseguiram identificá-lo, constataram que o *Solitário Anônimo* não era um idoso fragilizado ou vulnerável. Formado em Direito e Filosofia, ele apenas desejava concluir o seu projeto biográfico, onde a morte era tida como o capítulo final.

O *Solitário Anônimo* foi impedido de concluir o seu projeto de morte, e assim permanecem os seguintes questionamentos: O que é vida? Qual o conceito de morte? A morte pode ser encarada sob dois prismas distintos: enquanto condição clínica e enquanto condição existencial? A quem pertence o direito à vida? E a quem pertence o direito à morte? É possível ter certa autonomia durante o processo de morrer e assegurar que a nossa própria morte se dê de uma forma digna?

Compreensões de Vida e Morte: Diferença entre viver e existir.

Não existe definição única do que é vida. Existem definições esparsas de diversas áreas do conhecimento que, conjugadas, trazem um aspecto global de seu conceito e permitem a compreensão do fenômeno.

A definição de vida no campo da Biologia se divide, principalmente, entre os conceitos neodarwinistas e a autopoieticos². O neodarwinismo conceitua a vida humana como a capacidade de reprodução com a preservação da carga genética entre gerações, ao mesmo tempo em que sofre influências do meio físico e social, geradoras de mutações e recombinações, garantindo a preservação da espécie. Na definição autopoietica a vida é definida como uma organização auto-referencial e auto-reprodutiva (SILVA, et al, 2000).

² Autopoiese ou autopoiesis (do grego *auto* "próprio", *poiesis* "criação") é um termo criado na década de 1970, pelos biólogos e filósofos chilenos Francisco Varela e Humberto Maturana para designar a capacidade dos seres vivos de produzirem a si próprios. Segundo esta teoria, um ser vivo é um sistema autopoietico, caracterizado como uma rede fechada de produções moleculares (processos) em que as moléculas produzidas geram com suas interações a mesma rede de moléculas que as produziu. A conservação da autopoiese e da adaptação de um ser vivo ao seu meio são condições sistêmicas para a vida. Portanto, um sistema vivo, como sistema autônomo está constantemente se autoproduzindo, autorregulando, e sempre mantendo interações com o meio, onde este apenas desencadeia no ser vivo mudanças determinadas em sua própria estrutura, e não por um agente externo.
<https://pt.wikipedia.org/wiki/Autopoiese>

No campo da filosofia, Aristóteles, citado por Gomes (2001, p. 134), sustenta que “a vida é aquilo pelo qual um ser se nutre, cresce e perece por si mesmo”. Por fim, no campo da religiosidade, o cristianismo a define como uma criação divina, substância humana que vai além daquilo que se exterioriza, mas que alcança potencialidades que permitem o contato com o sagrado (SÁ e MOUREIRA, 2015, p.13).

Todas essas posições são uníssonas ao valorá-la com bem imaterial supremo. A definição de morte também não é única e encontra conceitos distintos nas diversas áreas do saber. No campo da biologia a morte é definida como o processo irreversível de cessamento das atividades biológicas necessárias à caracterização e manutenção da vida em um sistema outrora classificado como vivo³.

Já a definição médica de morte foi alterada há mais de quarenta anos, deixando de ser conceituada como *parada da função cardiorrespiratória*, para ser conceituada como a *morte neurológica* (Santos, 1997), que se caracteriza pela condição irreversível e definitiva de cessação das atividades do tronco cerebral e do encéfalo⁴.

Para o cristianismo a vida seria o oposto de morte, aquilo que nos salva da destruição (SILVA, et al, 2000). No entanto, para o campo da filosofia, diversas são as compreensões a respeito da morte.

[...] o conceito de morte não pode ser determinado exclusivamente pelo critério biológico. Isto pelo fato de que está relacionado com as crenças filosóficas mais gerais relativas ao significado da vida e da morte. O conceito de morte envolve necessariamente um julgamento filosófico de que ocorreu uma alteração muito importante e significativa, o que pressupõe uma ideia de condições indispensáveis de vida. (SANTOS,1997, p. 347)

Assim, na medida em que não há consenso a respeito dos conceitos de vida e de morte, estando a sua compreensão intimamente ligada à leitura e valoração realizadas por cada indivíduo, de acordo com suas crenças, é possível distinguir entre viver e existir, relacionando a condição *existencial* com aspectos biológicos da função vital, e a condição *existencial* o seu *animus*, ou propósito de vida do ser? Admitir esta subdivisão permitiria sustentar que a morte existencial pode não coincidir com a morte biológica?

A interpretação extraída do documentário *Solitário Anônimo* é que a morte aguardada pelo personagem era a morte biológica, pois a morte existencial já havia sido decretada por ele, que não possuía mais *animus* ou vislumbra

³ <https://pt.wikipedia.org/wiki/Morte>

⁴ https://pt.wikipedia.org/wiki/Morte_cerebral

propósito para permanecer existindo. Trazendo a discussão para um campo ainda mais nebuloso podemos indagar:

- Como garantir uma morte biológica digna àqueles que interpretam a vida como um conjugado de aspectos biológicos e subjetivos?
- De que modo fazer valer os últimos propósitos existenciais de uma pessoa em estado grave e irreversível, antes de sua morte biológica?
- Como assegurar que durante o processo de morte sejam respeitadas as suas particularidades e vontades sem violar a legislação?

Evidentemente estas questões jamais poderão ser desenvolvidas com qualidade se, antes, não nos desprendermos do contexto predominantemente religioso que conceitua a vida como uma oportunidade de contato com o sagrado, e a morte como um evento que somente pode acontecer após a ordem Divina.

Dignidade no morrer: A finitude humana encarada como parte integrante da vida e da biografia do ser

Muita gente acha que o mundo é grande e a percepção é um recorte, e aí agente vai recortando os mundos a cada segundo, e a cada segundo o mundo se apresenta para nós numa janela, numa certa imagem. E aí é claro que, como ninguém está no lugar que estamos, o mundo acaba ficando um pra cada um, porque num certo instante, ninguém vê a mesma coisa que o outro. Até quando conversamos assim, o mundo pra você sou eu e o mundo pra mim é você, nenhuma coincidência. Então a única pergunta é: como ter certeza que estamos no mesmo mundo? Se cada um vê uma coisa, se cada um sente uma coisa, se cada um percebe um mundo diferente? De qualquer maneira, eu percebo o meu, a cada segundo, e não tenho nenhuma expectativa que percebam o mesmo mundo que eu. Mas o mundo está cheio de tiranos, pessoas que fazem questão de que todos concordem com ele, que exigem que todos nós vejamos a mesma coisa do mesmo jeito e da mesma perspectiva, e assim, de tirano em tirano, às guerras, guerras por perspectiva, guerras de percepção. (FILHO, C, B. 2015, s/p)

A vida pode ser considerada um bem supremo, e os avanços biotecnológicos e farmacológicos buscam retardar a morte, que, no entanto, é inevitável. Nessa perspectiva as discussões acerca da promoção da boa morte encontram um papel de destaque.

A boa morte pode ser considerada como aquela que enxerga a finitude como parte da construção biográfica do ser e, como tal, respeita os seus limites, os seus sentimentos, o seu bem-estar, sem contrariar a lei. Assim, conjugando o

respeito à boa morte com o questionamento: “viver é um direito ou um dever?” importante mencionar as barreiras legais que impedem a escolha do momento da própria morte.

O primeiro impedimento legal existente no Estado brasileiro consiste na proibição da eutanásia, que é considerada legal em países como a Bélgica e a Holanda.

A eutanásia é definida como a ação médica que tem por finalidade abreviar a vida do paciente incurável e em estado de sofrimento, sem perspectiva de melhora, e com o consentimento deste. Ela pressupõe, portanto, a intensão e o efeito da ação, ou seja, a eutanásia ativa.

É aquele ato em virtude do qual uma pessoa dá morte a outra, enferma e parecendo incurável, ou a seres acidentados que padecem dores cruéis, a seu rogo ou requerimento e sob impulsos de exacerbado sentimento de piedade e humanidade. (CARVALHO, et al, 2011, p. 163)

Diferentemente desta existe a eutanásia passiva, igualmente proibida, que consiste na não iniciação de um tratamento, ou na suspensão do mesmo, com a intensão de abreviar a vida (SÁ e MOUREIRA, 2015).

Já a ortotanásia é definida pelo Conselho Feral de Medicina como a prática de

[...] limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal⁵.

Segundo Lima (2010, p, 01)

O processo de ortotanásia significa a morte no momento certo. Nem apressada, como no caso da eutanásia, e nem prolongada, como no caso da distanásia. Seu advento evita prolongamentos irracionais e cruéis da existência do paciente, poupando-o e a sua família de todo o desgaste que essa situação envolve.

Assim, na medida em que a ortotanásia representa um mecanismo essencial à garantia de uma morte digna e com respeito às particularidades do sujeito, vem se discutindo a sua retirada do rol das ilicitudes penais. Tramita, atualmente,

⁵ Resolução nº 1.805 do Conselho Federal de Medicina. Ver http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm
http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&id=21154:justica-valida-resolucao-1805-que-trata-sobre-ortotanasia

perante a Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei 6.715/2009, do Senado Federal, que altera o Código Penal, retirando expressamente a ilicitude da ortotanásia quando preenchidos os requisitos legais.

De acordo com o art. 2.º deste Projeto de Lei, “todo paciente que se encontra em fase terminal de enfermidade tem direito a cuidados paliativos proporcionais e adequados, sem prejuízo de outros tratamentos que se mostrem necessários e oportunos”.

A definição de paciente em estado terminal, descrita no artigo terceiro do projeto de lei, o conceitua como “pessoa portadora de enfermidade avançada, progressiva e incurável, com prognóstico de morte iminente e inevitável, em razão de falência grave e irreversível de um ou vários órgãos, e que não apresenta qualquer perspectiva de recuperação do quadro clínico”.

Assim, pretende-se inserir o art. 136-A no Código Penal, com a seguinte redação:

Art. 136-A. Não constitui crime, no âmbito dos cuidados paliativos aplicados a paciente terminal, deixar de fazer uso de meios desproporcionais e extraordinários, em situação de morte iminente e inevitável, desde que haja consentimento do paciente ou, em sua impossibilidade, do cônjuge, companheiro, ascendente, descendente ou irmão.

§ 1º A situação de morte iminente e inevitável deve ser previamente atestada por 2 (dois) médicos.

§ 2º A exclusão de ilicitude prevista neste artigo não se aplica em caso de omissão de uso dos meios terapêuticos ordinários e proporcionais devidos a paciente terminal.

Importante mencionar que, não obstante aguarde-se a aprovação deste Projeto Lei, o Conselho Federal de Medicina editou, no ano de 2006, a Resolução nº 1.805/2006, autorizando a prática da ortotanásia. O art. 1.º da Resolução 1.805/2006 estabelece que: “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”.

Após a edição desta resolução, o Ministério Público Federal do Distrito Federal moveu uma ação requerendo a suspensão da resolução, pois a conduta nela descrita estaria em desacordo com o Código Penal brasileiro. A medida liminar foi inicialmente concedida, suspendendo a Resolução. No entanto, em dezembro de 2010, nova decisão judicial revogou a liminar suspensiva e a Resolução voltou a ser aplicada.

Neste meio tempo entre a suspensão da resolução e a revogação da liminar o Conselho Federal de Medicina editou o novo Código de Ética Médica⁶, vigente desde abril de 2010, e após, a Resolução nº 1995/12, aprovada no dia 30.08.2012⁷, que representam verdadeiro avanço no prestígio à morte digna, consagrando os cuidados paliativos e conferindo valor legal às diretivas antecipadas de vontade.

Assim, enquanto aguarda-se a descriminalização da ortotanásia, os cuidados paliativos e as diretivas antecipadas de vontade podem ser vistos como os principais mecanismos capazes de assegurar uma finitude digna aos pacientes em estado terminal.

Os cuidados paliativos e as Diretivas Antecipadas de Vontade como instrumentos garantidores de uma morte digna

O novo Código de Ética Médica⁸, vigente desde abril de 2010, dispõe em seu artigo 41, parágrafo único:

[...] nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico 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.

Assim, como alternativa aos pacientes para os quais o tratamento capaz de combater a doença perdeu sua efetividade, surge a possibilidade do cuidado paliativo, definido pela Organização Mundial de Saúde em 2002 como:

[...] a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual⁹.

Assim, nos cuidados paliativos as ações incluem medidas terapêuticas para o controle dos sintomas físicos, intervenções psicoterapêuticas e apoio espiritual ao paciente do diagnóstico ao óbito. Já em relação aos familiares do paciente,

⁶ Resolução CFM 1.931/2009

⁷ Resolução nº 1995/12 do Conselho Federal de Medicina (<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1995&situacao=VIGENTE&data=09-08-2012>. Consultado em 29/05/2016).

⁸ Resolução CFM 1.931/2009

⁹ Cadernos CREMESP - Cuidado Paliativo. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. www.paliativo.org.br/dl.php?bid=15 Consultado em 29/05/2016.

as ações se dividem entre apoio social e espiritual e intervenções psicoterapêuticas do diagnóstico ao período do luto.

Na prática de Cuidados Paliativos repudia-se o uso de terapêutica fútil e, portanto, ineficaz. Nessa filosofia, uma terapêutica ineficiente em aliviar sintomas e dar conforto é considerada desnecessária. Além disso, todas as práticas visam criar condições para que o processo de morte, a última parte da vida, se instaure e evolua de forma natural, jamais deliberada¹⁰.

Os Cuidados Paliativos são indicados em casos de doença em que há possibilidade de morte como consequência da evolução natural daquele processo de adoecimento, que pode se arrastar por anos. Assim, *a contrario sensu*, só não é recomendável a adoção dos cuidados paliativos em caso de morte súbita.

Ainda, como mecanismo de promoção da morte como um projeto biográfico do paciente, impõe mencionar as diretivas antecipadas de vontade que, embora não regulada pelo Direito Brasileiro, encontra reconhecimento do Conselho Federal de Medicina, por intermédio da Resolução nº 1995/12, aprovada no dia 30.08.2012¹¹, que permite ao paciente registrar seu testamento vital na ficha médica ou no prontuário.

De acordo com o artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Medicina, tem-se por Diretivas antecipadas de vontade: “[...] conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”¹².

Representa, portanto, uma manifestação escrita, feita por pessoa capaz, que, de maneira livre e consciente, determina suas opções, desejos e preferências, que deverão ser respeitados caso ocorram situações clínicas que o impossibilitem de expressar as suas vontades.

Hoje, as diretivas antecipadas de vontade têm a função de dar ao paciente o poder de recusar tratamentos e, também, de escolher, dentre aqueles possíveis, o tratamento que lhe convém, o que significa que estamos

¹⁰ Cadernos CREMESP - Cuidado Paliativo. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. www.paliativo.org.br/dl.php?bid=15. Consultado em 29/05/2016.

¹¹ Resolução nº 1995/12 do Conselho Federal de Medicina <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1995&situacao=VI&data=09-08-2012>. Consultado em 29/05/2016.

¹² Resolução nº 1995/12 do Conselho Federal de Medicina <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=10938&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1995&situacao=VI&data=09-08-2012>. Consultado em 29/05/2016.

diante do exercício da autonomia privada do paciente. (SÁ e MOUREIRA, 2015, p. 176-177)

Este documento tem natureza de negócio jurídico unilateral e pode ser revogado a qualquer tempo. No direito comparado, encontramos alguns países percursores das diretivas antecipadas de vontade.

No direito *espanhol* a Cataluã foi a primeira comunidade a normatizar sobre as diretivas antecipadas de vontade. A Lei 21, de 29 de dezembro de 2000, estabelece que qualquer intervenção no âmbito da saúde requer que a pessoa afetada dê o seu consentimento específico e livre, após ser previamente informada de todas as possibilidades de sua saúde. O documento de vontades antecipadas, que é dirigido ao médico responsável pelo tratamento, deve ser elaborado pelo paciente perante notário ou três testemunhas. As diretivas antecipadas de vontade não podem contrariar as previsões do ordenamento jurídico ou a boa prática clínica¹³.

No ordenamento jurídico *francês* qualquer adulto pode elaborar as diretivas antecipadas de vontade, limitando-se a sua validade ao período de três anos, antes da inconsciência da pessoa. Portanto, se o documento foi elaborado há mais de três anos da inconsciência do paciente, ele perderá a sua validade. A lei francesa ainda permite independentemente das diretivas antecipadas de vontade, a designação, por escrito, de uma pessoa de confiança que será consultada na impossibilidade do paciente manifestar a sua vontade. As decisões desta pessoa de confiança prevalecem sobre qualquer outra que não seja a médica (SÁ e MOUREIRA, 2015, p. 183-184).

Já no Brasil, embora ainda não exista legislação específica sobre o tema, conforme mencionado anteriormente, isto não impossibilita a defesa da validade das diretivas antecipadas de vontade no panorama jurídico nacional. Isto porque, quando omissa a lei, a solução jurídica deve ser buscada na analogia, nos costumes e nos princípios gerais de direito.

Com efeito, temos na Constituição Federal Brasileira os princípios da Dignidade da Pessoa Humana (art. 1º, III,); da Autonomia da Vontade (princípio implícito no artigo 5º); e da proibição constitucional de tratamento desumano (art. 5º, III). É dizer que a Lei Maior do Brasil reconhece o direito à vida, que deve ser digna, reconhecendo ainda, conjuntamente, a autonomia da pessoa como um direito de personalidade. Deste modo, obrigar uma pessoa a se submeter a um tratamento por ela indesejado, quando ele não terá função de lhe devolver uma vida plena e digna, viola os princípios da dignidade da pessoa humana e da autonomia da vontade.

Muito embora o direito à vida represente um direito de personalidade e, como tal, é *absoluto, necessário, vitalício, intransmissível, irrenunciável, extrapatrimonial, imprescritível e impenhorável*, a ausência de faculdade de disposição que o classifica como irrenunciável merece cuidado.

¹³ http://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Catalunya%Ley%2021_2000.pdf

Isto porque, a irrenunciabilidade o coloca na qualidade de um direito que o sujeito adquire a partir do seu nascimento, permanecendo na esfera jurídica do seu titular independentemente de sua vontade enquanto ele existir, mas não pode ser confundido com a *renunciabilidade do exercício* deste direito.

No primeiro caso, renunciar à titularidade representaria a perda definitiva do direito em questão, que, devido à sua essencialidade, pode acarretar a própria ausência de significado da personalidade.

No segundo caso, a renúncia integra o exercício da autonomia privada, sendo válida. (SÁ e MOUREIRA, 2015, p. 64)

Assim, a inviolabilidade do direito à vida, tutelado pela Constituição Federal, deve ser interpretada como a proteção da vida contra a arbitrariedade de terceiros, mas não com impedimento para o seu exercício com autonomia pelo seu titular, principalmente em situações onde a sua dignidade esteja em jogo.

Qualquer tipo de escravidão é um atentado direto contra a dignidade da pessoa [...] O respeito real à liberdade e responsabilidade concretas de cada pessoa é indispensável para o crescimento da humanização do homem [...] Tratar a pessoa como mero instrumento para uma finalidade exterior à própria pessoa é outro grave atentado contra a sua dignidade. (RUBIO, 1989, p.249-250)

A escolha por uma morte digna é, portanto, o próprio exercício do direito à vida.

Referências

ARISTÓTELES. *Da Alma (De Anima)*. Tradução - Carlos Humberto Gomes. Lisboa: Edições 70, 2001.

CADERNOS CREMESP - *Cuidado Paliativo*. Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 1995/12 do Conselho Federal de Medicina / Resolução nº 1.805 do Conselho Federal de Medicina/ Resolução nº 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina

CARVALHO, G. M.. Autonomia do paciente e decisões ao final da vida. In ROMEO CASABONA, C. M.; SÁ, M.F.F. *Direito biomédico*. Espanha-Brasil. Belo Horizonte: PUC, Minas, 2011.

FILHO, C.B. *O Mundo e a Percepção do Mundo*. Disponível em <https://youtu.be/BS6wRvFUp1w>. Publicado em 17.10.2015

LIMA, C. V. T. C. Ortotanásia e cuidados paliativos: instrumentos de preservação da dignidade humana. *Rev. Med. Res.* 2010; 12 (3 e 4) 134-136. Disponível em: <http://crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/96/102>

MARTINELLI, J.P. O. *A ortotanásia e o direito penal brasileiro*. Disponível em <http://www.ibccrim.org.br/http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados/> <https://pt.wikipedia.org/wiki/Morte>

RUBIO, A. G. *Unidade na pluralidade*. 2ª ed. São Paulo: Paulinas, 1989.

SÁ, M.F.F.; MOUREIRA, D. L.. *Autonomia para Morrer*. Belo Horizonte: Editora DelRey, 2015.

SANTOS, M.C. C. L. Conceito Médico-Forense de Morte (1997). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfdusp/article/viewFile/67369/69979>

SILVA, P.R; ANDRADE, M; CALDEIRAS, A.M.C. A Concepção de professores de biologia sobre o conceito de vida. VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências. Florianópolis, 08 de novembro de 2000. Disponível em: <http://posgrad.fae.ufmg.br/posgrad/viienpec/pdfs/976.pdf>

Data de recebimento: 15/07/2016; Data de aceite: 24/08/2016.

Nathalie Cristina Cardoso - Graduada em Direito pela Universidade de Santo Amaro. Este texto é resultado do trabalho final no curso de extensão “Fragilidades na Velhice: Gerontologia Social e Atendimento” (COGEAE – PUC-SP), turma do primeiro semestre de 2016. E-mail: nc_cardoso@yahoo.com.br