

Bioética: perda da autonomia como consequência do paternalismo no processo do envelhecimento

Bioethics: loss of the autonomy as a consequence of the paternalism in the aging process

Sara Azevedo de Matos

Graduada em Nutrição pela UNINOVE. Mestranda em Ciências do Envelhecimento pela USJT

Dante Ogassavara

Graduado em Psicologia e Mestrando em Ciências do Envelhecimento pela USJT

Jeniffer Ferreira-Costa

Graduada em Psicologia pela USJT

Thais da Silva-Ferreira

Graduada em Psicologia pela USJT

José Maria Montiel

Doutor em Psicologia pela USF. Professor da USJT

Resumo: A autonomia é essencial para o processo de envelhecimento e resulta de decisões tomadas ao longo da vida que devem ser equilibradas buscando benefícios e preservando a dignidade humana e a vida. Considerando tais premissas, o objetivo do presente estudo foi verificar como ocorre o processo do paternalismo, analisando o reconhecimento do idoso sobre a autonomia de sua saúde até o paternalismo total de cuidado. Para tal, foi realizada uma revisão da literatura, com a pretensão de reunir conhecimentos e fundamentos desta temática. Os idosos geralmente experimentam maior independência e, com isso, uma maior probabilidade de terem seus interesses e valores reconhecidos. No que tange aos cuidados especializados, sejam em clínicas, hospitais ou instituições de longa permanência, o principal mecanismo para respeitar a autonomia do idoso é por meio do consentimento. Baseado nos achados científicos, cabe ressaltar que a Bioética tem um papel fundamental na formação da reflexão acerca da autonomia do idoso. Destaca-se que o paternalismo é o oposto do cuidado centrado na pessoa ou, melhor ainda, cuidado direcionado à pessoa.

Palavras chave: Paternalismo. Envelhecimento. Bioética.

Abstract: Autonomy is essential for the aging process and the result of decisions made throughout life. The responsibility for decisions has to be a balance seeking benefits and preserving human dignity and life. Considering these premises, the objective of the present study was to verify how the process of paternalism occurs, analyzing the recognition of the elderly about the autonomy of their health to the total paternalism of care. For this, a literature review was carried out, with the intention of gathering knowledge and fundamentals of this theme. As a result, the elderly generally experience greater dependence and, therefore, are more likely to have their interests and values replaced. In the context of specialized care, whether clinics, hospitals or long-stay institutions, the main mechanism to respect the autonomy of the elderly is through consent. Based on scientific findings, it is worth noting that Bioethics has a fundamental role in the formation of reflection on the autonomy of the elderly. It is noteworthy that paternalism is the opposite of person-centered care or, better yet, person-oriented care.

Keywords: Paternalism. Aging. Bioethics.



1 Introdução

O exercício do direito de liberdade em ter sua autonomia é de vital importância para os indivíduos idosos, visando assegurar sua integridade física, psicológica e moral. Segundo Robert M. Veatch (1981), todos os seres humanos são sujeitos morais que devem ser tratados com o respeito e os cuidados que lhes são devidos como seres humanos, pautando-se na dignidade humana, podendo responder pelos atos que decidem praticar livremente. Entretanto, é necessário desenvolver uma compreensão consistente sobre a percepção da autonomia e sua contraposição com o paternalismo, principalmente no contexto de atendimento em saúde.

É essencial que a autonomia dos sujeitos seja preservada para que se alcance o melhor desempenho do processo de envelhecimento possível, havendo abertura para que sejam tomadas decisões conforme o direito individual de liberdade de cada indivíduo. Considera-se que toda pessoa, a depender do grau de discernimento, tem o direito de realizar escolhas individuais na construção do seu autocuidado, apesar da capacidade de autonomia ou dependência física (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2009). Negar esse direito aos idosos, na visão relacional, é uma grave falha ética, tanto em função do desprezo por sua autonomia quanto em função das graves consequências físicas, psicológicas e morais no processo do envelhecimento (PELLEGRINO, 1988).

Ademais, no campo da bioética são estabelecidos quatro princípios norteadores que aventam a reflexão sobre as condutas a serem adotadas na área da saúde, sendo elas o princípio da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (SEGRE; SILVA; SCHRAMM, 1998). Nestes moldes, a responsabilidade da tomada de decisão se encontra em busca de um equilíbrio que permita gozo de benefícios e preserve a dignidade humana, assim como a própria vida (ELLIOTT, 2001). Conforme definido por Komrad (1983), a condição de desconsiderar a autonomia de um indivíduo e impor posicionamentos sobre o mesmo, seja invalidando seu discernimento ou aptidão, pode ser entendido como o paternalismo, sendo um conceito aplicável em diferentes contextos sociais.

Mediante o exposto, o problema central da análise reside na questão: Quais desdobramentos acerca do processo paternalista no cuidado e a aplicação do princípio da autonomia no processo de envelhecimento? O presente trabalho tem como objetivo geral verificar como amenizar o processo do paternalismo, tendo em vista a importância do reconhecimento da autonomia do sujeito idoso. É destacado também elementos relacionados à atuação de profissionais de saúde e o resguardo de suas responsabilidades diretas e indiretas sobre a aplicação do princípio da autonomia. Sendo assim, é relevante a investigação por meio dos materiais científicos existentes acerca da necessidade e da possibilidade de reconhecimento do processo que o idoso pode passar entre a autonomia de sua saúde até o paternalismo total de cuidados.

Por fim, visa-se explicar sobre as necessidades da participação dos idosos em seus cuidados, enaltecendo a autonomia através de práticas como escuta ativa, decisões compartilhadas para a preservação da dignidade do envelhecimento, do autocuidado, do processo saúde/doença, integridade física e moral do idoso, como também a responsabilização pela perda das realizações de sua vontade, por eventual cuidado excessivo por parte de seus cuidadores, como também pelos profissionais de saúde.

Diante de tal questionamento, a hipótese abrangida é que nos atendimentos tradicionais, os familiares, os cuidadores e muitas vezes os profissionais de saúde esperam tomar a melhor decisão para os idosos, desconsiderando sua capacidade e vontade (GOODMAN, 2013; BOLLIG *et al.*, 2016). Dependendo da condição do idoso, ele pode necessitar de cuidados, amparo, companhia, proteção ou mesmo nenhum deles (MOREIRA, 2012). No entanto, as pessoas envolvidas em seu cuidado acabam subestimando as habilidades do idoso, fornecendo ajuda desnecessária e restringindo suas atividades.

2 Metodologia

Para a realização da análise proposta será utilizada a técnica de revisão da literatura, por possuir como características primordiais os estudos teóricos realizados em artigos, livros, publicações e outros tipos de leitura de índole científica. Dessa forma, a natureza deste artigo é qualitativa, com a pretensão de reunir conhecimentos relativos e fundamentados e propor novos estudos com essa temática (CAMPBELL; MACHADO, 2013; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Compreender as dimensões e complexidades que envolvem as relações dos profissionais de saúde, os cuidadores e os pacientes são importantes para entender o paternalismo e os seus limites. A Bioética proporciona o conhecimento dessa relação, trazendo aspectos importantes, como consentimento do paciente, reconhecimento da autonomia e suas limitações. Defendendo que o idoso deve ter o poder de decisão no que diz respeito à própria saúde e vida (MOREIRA, 2012; SCANLON, 1988); cabendo aos profissionais de saúde, portanto, orientá-lo e ajudá-lo em suas escolhas, compartilhando a responsabilidade do processo.

3 Desenvolvimento

O paternalismo é um componente crítico do envelhecimento saudável. Embora exista a necessidade de proteger os idosos contra riscos potenciais, elevar o nível de consciência pode ser mais apropriado (TAVARES; PIRES; SIMÕES, 2011). Os excessos de preocupações podem ser um elemento limitador da autonomia de forma muito significativa, anulando inconscientemente os desejos e a vontade dos idosos. O cuidador e os profissionais, por vezes, anulam a pessoa que é o foco do cuidado, apagando o indivíduo em sua singularidade (FERNANDES; GARCIA, 2010; MARTINS; RODRIGUES, 2004).

A autonomia, para Welford (2012), é viver de acordo com as próprias regras e rastreada até a língua grega significa “autogovernância”. De forma explicativa, Koppelman (2002) acrescenta

entendimento à perspectiva anterior ao sugerir que “decisões autônomas são decisões que refletem o eu ou são tomadas”, ou seja, viver de acordo com as próprias regras.

Em vista disso, o idoso frequentemente é submetido a uma série de decisões externas, diretas ou indiretamente, à qual decorre sua saúde, como: tratamentos, cuidados diários, alimentação, moradia, aposentadoria. Tais decisões com o decorrer da idade e de forma gradativa são perdidas (SCANLON, 1988). Mediante a este cenário, outras pessoas capturam essas decisões e no caso dos atendimentos em saúde, a excessiva preocupação dos cuidados serem pautados de acordo com cada prescrição de equipes diferentes induz com que esse redirecionamento do atendimento fique com os agentes envolvidos no cuidado. Resultado, perde-se a capacidade de refletir, de escolher e decidir como seus cuidados serão realizados (KITWOOD, 1997).

Estamos habituados ao cuidado excessivo que retira a opção de escolhas no processo de envelhecer, dessa forma, direcionando os comportamentos heterônomos nos atendimentos. Em muitas situações os idosos podem ser forçados ou simplesmente motivados a fazê-los, não pela sua tomada de decisão ou vontade, pois muitas vezes eles não são consultados sobre sua preferência diante dessas situações (PESSINI, 2013). Indubitavelmente, decisões pautadas na autonomia existencial só são legítimas quando tomadas pelo próprio idoso, desde que este esteja informado tornando-se consciente do seu ato, bem como das suas consequências (FONSECA et al., 2010; JUNGES, 1999).

A idade não é, por si só, um fator que incapacite a pessoa de decidir acerca de ações relacionadas com a sua própria saúde. Porém, as vulnerabilidades em decorrência de possíveis doenças e hospitalização associadas com as relações de poder sobre os idosos, podem gerar situações em que o direito à autonomia é violado (TAVARES *et al.*, 2011). Assim, faz-se necessário a criação de vínculos e o desenvolvimento de ações e interações no âmbito da gestão do cuidado para a defesa da autonomia do idoso.

A comunicação é destacada como importante ferramenta de trabalho que, baseada na sensibilidade e na compaixão, possibilita

esclarecer dúvidas sobre a saúde do idoso de forma simples e objetiva (ANDRADE; COSTA; LOPES, 2013). Contudo, os idosos devem ser suficientemente competentes para tomar decisões bem fundamentadas que reflitam seus próprios valores. Nos casos de demência, espera-se que o cuidador responsável pela pessoa idosa, siga quaisquer instruções que foram dadas quando este era competente (MOREIRA, 2012).

A perda da autonomia corre um risco particular no contexto do envelhecimento, devido em grande parte ao aumento da dependência e vulnerabilidade que frequentemente acompanham esse processo (SCANLON, 1988; MARTINS; RODRIGUES, 2004). Com o início da velhice, pode haver diminuição da autonomia e independência dos indivíduos e, com isso, seus interesses e valores podem não ser evidenciados. Por exemplo, há um risco significativo de paternalismo, quando as pessoas que deveriam cuidar incentivam as pessoas idosas a desconsiderar suas próprias preferências, acreditando conhecer todas as necessidades dos idosos diante das tomadas de decisão, buscando garantir o melhor resultado (SIQUEIRA, 2005). Além disso, os idosos podem se sentir impedidos de insistir em seus próprios desejos por medo, pois, ao questionarem, podem vir a ser rejeitados ou abandonados, já que estão sujeitos a suposições estereotipadas sobre a conexão entre envelhecimento e competência reduzida (ALMEIDA; AGUIAR, 2011).

A autonomia admite graus, de modo que uma pessoa pode ter mais ou menos autonomia. Além disso, as maneiras pelas quais a autonomia pode ser limitada são múltiplas: existem muitos tipos diferentes de fatores que podem interferir na capacidade de uma pessoa buscar a autonomia máxima (MARTINS; RODRIGUES, 2004; OLIVEIRA; ALVES, 2010). O ideal de autonomia pressupõe que os pacientes sejam capazes de recorrer a todos os recursos necessários, deliberando objetivamente, chegando a julgamentos independentes e comunicando suas decisões de forma eficaz (FLORES *et al.*, 2010).

Entre os estereótipos associados ao envelhecimento estão a perda de habilidades cognitivas como a memória e a capacidade de aprender novas habilidades e declínio físico (OLIVEIRA; ALVES, 2010). Muitos idosos lutam para manter sua autonomia na saúde e em outros assuntos

(FLORES et al., 2010). Diante de tal discriminação generalizada, é particularmente importante analisar a frequência do paternalismo injustificado em relação aos idosos competentes e fornecer fundamentos para o desenvolvimento de estratégias para proteger os direitos de autonomia dos idosos vulneráveis (MARTINS; RODRIGUES, 2004).

O consentimento informado é uma forma de garantir a autonomia da pessoa idosa em instituições de cuidados especializados, com a adoção dessa estratégia, os pacientes competentes ou seus cuidadores expressam concordância formal com uma terapia proposta após receberem informações claras sobre todas as informações relevantes (ANDRADE *et al.*, 2013). O consentimento informado inclui o direito à recusa informada, uma vez que o respeito pela autonomia implica também respeitar a vontade do paciente em relação à não interferência médica (TAVARES *et al.*, 2011).

De acordo com Rodriguez-Osorio e Dominguez-Cherit (2008), o termo paternalismo vem do latim "*pater*", que significa agir como um pai, ou tratar outra pessoa como uma criança. Embora seja necessário respeitar a autonomia dos idosos que mantêm a competência, nem todo idoso é capaz ou está disposto a assumir a responsabilidade pela tomada de decisões importantes (MARTINS; RODRIGUES, 2004). Certamente, grande parte dos idosos estão seriamente comprometidos em suas capacidades cognitivas, sendo assim, o tratamento paternalista se torna, neste caso, uma parte necessária de seus cuidados gerais (CUNHA *et al.*, 2012).

Às vezes, os cuidadores devem insistir em questões de higiene, medicação ou nutrição, apesar da recusa vigorosa por parte dos idosos confusos (COUTO *et al.*, 2009). De fato, em muitos casos, há um risco mais sério de negligência das necessidades dos idosos e o paternalismo se torna primordial. A manutenção da autonomia do idoso deve prevalecer, mesmo diante de condições adversas em que o indivíduo não tem capacidade para consentir, faz-se necessário que suas necessidades sejam identificadas (FERNANDES-ELOI *et al.*, 2019; GUERRA, 2010; KREUZ; FRANCO, 2017).

Além disso, alguns idosos internalizam crenças e atitudes em relação ao envelhecimento, e quando essas caracterizações são negativas, podem ocorrer a dependência e algum declínio em suas próprias capacidades, resultando em uma diminuição do senso de autoestima e autoconfiança.

Em suma, existem duas categorizações do paternalismo: o paternalismo duro e brando. O paternalismo duro é tipicamente entendido como envolvendo uma parte interferindo nas ações voluntárias e relevantemente informadas ou na tomada de decisões de um agente autônomo por causa desse agente. Já no paternalismo brando envolve uma parte interferindo nas ações ou na tomada de decisões de alguém que não é competente para o bem daquele indivíduo (BEAUCHAMP, 1978; KOMRAD, 1983).

De certo, ambos os tipos de paternalismo envolvem a substituição de uma parte de seu próprio julgamento pelo do indivíduo que é tratado paternalisticamente (SCHERMER, 2002; TAVARES et al., 2011). Infelizmente, ações paternalistas geralmente ocorrem de cuidadores bem-intencionados que não reconhecem que estão removendo a oportunidade dos idosos fazerem suas próprias escolhas (SMEBYE; KIRKEVOLD; ENGEDAL, 2016).

O benefício de ser autônomo surge nas discussões sobre o empoderamento do idoso e em ajudá-lo a tomar decisões melhores e mais informadas (DAVIDSON, 1991). Os direitos que se fundamentam na autonomia surgem nas discussões sobre o consentimento informado (GOZZO; LIGIERA, 2012; BUCHANAN, 2008). Em síntese, para a bioética, uma questão crítica sobre o que significa ser autônomo gira em torno de como determinar o limite em que alguém é competente, de modo que ele tenha direitos de autonomia (GOZZO; LIGIERA, 2012).

O foco na importância da autonomia dos idosos com ênfase no consentimento informado, nos direitos do paciente e no valor das pessoas que tomam suas próprias decisões sobre cuidados, configura que somente alguém capaz de agir intencionalmente e entender o que está fazendo pode ser responsabilizado por suas ações (PELTO-PIRI; ENGSTRÖM; ENGSTRÖM, 2013). Em outras palavras, alguém que pode

ser influenciado pelas razões é capaz de decidir com base em seus valores (LUNA, 1995). Ser suficientemente autônomo não significa que todas as ações de um agente sejam racionais ou que sejam baseadas no pleno entendimento das possíveis consequências. No entanto, todos os que atingem um limiar crítico são igualmente detentores de direitos de autonomia (GRACIA, 1996; MÜLLER, 2017).

A interferência no exercício da autonomia de alguém envolve uma violação “prima facie”, ou seja, aparente de direitos. Não será uma violação de direitos, no entanto, se utilizar métodos permitidos de interferência, como por exemplo, instruir o indivíduo com razões concretas durante uma tomada de decisão (ELLIOTT, 2001; MARTINS; RODRIGUES, 2004).

A partir de levantamentos relacionados às vivências dos idosos enquanto sociedade, a ciência e ao futuro, cabe ressaltar que a Bioética favorece o pensamento reflexivo e aspectos relacionados a garantia de respeito, dignidade e autonomia da pessoa idosa, uma vez que um dos princípios básicos da Bioética é Autonomia, seguido da beneficência, não maleficência e justiça (GOZZO; LIGIERA, 2012).

Os idosos autônomos tomam decisões sem coerção e são os que melhor expressam os resultados de seus próprios processos deliberativos (ALMEIDA; AGUIAR, 2011). Com efeito, duas condições são normalmente exigidas antes que uma decisão possa ser considerada autônoma: o idoso deve ter as capacidades internas relevantes para o autogoverno e deve estar livre de restrições externas; no âmbito da saúde, uma decisão é normalmente considerada autônoma quando tem capacidade para tomar a decisão relevante, dispõe de informação suficiente para tomar a decisão e o faz voluntariamente (MOREIRA, 2012; TAVARES *et al.*, 2011).

Essa problemática envolve diversas áreas do conhecimento, dentre elas o Direito que estuda a tomada de decisões dos idosos relacionadas a patrimônios ou interferências na Dignidade Humana, a área da Psicologia com o desenvolvimento humano e no exercício de preservação da autonomia (FALKUM; FORDE, 2001; SHIN *et al.*, 2015), entre outras áreas,

que unidas de forma interdisciplinar podem contribuir na construção de uma sociedade compreensiva, que visa a autonomia dos idosos.

A autonomia do idoso deve ser assegurada no planejamento do cuidado, baseando-se na comunicação centrada no paciente e desenvolvida a interação entre os agentes do cuidado (GUERRA, 2010). Assim sendo, para manter o equilíbrio entre cuidar sem cruzar a linha tênue do paternalismo, deve-se fomentar o cuidado mútuo e o companheirismo, através da escuta ativa e estabelecer com os idosos uma relação real, pessoal, sincera e respeitosa (LUNA, 1995). Somente assim, é possível conhecer onde estão os limites que põem em risco a liberdade e autonomia (GOZZO; LIGIERA, 2012; DAVIDSON, 1991).

O cuidado ao idoso é um campo amplo, complexo e heterogêneo no qual um idoso interage com outras pessoas, principalmente familiares e profissionais de saúde, em um contexto específico, recebendo bens, como saúde ou assistência social, bem-estar e/ou apoio de proteção quando necessário (LANGE, 2015; JECKER, 1991). Algumas dessas formas de envelhecer requerem certos cuidados, desde a promoção bem-sucedida do envelhecimento até a assistência patológica intensiva (LUDWIG, 1991).

A moderna gestão social e assistencial, a partir de uma posição igualitária, inclui o paciente no processo de decisão, sob o pressuposto de que o paciente é capaz de participar do processo decisório do cuidado, não apenas como uma nova forma de gerenciar o paternalismo, mas para obter ou reforçar a autonomia dos idosos (DEY; FRASER, 2000; GOLANT, 2008). Dessa forma, eles precisam receber informações adequadas para que possam fazer escolhas informadas sobre os cuidados. Isso é necessário em todas as fases do tratamento, incluindo até os cuidados de fim da vida (COUTO *et al.*, 2009; KREUZ; FRANCO, 2017).

Conhecer os fatores associados à baixa autonomia em idosos da comunidade pode permitir programas e políticas públicas que melhorem a qualidade de vida (SADANA; SUCAT; BEARD, 2018; HAUSMANN, 2015). Uma das melhores formas de promover a autonomia dos idosos dentro dos serviços de saúde é que eles sejam atendidos por profissionais de

saúde competentes, que tenham conhecimento e habilidades clínicas para cuidar de idosos (BARBOSA; OLIVEIRA; FERNANDES, 2019). Aqueles que conseguem estabelecer uma excelente comunicação interpessoal e abordar o idoso e seu cuidador com eficiência e empatia, os capacitam a tomar decisões compartilhadas, buscando o bem-estar do paciente, respeitando sua autonomia (SCORALICK-LEMPKE *et al.*, 2018).

Idosos com comprometimento cognitivo podem responder de forma coerente a perguntas sobre preferências, escolhas e sua participação nas decisões sobre a vida diária, fornecendo informações precisas e confiáveis (GLISKY, 2007; INTLEKOFER; COTMAN, 2013). Os profissionais de saúde não devem ignorar que os idosos com deficiência cognitiva podem tomar decisões de forma autônoma para que terceiros não precisem se envolver, a menos que o paciente assim o deseje (ALBERT; KILLIANY, 2001; BUCKNER, 2004). No entanto, quando os idosos são diagnosticados com transtornos mentais graves, como demência, os profissionais de saúde, juntamente com os familiares, devem tomar as decisões em seu nome que sejam consistentes com o que eles acham que a pessoa gostaria (respeitando os valores e a dignidade) (RIBEIRO; YASSUDA, 2007; SCORALICK-LEMPKE *et al.*, 2018). Deve-se buscar o maior benefício terapêutico possível, sem atingir tratamentos excessivamente zelosos.

Portanto, é necessário promover ações que aumentem a capacidade do idoso de fazer suas próprias escolhas (autonomia de decisão), independentemente de ter ou não capacidade de tomar decisões de forma independente (autonomia de execução), promovendo assim a sua auto realização (DEY; FRASER, 2000).

Existem medidas fundamentais destinadas a integrar a noção de prevenção da dependência na formação inicial e contínua. Além dos aspectos físicos e cognitivos, os aspectos psicológicos estão no centro do bem-estar dos idosos e, portanto, da manutenção da sua autonomia (COUTO *et al.*, 2009; LUDWIG, 1991). Visto que atitudes negativas em relação à dependência são problemáticas porque ignoram o importante fato de que todos somos interdependentes e dependemos uns dos

outros de várias maneiras (ALMEIDA; AGUIAR, 2011; GOZZO; LIGIERA, 2012; LUNA, 1995).

4 Considerações Finais

A consideração importante para os profissionais de saúde e cuidadores familiares é compreender plenamente que a ética aplicada aos idosos é sobre como eles desejam ser tratados e até que ponto podem tomar suas próprias decisões. Também é importante reconhecer e apreciar que, para todos os profissionais de saúde, seu trabalho profissional constitui um processo existencial em que seus respectivos mundos de trabalho e consequentes ações e práticas são frequentemente impactados por uma complexa mistura de desafios éticos e morais.

Ser idoso não deve ser sinônimo de um sujeito sem voz, ou cuja voz não vale a pena ouvir, incapaz de tomar decisões relevantes (ou insignificantes) sobre a própria vida. O paternalismo é a tônica do modelo de cuidado tradicional, biomédico e obsoleto, distanciando assim do cuidado centrado na pessoa. O paternalismo, em suma, é antagônico ao envelhecimento digno. Partindo do fato que o envelhecimento seja um processo natural e inevitável do curso da vida, atribuir a ele significados negativos por conta do possível estabelecimento de um quadro de dependência é prejudicial a todos, tanto para aqueles vivenciando a sua velhice quanto a quem ainda irá vivenciar. É compreensível que isso represente um custo preocupante, tanto em nível nacional quanto individual. No entanto, acima de tudo, devemos permitir que os idosos envelheçam bem e de forma independente.

A autonomia é um processo desafiador, a busca pelo equilíbrio entre a experiência pessoal de liberdade e as interdependências se demonstram em linhas tênues. Isso significa que uma pessoa deve possuir certas habilidades de negociação e ser capaz de receber apoio daqueles que estão dispostos a reforçar seu senso de responsabilidade. Portanto, a autonomia é uma competência que o idoso precisa aplicá-la em uma variedade de situações da vida. Os idosos cresceram e

envelheceram em um mundo que partiu do paternalismo, acelerado pela autonomia entendida como autodeterminação e, recentemente, chegou a um ponto em que a autonomia relacional também está sendo considerada.

Envelhecer não significa necessariamente que as pessoas tenham que desistir de fazer escolhas por si mesmas ou que não possam mais ter o controle de suas vidas. Eles podem, com a ajuda certa, continuar a fazer as coisas por conta própria. No interesse de proteger os direitos dos idosos, deve haver sérios esforços empreendidos para desenvolver e implementar políticas públicas e ações, para a garantia de qualidade de saúde e vida dos membros da população idosa, pautados na bioética.

Referências

ALBERT, Marilyn S.; KILLIANY, Ronald J. Age-related cognitive change and brain-behavior relationships. **Handbook of the Psychology of Aging**, v. 5, p. 161-178, 2001.

ALMEIDA, Aline Branco Amorim; AGUIAR, Maria Geralda Gomes. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. **Revista bioética**, v. 19, n. 1, p. 197 – 217, 2011.

ANDRADE, Cristiani Garrido; COSTA, Solange Fátima Geraldo; LOPES, Maria Emília Limeira. Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. **Ciências: Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2523-2530, 2013.

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes; OLIVEIRA, Fabiana Maria Rodrigues Lopes; FERNANDES, Maria das Graças Melo. Vulnerabilidade do idoso: uma análise conceitual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 337–344, 2019.

BEAUCHAMP, Tom L. Paternalism. *In*: REICH, Warren T. **The encyclopedia of bioethics**. Nova York: Macmillan, 1978. p. 1194-1201.

BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 6. ed. New York: Oxford University Press, 2009.

BOLLIG Georg; ROSALAND, Jan Henrik; GJENGEDAL, Eva; SCHMIST, Gerda; MAY, Arnd T; HELLER, Andreas. A European multicenter study on systematic ethics work in nursing homes. **Scandinavian Journal Caring Sciences**, v. 31, p. 587-601, 2016.

BUCHANAN, David R. Autonomy, paternalism, and justice: ethical priorities in public health. **American Journal of Public Health**, v. 98, n. 1, p. 15-21, 2008.

BUCKNER Randy L. Memory and executive function in aging and AD: multiple factors that cause decline and reserve factors that compensate. **Neuron**, v. 44, p. 195-208, 2004.

CAMPBELL, Debra Frances; MACHADO, Afonso A. Ensuring quality in qualitative inquiry: using key concepts as guidelines. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 19, n. 3, p. 572-579, 2013.

COUTO, Maria Clara P. de Paula; KOLLER, Silvia Helena; NOVO, Rosa; SOARES, Pedro Sanchez. Avaliação de discriminação contra idosos em contexto brasileiro - ageismo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, p. 509-518, 2009.

CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro; OLIVEIRA, Jussara Barros; NERY, Valéria Alves Silva; SENA, Edite Lago da Silva; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira; YARID, Sergio Donha. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde Debate**, v. 36, n. 95, p. 657-664, 2012.

DAVIDSON, W. Metaphors of health and aging: Geriatrics as metaphors. *In*: KENYON, Gari M; BIRREN, James E; SCHROOTS, Johannes J F. (Eds.), **Metaphors of aging in science and the humanities**. New York: Springer Publishing Company, 1991.

DEY, Ian; FRASER, Neil. Age-based rationing in the allocation of health care. **Journal of Aging and Health**, v. 12, p. 511-537, 2000.

ELLIOTT, Ann Christy. Health care ethics: cultural relativity of autonomy. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 12, n. 4, p. 326-330, 2001.

FALKUM, Erik; FORDE, Reidun. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship: attitudes among Norwegian physicians. **Social Science & Medicine**, v. 52, n. 2, p. 239-248, 2001.

FERNANDES, Maria Garcia Melo; GARCIA, Loreley Gomes. O corpo envelhecido: percepção e vivência de mulheres idosas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v.14, n. 35, p. 879-890, 2010.

FERNANDES-ELOI, Juliana; DIAS, Marina Duarte Ferreira; NUNES, Tainara Rodrigues Teixeira; SILVA, Angélica Maria de Sousa. Afetos e percepções de idosos universitários acerca do mercado de trabalho na velhice. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 22, n. 1, p. 249-271, 2019.

FONSECA, Maria das Graças Uchôa Penido; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo; LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio; UCHÔA, Elizabeth. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 1, p. 159-165, 2010.

FLORES, Gisela Cataldi; BORGES, Zulmira Newlands; DENARDIN-BUDÓ, Maria de Lourdes; MATTIONI, Fernanda Carlise. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 467-74, 2010.

GLISKY, Elizabeth L. Changes in cognitive function in human aging. **Brain Aging: models, methods, and mechanisms**. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; 2007. Chapter 1. p. 3-20.

GOLANT, Stephen M. Commentary: Irrational Exuberance for the Aging in Place of Vulnerable Low-income Older Homeowners. **Journal of Aging and Social Policy**, v. 20, n. 4, p. 379-397, 2008.

GOODMAN, Benny. Erving Goffman and the 'Total Institution' **Nurse Education Today**, v. 33, p. 81-82, 2013.

GOZZO, Débora; LIGIERA, Wilson Ricardo. **Bioética e direitos fundamentais**. São Paulo: Saraiva, 2012.

GRACIA, Diego. The historical setting of Latin American bioethics. **The Journal of Medicine and Philosophy**, v. 21, n. 6, p. 593-609, 1996.

GUERRA, Ana Carolina Lima Cavaletti. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.

HAUSMANN, Daniel M. **Valuing health: well-being, freedom, and suffering**. Oxford University Press, 2015.

INTLEKOFER, Karlie A.; COTMAN, Carl W. Exercise counteracts declining hippocampal function in aging and Alzheimer's disease. **Neurobiology of disease**, v. 57, p. 47-55, 2013.

JECKER Nancy S. **Aging and ethics: philosophical problems in gerontology**. Nova York: Springer, 1991.

JUNGES, José Roque. **Bioética: perspectivas e desafios**. São Leopoldo: Unisinos; 1999.

KITWOOD, Tom. **Dementia reconsidered: The person comes first**. Buckingham: Open University Press, 1997.

KOMRAD, Mark S. A defense of medical paternalism: maximizing patients' autonomy. **Journal of Medicine Ethics**, v. 9, p. 38-44, 1983.

KOPPELMAN, Elysa R. Dementia and dignity: towards a new method of surrogate decision making. **Journal of Medicine and Philosophy**, v. 27, p. 65-85, 2002.

KREUZ, Giovanna; FRANCO, Maria Helena Pereira. Reflexões acerca do envelhecimento, problemáticas, e cuidados com as pessoas idosas. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 117-133, 2017.

LANGE, Frits. **Loving later life: an ethics of aging**. Grand Rapids, MI: Eerdmans, 2015.

LUDWIG Frédéric C. **Life span extension: consequences and open questions**. New York: Springer, 1991.

LUNA, Florencia. Paternalism and the argument from illiteracy. **Bioethics**, v. 9, p. 283-290, 1995.

MARTINS, Rosa Maria Lopes; RODRIGUES, Maria Lurdes Martins. Estereótipos sobre idosos: uma representação social gerontofóbica. **Revista Millenium**, v. 29, p. 249-54, 2004.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: reflexões preliminares. **Psicologia: teoria e Pesquisa**, v. 28, p. 451-456, 2012.

MÜLLER, Sabine. Respect for autonomy in light of neuropsychiatry. **Bioethics**, v. 31, p. 360-367, 2017.

OLIVEIRA, Iglair Regis; ALVES, Vicente Paulo. A pessoa idosa no contexto da bioética: sua autonomia e capacidade de decidir sobre si mesma. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 91-98, 2010.

PELLEGRINO, Edmund D. **For the Patient's Good: the restoration of beneficence in health care**. New York: Oxford University Press, 1988.

PELTO-PIRI, Veikko; ENGSTRÖM, Karin; ENGSTRÖM, Ingemar. Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. **BMC Medical Ethics**, v. 14, p. 49, 2013.

PESSINI, Leo; SIQUEIRA, José Eduardo de. Bioética, Envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. In: FREITAS, Elizabete Viana de [et al.]. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

RIBEIRO, Priscila Cristina Correa; YASSUDA, Mônica Sanches. Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice. In: NERI, Anitta Liberalesso (Org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, p. 89-204, 2007.

RODRIGUEZ-OSORIO, Carlos; DOMINGUEZ-CHERIT, Guillermo. Medical decision making: paternalism versus patient-centered (autonomous) care. **Current opinion in critical care**, v. 14, n. 6, p. 708-713, 2008.

SADANA, Ritu; SOUCAT, Agnes; BEARD, John. Universal health coverage must include older people. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 96, n. 1, p. 2, 2018.

SCANLON, William. A perspective on long-term care for the elderly. **Health Care Financing Review**, v. 1988, n. suppl, p. 7, 1988.

SCHERMER, Maartje. **The different faces of patient autonomy: patient autonomy in ethical theory and hospital practice**. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2002.

SCORALICK-LEMPKE, Natália Nunces; NASCIMENTO, Elizabeth; RIBEIRO, Beatriz Conceição Silva; MOREIRA, Caroline; OLIVEIRA, Maria Eduarda Lima; SOUSA, Paloma Caroline; TEIXEIRA, Taísa Joice. Comportamentos de saúde e envelhecimento saudável: um estudo com idosos da comunidade. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, p. 775-784, 2018.

SEGRE, Marco; SILVA, Franklin Leopoldo; SCHRAMM, Fermin. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio da autonomia. **Revista Bioética**, v. 6, n. 1, 1998.

SHIN, Dong Wook; ROTER, Debra L.; ROH, Yong Kyun; HAHM, Sang Keun; CHO, Belong; PARK, Hoon-Ki. Physician gender and patient centered communication: the moderating effect of psychosocial and biomedical case characteristics. **Patient Education Counseling**, v. 98, n. 1, p. 55-60, 2015.

SIQUEIRA, José Eduardo. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. **Revista Bioética**, v. 13, n. 2, p. 37-50, 2005.

SMEBYE, Kari Listerud; KIRKEVOLD, Marit; ENGEDAL, Knut. Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. **BMC Health Services Research**, v. 16, p. 1-21, 2016.

Sara Azevedo de Matos, Dante Ogassavara, Jeniffer Ferreira-Costa, Thais da Silva-Ferreira & José Maria Montiel

SOUZA, Mateus Tavares; SILVA, Michelly Dias; CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TAVARES, Ana Rita; PIRES, Cátia Isabel; SIMÕES, José Augusto. Autonomia do idoso: perspectiva ética, médica e legal. **Revista Portuguesa de Bioética**, n. 15, p. 329-352, 2011.

VEATCH, Robert M. **A Theory of Medical Ethics**. New York: Basic Books, 1981.

WELFORD, Claire Lisa. **Exploring and enhancing autonomy for older people in residential care**. Thesis (Doutorado) - National University of Ireland. Galway, 2012.

Sobre os autores

Sara Azevedo de Matos

Graduada em Nutrição pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE). Graduada em Gerontologia pelo Claretiano Centro Universitário. Graduada em Segurança Pública pela Universidade Anhembi Morumbi (UAM). Mestranda em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu (USJT). Gerontóloga, nutricionista e analista comportamental com experiência em políticas públicas e saúde.

Email: sara_azzo@hotmail.com

Dante Ogassavara

Graduado em Psicologia e mestrando em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu (USJT). Desenvolveu estudos sobre a capacidade de autocuidado e o cuidado com o outro em tempos de pandemia da Covid-19.

Email: dante.ogassavara@gmail.com

Jeniffer Ferreira-Costa

Estudante de Psicologia e bolsista no Programa de Iniciação Científica (ProCiência) na Universidade São Judas Tadeu (USJT).

Email: cjf.jeniffer@gmail.com

Thais da Silva-Ferreira

Estudante de Psicologia e bolsista no Programa de Iniciação Científica (ProCiência) na Universidade São Judas Tadeu (USJT).

Email: thais.sil.fe@hotmail.com

José Maria Montiel

Graduado em Psicologia pela Universidade São Judas Tadeu (USJT). Mestre e doutor em Psicologia pela Universidade São Francisco (USF). Pós-doutor pela Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho (UNESP). Professor e pesquisador da USJT, onde atua na graduação em Psicologia e no Programa de Pós-Graduação em Ciências do Envelhecimento. Pesquisador Instituto Ânima SOCIESC de Inovação, Pesquisa e Cultura.

Email: montieljm@hotmail.com

Histórico

Recebido em: 27/07/2022. Aceito em: 24/10/2022. Publicado em: 22/12/2022.