

Suicídio Assistido

Reflexões sobre legalidade, o idoso e sua autonomia



Markus Vinícius Braga

O procedimento denominado Suicídio Assistido, proibido pela legislação brasileira, é um polêmico e relevante tema em debate na sociedade atual tendo em vista, de modo especial, o aumento da expectativa de vida.

A longevidade tão almejada é uma realidade, assim como as morbidades a ela associadas. São valiosos os recursos da medicina atual na manutenção da qualidade de vida na velhice, mas que também possibilitam o prolongamento não da vida plena, mas do sofrimento irremediável ante as doenças sem perspectiva de cura.

A proibição no Brasil, e em outros países, do suicídio assistido faz com que muitos pacientes velhos sofram no momento final de suas vidas, pois a lei que lhes garante o direito de viver lhes impõe, veladamente e com ausência de culpa, a distanásia - a morte dolorosa e lenta, devido a tratamentos que visam prolongar a vida, mesmo isenta de qualidade (FELIX et. al., 2013).

Nesta reflexão, ao abordar o tema Suicídio Assistido é importante esclarecer os conceitos de eutanásia e distanásia, para que as diferenças dessas práticas estejam claras, e o entendimento distinto do que cada uma delas representa atualmente quando falamos no processo de escolha e decisão do paciente, destacando que esses procedimentos ainda não encontram respaldo na legislação brasileira.

O termo eutanásia deriva do grego e é composto por “eu” (bom, verdadeiro) e “thanatos” (morte) - ou seja, morte sem sofrimento, ou boa morte. É

classificada como não voluntária, quando não se conhece a vontade do paciente, e voluntária quando o mesmo expressa sua vontade como, por exemplo, no caso de doença terminal incurável, e sempre executada pelo médico. Ela se difere do Suicídio Assistido, procedimento no qual o próprio paciente executa a ação final.

A eutanásia pode ser dividida ainda em ativa e passiva, onde a ativa explicita o ato de provocar a morte sem sofrimento, e a passiva em optar por não iniciar o tratamento que prolongaria a sobrevivência do paciente, que poderia ser doloroso, não resolutivo, apenas com o intuito de retardar a morte, porém sem qualquer qualidade de vida (CASTRO et. al., 2016).

Na eutanásia, onde pode haver participação direta do médico por solicitação do paciente - autodeterminação do paciente¹ - há uma preocupação com a dignidade no momento de finitude, uma vez que o paciente tem limitada expectativa de vida, e sem tratamento para o agente causador.

Importante destacar que o Código Penal brasileiro atual não fala em eutanásia explicitamente, mas em "homicídio privilegiado", e se um médico realizar este procedimento pode ser condenado por crime de homicídio – com pena de prisão de 12 a 30 anos – ou auxílio ao suicídio – prisão de dois a seis anos.

Assim, a eutanásia é caracterizada como ilícito penal, ou seja, crime tipificado, conforme a situação, em três possibilidades: Homicídio Tipificado; Auxílio ao Suicídio, ou Homicídio Privilegiado (por motivo de relevante valor social), tipificados respectivamente nos artigos 121, 122 e 133 do Código Penal Brasileiro. Tramita pelo Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 6.715/2000, que visa alterar o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 e que regulamentaria a matéria².

Verifica-se assim uma ambiguidade entre o que determina o código penal e a premissa de escolha do paciente de negar o prolongamento da sua vida, sem possibilidade de remissão da doença, com baixa qualidade de vida e muito sofrimento – o que é denominado distanásia. Ante essa falta de definições – entre o que é legal e o conforto do paciente - o médico pode adotar, muitas vezes para sua própria segurança, uma perspectiva apenas biológica, mesmo consciente do sofrimento, através dos tratamentos ineficientes – excessos terapêuticos – que não oferecem resultados eficazes.

O suicídio assistido, tabu em grande parte dos países, se baseia na decisão do paciente da antecipação de sua morte, devido à existência de grande sofrimento físico/psíquico. Esse conceito é definido como a abreviação da vida, sendo a prática proibida no Brasil, entre outros países, tanto pela legislação constitucional, quanto pelo ordenamento legal ordinário, passivo de responsabilização jurídica, devido o direito à vida, como bem inalienável - que

¹ Cf. Estatuto do Idoso (Lei 10741/03). Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

² <https://jus.com.br/artigos/4217/a-legalizacao-da-eutanasia-no-brasil/2>

não pode ser vendido, doado ou penhorado -, e indisponível - quando o seu titular não pode privar-se dele por simples ato de sua vontade (CASTRO e KRAVETZ, 2015).

Consiste o suicídio assistido no ato em que um indivíduo, desejando morrer, provoca sua morte com o auxílio de outra pessoa. O especialista contribui indicando os medicamentos e informações sobre os modos necessários para que o enfermo possa praticar o ato, especialmente em casos nos quais o paciente é portador de uma doença considerada incurável ou irreversível sob o ponto de vista médico, e causadora de grande dor e sofrimento (BARROSO, 2013, p. 106 citado por CASTRO e KRAVETZ, 2015).

Se partirmos do preceito daqueles que são contra o suicídio assistido para idosos em fase terminal, por acharem que todos devem seguir o curso natural da vida, então há uma discordância/ contradição quando pensamos que “a intervenção humana nos processos biológicos fez que esse ciclo natural fosse relativizado, deixando de ser apenas natural” (MABTUM; MARCHETTO, 2015, p. 58).

Vejamos, por exemplo, o uso da quimioterapia e radioterapia para tratamento de câncer com o intuito de cura e/ou melhora dos sintomas, e que pode prolongar o curso natural da vida. Neste sentido são inegáveis os benefícios dos tratamentos atuais, e o que se discute aqui são os procedimentos adequados quando os tratamentos disponíveis não são mais eficazes e os últimos recursos já foram utilizados.

Schramm (2009) citado por Mabtum et. al. (2015) aborda o princípio da sacralidade da vida, que indica que o indivíduo não pode alterar o seu curso natural, independente da finalidade, mas no princípio da qualidade da vida o paciente teria sim o livre arbítrio para interferir no seu curso de vida e/ou sua interrupção.

Nesse contexto, entre a sacralidade e qualidade da vida é que se coloca a questão da interferência direta da biotecnociência no curso natural da existência pessoal. Pois, pelo princípio da sacralidade a vida é indisponível, e o próprio indivíduo teria limitações sobre o direito de seu uso, pois não pode fazer dela o que desejar, interferindo nos ciclos da natureza com o auxílio da ciência.

Senescência, senilidade, processo de envelhecer e terminalidade da vida

O geriatra Wilson Jacob Filho, no site da [Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia](#) (SBGG) define a senescência como sendo o resultado das alterações fisiológicas relacionadas ao tempo, como a pele enrugada e o cabelo grisalho; e a senilidade como o envelhecimento associado a processos patológicos, como a perda hormonal, osteoartroses, entre outras.

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº8. 842, de 4 de janeiro de 1994; o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e a Organização

Mundial da Saúde (OMS) (2002) definem como Idoso a partir da idade cronológica - pessoas com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (BRASIL, 2005).

A denominação idoso ou velho, sem agregar o preconceito à palavra, é questão que precisa ser tratada com normalidade, uma vez que o que torna o termo *velho* pejorativo e denotador de preconceito é o propósito conceitual da frase de quem a profere, pois qualquer palavra poderia ser jocosa se usada com erradas intenções. No entanto, temos que desmistificar o termo como algo de cunho vexatório, já que ela tem a intenção de simplesmente substantivar uma realidade populacional que se impõe.

No site Governo Federal encontramos dados do IBGE de que havia 14,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos em 1999, que saltou para 23,5 milhões em 2011, respondendo por 12,1% da população. Na última atualização, em 23 de Dezembro de 2017, indica que entre 2005 e 2015, a proporção de idosos de 60 anos ou mais, na população do País, passou de 9,8% para 14,3%, dados extraídos do estudo “Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira 2016”, e a projeção é de que esse contingente suba para 26 milhões, em 2020. Para efeitos de comparação, no mesmo período histórico, a quantidade de crianças com até quatro anos caiu de 16 para 14 milhões³.

A inversão da pirâmide etária no Brasil, de base larga e topo estreito para uma base estreita e um alargamento do topo, nos alerta para a necessidade de um olhar mais acurado a respeito do aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, da população idosa.

Hoje os indivíduos vivem mais, com melhor qualidade de vida, devido a vários fatores, entre os quais os avanços biotecnológicos, o desenvolvimento da medicina, maior consciência sobre a importância de alimentação saudável aliada a prática regular de exercícios físicos, entre outros fatores. No entanto, devemos estar atentos a variação individual do processo de envelhecimento, pois mesmo com todo o progresso e a tomada de consciência sobre a necessidade da prevenção, ao longo da vida, o envelhecer traz sofrimentos, em graus variáveis individualmente, consequência dos agravos do tempo pelo processo crônico, cumulativo e degradativo do processo biológico.

No processo de envelhecer podemos observar os que apresentam quadros de senilidade, que não têm tratamento ou são insuficientes, sofrendo de dores físicas e psíquicas, e com estimativa de curta de sobrevivência, casos nos quais os pacientes, desde que no gozo de capacidade mental plena, poderiam optar pelo suicídio assistido, tema que gera incômodo, além das muitas dúvidas conceituais, éticas e morais.

Muitos países avançaram no debate sobre a terminalidade da vida e suicídio assistido e os muitos dilemas éticos, filosóficos e jurídicos. Mas, ainda pouco se debate sobre a vontade do principal interessado, aquele que padece - o idoso em sofrimento. Trazemos aqui o exemplo da Colômbia, país no qual,

³ <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>

[...] o paciente deve conscientemente, requisitar a morte assistida, que deve ser autorizada e supervisionada por um médico especialista, um advogado e um psiquiatra ou psicólogo. E tendo em vista a recente legalização neste país, é necessário investir na capacitação de médicos e profissionais de saúde para lidar com dilemas éticos do fim da vida. (CASTRO, et. al., 2016, p. 357)

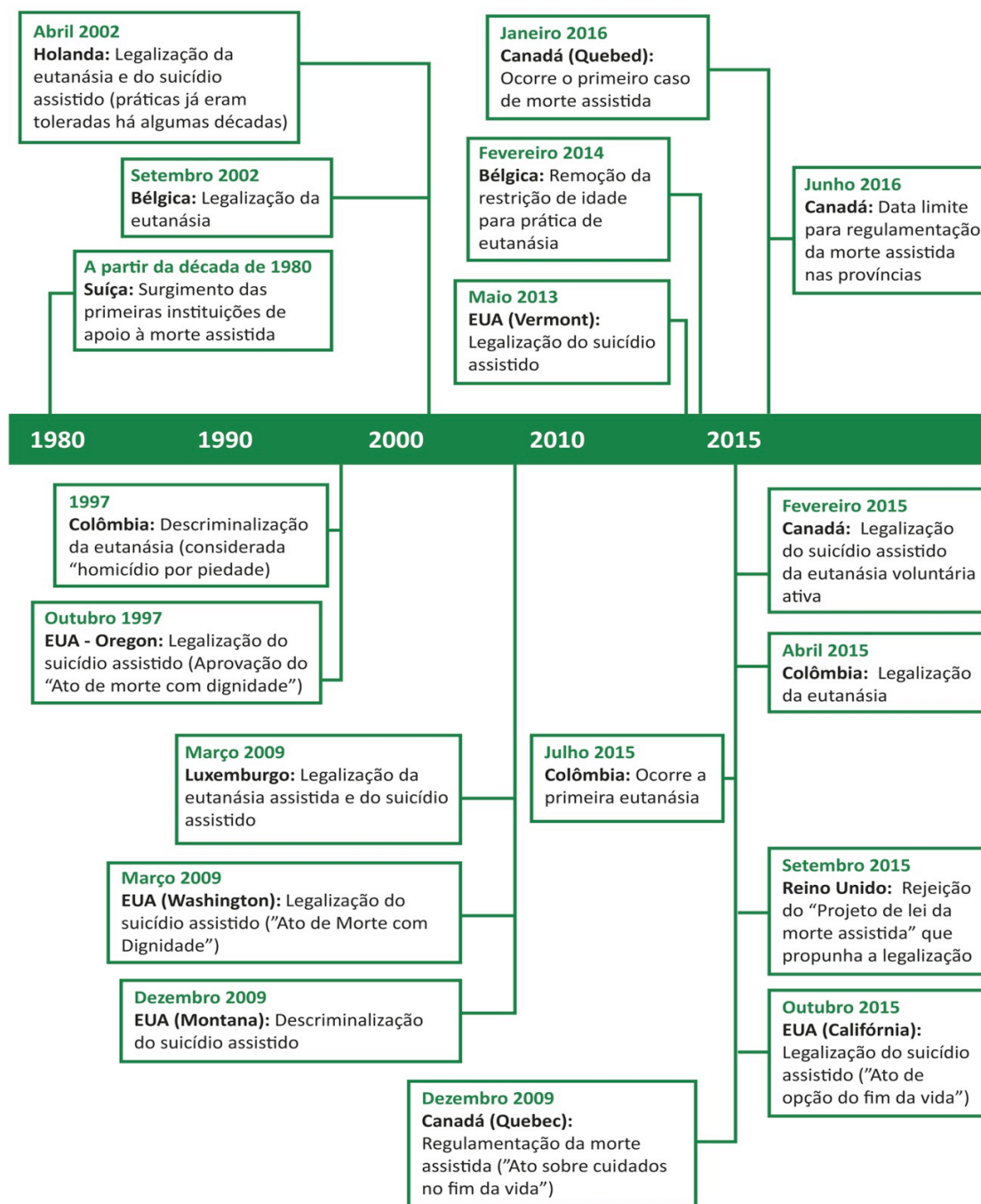


Em *Tentativas de Fazer Algo da Vida*, livro escrito como um diário por um idoso de 83 anos, que vivia há alguns anos em uma casa de repouso em Amsterdã, compartilhando com outros iguais às dificuldades enfrentadas na velhice, como limitações de movimento, perda cognitiva, e até a perda de pessoas próximas, reflete sobre a preocupação com a finitude.

A história se passa no ano de 2013, e o autor aborda a dificuldade de esclarecimentos sobre os processos que a envolvem e, quase sempre, seus questionamentos, tanto pessoais quanto diretamente para seu médico, continuavam sem o entendimento esperado. Interessante notar que o narrador é de origem holandesa, país no qual o suicídio assistido já é legalizado desde 2002, após intenso debate, e o relato evidencia que o debate é sempre, e cada vez mais, necessário para maior entendimento e esclarecimentos ante sua relevância (GROEN, 2016).

A figura a seguir mostra os países em que essa questão está em amplo debate; alguns com o procedimento autorizado legalmente e outros em processo de autorização.

Figura 1 – Linha do tempo da discussão/ legalização do suicídio assistido no mundo



Fonte: Castro et al. (2016)

Alguns desses países usam critérios para autorização do suicídio assistido como: ser adulto maior de 18 anos, ser competente - capaz de expressar conscientemente sua vontade -, ter o diagnóstico de doença terminal, expectativa de vida menor do que seis meses, ser capaz de auto administrar a dose letal, e ser residente no Estado em questão (CASTRO et. al. 2016).

O panorama brasileiro

Em 2006 o Conselho Federal de Medicina (CFM), pela resolução nº 1805 (BRASIL, 2006) propôs a suspensão de tratamento de pacientes em estado terminal sem chances de cura. Foi suspensa pelo Poder Judiciário através de medida liminar e, posteriormente, derrubada por uma decisão judicial em dezembro de 2010. Segundo Castro e Kravetz (2016, p. 355):

O que se depreende do ordenamento brasileiro vigente, que trata sobre questões concernentes à morte, é que ao paciente não deve ser conferida nenhuma informação ou acesso a qualquer tipo de substância indicada pelo médico capaz de culminar na abreviação de sua vida. No que diz respeito à legislação pátria, e lei ordinária penal reprime tanto o homicídio piedoso (reconhecido pela nomenclatura penalista como homicídio privilegiado, com previsão no artigo 121, parágrafo 1º do CP), que é a conduta desempenhada por aquele que desliga os aparelhos de um doente em estado terminal por compaixão, quanto a conduta daquele que presta assistência a quem deseja morrer (auxílio ao suicídio, consoante estabelece o artigo 122 da mesma norma). Em âmbito constitucional, o suicídio assistido também não tem guarida. Isso porque, entre os direitos fundamentais dispostos no artigo 5º, caput, está o direito à vida. A disposição em lei suprema confere uma legalidade ímpar e ensejadora de irrestrita obediência.

Em termos de avanço na legislação indicamos que em 9 de Agosto de 2012, o CFM publicou a resolução nº. 1995 regulamentando as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), onde no Art. 1º define:

[...] as diretivas antecipadas de vontade como o 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 vontade⁴.

A normativa vem ao encontro da obrigação médica em disciplinar sua conduta frente a essa situação, respeitando a autonomia do paciente no contexto da relação médico-paciente.

A Lei Mário Covas, Lei Estadual nº 10.241, de 17 de março de 1999, fala sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no estado de São Paulo, e cita no artigo 2º o direito do paciente em recusar tratamentos

⁴Brasil. Resolução CFM nº 1.995, 9 De Agosto De 2012. *Diário Oficial da União*; Poder Executivo; Brasília, 31 ago. 2012, Seção 1, p. 269. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf

dolorosos ou extraordinários para tentar prolongar a vida, além de optar pelo local onde quer morrer, respeitando assim a vontade do indivíduo nesse momento final. Por ser uma lei estadual, tem abrangência restrita ao estado de São Paulo, Brasil.

Segundo Braga (2015), a regulamentação das Diretivas Antecipadas de Vontade, ou Testamento Vital, é uma conquista fundamental no direito à morte digna, além de representar um fator de segurança para o declarante-paciente, para a equipe de saúde, e para a família ante o *processo de morte*. Possibilita a organização de um espaço de acolhida e conforto para o paciente e sua família, a ser cuidado paliativamente em local previamente escolhido, incluindo a própria casa. Neste sentido teremos o privilégio de ter ou conceder uma morte em paz e sem sofrimentos.

Aspectos psicológicos do envelhecimento

Weschler (1954), citado por Vargas (1981), no texto *Aspectos fisiológicos e patológicos do envelhecimento*, já dizia que a psicologia da pessoa idosa é baseada na comparação entre aquilo que se tem e aquilo que não se tem mais como, por exemplo: a cognição prejudicada, diminuição ou perda da acuidade auditiva e visual, que já não atendem a todas as necessidades, além do contato social restrito pela falta de mobilidade por artropatias e/ou medo de cair, dentre tantas outras.

O idoso normalmente é excluído pela própria família, pelos poucos amigos que restam, e pela sociedade em geral, ficando à mercê da solidão, situação que apresenta questões importantes na avaliação do quadro psicológico do idoso já que o isolamento social e, conseqüente falta de estímulos, acarreta piora do quadro demencial e/ou agravamento de quadro depressivo, quando houver.

Vargas (1981) enfatiza a necessidade de abordagem mais ampla desses pacientes por uma equipe multidisciplinar, valorizando aquilo que ainda se mantém e não o que já foi perdido, para que se possam alcançar todas as alternativas de tratamento válidas e disponíveis, em um processo dinâmico. Essa equipe composta por médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais deve trabalhar em conjunto no intuito de uma melhora abrangente, e não focal. Na perspectiva psíquica, Soares (2005, p. 89) afirma que:

[...] em "Análise terminável e interminável" (1937), Freud atribui a falta de plasticidade psíquica em pessoas muito idosas à força do hábito ou à exaustão da receptividade [...] Jerusalinsky (2001) explica esse mecanismo de repetição e rigidez egóica experienciado pelo velho por meio da constatação do definitivo.

O mesmo autor afirma que a pulsão pode ter um reforço no momento da velhice, pois quando o biológico se depara com a finitude, o psíquico faz sua avaliação e decide por sua vontade, e de mais ninguém, findar a dor e sofrimento, e adiantar o irreversível próximo ou continuar lutando pela vida. Freud (1915), citado por Soares (2005), diz que sob o ponto de vista biológico a

pulsão é [...] um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo.

Lacan (1983), citado por Soares (2005) afirma que ao longo da vida não importa a história em si, mas o exercício de sua construção, desconstrução, reconstrução. Neste sentido indagamos: os pacientes com a dor agregada à sua existência estão reconstruindo sua história, ou buscando um final para esse ciclo no qual a dor física e psíquica nada mais remedia ou agrega?

Discussão

O paciente idoso teve um viver digno de escolhas - que caminho seguir, que música ouvir, com quem se relacionar. Cumpriu seu papel com a sociedade no que diz respeito ao trabalho, vivenciou seu papel como cidadão e fez escolhas a partir, e baseadas nisso. No momento da finitude, ou que ele julga ser o seu momento, deveria caber somente a ele a decisão de prosseguir ou não. Quantos outros velhos com autonomia, e por quanto tempo, precisarão sofrer no final de vida com doenças terminais?

O querer bem da família, a dificuldade da separação, o medo da morte tem que ser superados em favor do final de vida digno, segundo a avaliação do paciente lúcido e bem informado, pois “é o direito à vida no Brasil o principal opositor da permissão ao direito de morrer com dignidade” (CASTRO, KRAVETZ, 2016, p. 356).

O velho que sofre os agravos das terapias dolorosas e não resolutivas, deve ter o poder de decisão sobre como e quando vai morrer. Afinal, qual a validade da vida sem dignidade, sem a qualidade desejada, carregada de dores, e em certos casos com a certeza da morte num período breve, porém arrastada por terapias que não combatem nem a dor física e nem afastam o sofrimento psíquico?

É inquestionável que o avanço biotecnológico impactou grandemente na qualidade de vida de todos aqueles que dela usufruem, e por esse mesmo motivo devemos fazer uso dela para minimizar o sofrimento perante a única verdade absoluta na humanidade - a morte e o processo de morrer.

Tanto o Suicídio Assistido, como as Diretivas Antecipadas de Vontade, partem de decisões pessoais do paciente e que podem ser revogadas a qualquer momento. No que concerne à prática da medicina e frente à finitude da vida, a humanização no atendimento e nos cuidados, por parte dos profissionais envolvidos é fundamental, na observância dos desejos e anseios correlacionados com a autonomia concedida a cada um perante a lei, a ética e o bom senso.

A liberdade e a autonomia não podem ser encontradas nos genes, mas sim na cultura, sendo resultados de uma extensa experiência e tradição humana. Percebe-se daí

que o processo de evolução não concede um manual de valores éticos, porém proporciona a todos os indivíduos a capacidade de adquiri-los. (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2010, citado por CASTRO, KRAVETZ, 2016 p. 352)

Referências

BRAGA, P. M. V. O Testamento Vital e seus aspectos jurídicos e gerontológicos. In *Revista Portal de Divulgação*. nº 45. V. Jun/Jul/Ago, 2015 ISSN 2178-3454. www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova

CASTRO, M. et. al. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Revista Bioética* (Impr.). 2016; 24 (2): 355-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200355. Acesso em 09 de out 2017.

CREMESP. *Legislação*. Disponível em <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>. Acesso em 11 de Nov. 2017.

DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO. *Eutanásia*. Disponível em <<https://www.dicionarioetimologico.com.br/eutanasia/>. Acesso em: 13 de Nov. 2017.

ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 07 de Nov. 2017.

FELIX, Z. et al. Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.18 no.9 Rio de Janeiro, Sept. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900029>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900029. Acesso em 24 de out 2017.

FREITAS, E. PY, L. *Geriatría e Gerontologia*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 2013.

GOOGLE LIVROS. *Direito Processual Cível*. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/Manual_de_direito_processual_civil.html?id=ERSOSQAACAAJ&redir_esc=y. Acesso em: 11 de Nov. 2017

GOVERNO DO BRASIL. Economia e emprego. Indicador social. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/12/em-10-anos-cresce-numero-de-idosos-no-brasil>. Acesso em 11 de Jun. 2018.

GROEN, H. *Tentativas de fazer algo da vida*. São Paulo: Planeta, 2016.

JURIDICOS. *Bem Inalienável*. Disponível em: <http://www.juridicos.com.br/bem-inalienavel/>. Acesso em: 13 de Nov. 2017.

KRAVETZ, R; CASTRO M. O Suicídio Assistido na esfera dos Direitos fundamentais: Análise da autonomia da vontade na sociedade disciplinar. *Revista Jurídica – UNICURITIBA*. Vol. 2, nº39, 2015. Disponível em <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/1537>. Acesso em 25 de out. 2017.

Lei ESTADUAL N. 10.241, de 17 de março de 1999. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm>. Acesso em: 09 de Nov. 2017.

MABTUM, M; MARCHETTO, P. Concepções teóricas sobre a terminalidade da vida. In: *O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, pp. 53-72. ISBN 978-85-7983-660-2. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso out 2017.

MONTEIRO, M. Suicídio assistido, mar adentro... *Rev. Pepsico. Cogito*, Vol. 14. Salvador, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792013000100013. Acesso em 12 de out 2017.

SOARES, F.M.P. O conceito de velhice: da gerontologia à psicopatologia fundamental. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.* vol.8 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2005.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Senescência e senilidade - Qual a diferença? Disponível em: <http://www.sbgg-sp.com.br/pub/senescencia-e-senilidade-qual-a-diferenca/>. Acesso em 11 de Jun. de 2018.

VARGAS, H. S. Aspectos psicológicos e psicopatológicos do envelhecimento. *Rev. Semina: Ciências Sociais e Humanas*. Vol. 2, nº8, 1981. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/7267>. Acesso em 12 Jun. de 2018.

Data de recebimento: 28/11/2017; Data de aceite: 11/03/2018.

Markus Vinícius Braga - graduado em medicina pela Universidade de Marília. Especialização, em regime de residência médica, em Cirurgia Geral pelo Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo. Há 5 anos médico socorrista no SAMU. Trabalho apresentado ao curso de Fragilidades na Velhice: Gerontologia social da PUC-SP, segundo semestre de 2017. Email: markus_braga@hotmail.com