




**AUTONOMIA E DIGNIDADE NO ENVELHECIMENTO: UM ESTUDO
BIOÉTICO SOBRE AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE**

**AUTONOMY AND DIGNITY IN AGING: A BIOETHICAL STUDY ON ADVANCE
DIRECTIVES**

**AUTONOMÍA Y DIGNIDAD EN EL ENVEJECIMIENTO: UN ESTUDIO
BIOÉTICO SOBRE LAS DIRECTRICES ANTICIPADAS DE VOLUNTAD**

 <https://doi.org/10.56238/levv16n54-176>

Data de submissão: 29/10/2025

Data de publicação: 29/11/2025

Anelise Rigotti

Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Ciências do Envelhecimento

Instituição: Universidade São Judas Tadeu

E-mail: annerigotti@gmail.com

Lattes: 6597748131183447

ORCID: 0009-0009-0207-3688

Priscila Larcher Longo

Programa de Pós Graduação em Ciências do Envelhecimento

Instituição: Universidade São Judas Tadeu

E-mail: pllongo@gmail.com

ID Lattes: 0462568149831870

ORCID: 0000-0003-2235-3512

RESUMO

O envelhecimento populacional constitui um fenômeno global, contínuo e irreversível, que desafia as sociedades contemporâneas a garantir não apenas a longevidade, mas também a qualidade e o sentido da vida. No Brasil, o aumento da expectativa de vida ocorre em meio à fragilidade das políticas públicas e à dificuldade cultural de reconhecer a morte como parte do ciclo vital. Nesse contexto, refletir sobre a autonomia da pessoa idosa e o direito de decidir sobre o próprio corpo e tratamento revela-se um imperativo ético, jurídico e social. Objetivos: Analisar a autonomia e a dignidade da pessoa idosa sob a perspectiva da Bioética e do Direito, com foco nas Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) como instrumento de efetivação da liberdade e da autodeterminação, contribuindo para a humanização do cuidado e o fortalecimento da deliberação compartilhada nas decisões de fim de vida. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa teórica, exploratória e documental, de abordagem interdisciplinar, articulando fundamentos éticos, filosóficos e jurídicos relacionados ao envelhecimento, à autonomia e ao direito de escolha. Adotou-se o método dedutivo e a análise hermenêutica, a partir da revisão de literatura científica e de documentos oficiais, com o propósito de compreender o papel das DAVs como expressão da vontade e consolidação da dignidade da pessoa idosa. Resultados e Considerações Finais: Os resultados evidenciaram que as DAVs constituem uma ferramenta ética e jurídica de humanização do cuidado, assegurando o respeito à vontade da pessoa idosa e promovendo o exercício pleno da autonomia e da dignidade. Contudo, persistem entraves culturais e institucionais à sua efetivação, como a resistência social em reconhecer a finitude e a ausência de políticas públicas voltadas à educação para o envelhecimento e para a morte. Conclui-se que envelhecer com dignidade é um direito humano fundamental e coletivo, cuja concretização requer uma cultura baseada na compaixão, na responsabilidade e no respeito à autonomia. O estudo alinha-se

aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) — ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), ODS 10 (Redução das Desigualdades) e ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes) — ao promover a valorização da pessoa idosa como sujeito de direitos e a consolidação de uma sociedade ética, inclusiva e justa.

Palavras-chave: Envelhecimento. Autonomia. Diretivas Antecipadas de Vontade. Dignidade Humana. Bioética.

ABSTRACT

Population aging is a global, continuous, and irreversible phenomenon that challenges contemporary societies to ensure not only longevity, but also quality and meaning in life. In Brazil, increased life expectancy occurs amid fragile public policies and cultural difficulties in recognizing death as part of the life cycle. In this context, reflecting on the autonomy of older adults and their right to decide about their own bodies and treatment is an ethical, legal, and social imperative. Objectives: To analyze the autonomy and dignity of the elderly from the perspective of Bioethics and Law, focusing on Advance Directives (ADs) as an instrument for the realization of freedom and self-determination, contributing to the humanization of care and the strengthening of shared deliberation in end-of-life decisions. Methodology: This is a theoretical, exploratory, and documentary study with an interdisciplinary approach, articulating ethical, philosophical, and legal foundations related to aging, autonomy, and the right to choose. The deductive method and hermeneutic analysis were adopted, based on a review of scientific literature and official documents, with the purpose of understanding the role of ADAs as an expression of the will and consolidation of the dignity of the elderly person. Results and Final Considerations: The results showed that ADVs are an ethical and legal tool for humanizing care, ensuring respect for the wishes of older adults and promoting the full exercise of autonomy and dignity. However, cultural and institutional barriers to their implementation persist, such as social resistance to recognizing finitude and the absence of public policies focused on education for aging and death. It is concluded that aging with dignity is a fundamental and collective human right, the realization of which requires a culture based on compassion, responsibility, and respect for autonomy. The study is aligned with the Sustainable Development Goals (SDGs) — SDG 3 (Good Health and Well-Being), SDG 10 (Reduced Inequalities), and SDG 16 (Peace, Justice, and Strong Institutions) — by promoting the valorization of older persons as subjects of rights and the consolidation of an ethical, inclusive, and just society.

Keywords: Aging. Autonomy. Advance Directives. Human Dignity. Bioethics.

RESUMEN

El envejecimiento de la población es un fenómeno global, continuo e irreversible, que desafía a las sociedades contemporáneas a garantizar no solo la longevidad, sino también la calidad y el sentido de la vida. En Brasil, el aumento de la esperanza de vida se produce en medio de la fragilidad de las políticas públicas y la dificultad cultural de reconocer la muerte como parte del ciclo vital. En este contexto, reflexionar sobre la autonomía de las personas mayores y el derecho a decidir sobre su propio cuerpo y tratamiento se revela como un imperativo ético, jurídico y social. Objetivos: Analizar la autonomía y la dignidad de las personas mayores desde la perspectiva de la bioética y el derecho, centrándose en las directivas anticipadas de voluntad (DAV) como instrumento para hacer efectiva la libertad y la autodeterminación, contribuyendo a la humanización de los cuidados y al fortalecimiento de la deliberación compartida en las decisiones sobre el final de la vida. Metodología: Se trata de una investigación teórica, exploratoria y documental, con un enfoque interdisciplinario, que articula fundamentos éticos, filosóficos y jurídicos relacionados con el envejecimiento, la autonomía y el derecho a elegir. Se adoptó el método deductivo y el análisis hermenéutico, a partir de la revisión de la literatura científica y de documentos oficiales, con el propósito de comprender el papel de los DAV como expresión de la voluntad y consolidación de la dignidad de las personas mayores. Resultados y consideraciones finales: Los resultados evidenciaron que las DAV constituyen una herramienta ética y jurídica para humanizar la atención, garantizando el respeto a la voluntad de las personas mayores y

promoviendo el pleno ejercicio de la autonomía y la dignidad. Sin embargo, persisten obstáculos culturales e institucionales para su implementación, como la resistencia social a reconocer la finitud y la ausencia de políticas públicas orientadas a la educación sobre el envejecimiento y la muerte. Se concluye que envejecer con dignidad es un derecho humano fundamental y colectivo, cuya realización requiere una cultura basada en la compasión, la responsabilidad y el respeto a la autonomía. El estudio se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): ODS 3 (Salud y bienestar), ODS 10 (Reducción de las desigualdades) y ODS 16 (Paz, justicia e instituciones eficaces), al promover la valoración de las personas mayores como sujetos de derechos y la consolidación de una sociedad ética, inclusiva y justa.

Palabras clave: Envejecimiento. Autonomía. Directivas Anticipadas de Voluntad. Dignidad Humana. Bioética.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um dos fenômenos mais significativos e desafiadores do século XXI. As transformações demográficas globais têm ampliado a expectativa de vida, mas também exposto as lacunas éticas, jurídicas e sociais no cuidado à pessoa idosa. A Organização das Nações Unidas (ONU, 2019) estima que, em 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos¹. No Brasil, segundo o Censo de 2022 (IBGE), mais de 10% da população já se encontra nessa faixa etária², revelando não apenas um avanço civilizatório, mas também a necessidade urgente de repensar políticas públicas, valores culturais e práticas assistenciais voltadas ao envelhecer com autonomia e dignidade.

Entretanto, a longevidade conquistada nem sempre se traduz em qualidade de vida. A sociedade contemporânea, marcada pelo culto à juventude e pela produtividade, frequentemente associa o envelhecimento à perda, à dependência e à inutilidade. Essa visão reducionista e excludente reflete-se nas práticas de cuidado, nas instituições e nas políticas de saúde, que muitas vezes desconsideram a pessoa idosa como sujeito de direitos e decisões. Em contextos de fim de vida, esse cenário se agrava: o avanço tecnológico da medicina possibilita prolongar indefinidamente a vida biológica, mas, ao mesmo tempo, desafia os limites éticos e humanos do cuidado, promovendo, por vezes, a obstinação terapêutica e o sofrimento evitável.

Nesse contexto, emerge com força a reflexão bioética sobre a autonomia e a dignidade da pessoa idosa. A Bioética e o Biodireito constituem campos interdisciplinares que buscam restabelecer o equilíbrio entre a técnica e a consciência, entre o poder de intervir e a responsabilidade de respeitar a liberdade individual. Um dos instrumentos mais expressivos dessa convergência é o das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) — documentos por meio dos quais o indivíduo manifesta, de forma prévia e consciente, suas preferências sobre tratamentos e cuidados futuros, especialmente em situações de incapacidade de decisão.

As DAVs representam uma ponte entre ética e direito, promovendo o reconhecimento da pessoa idosa como protagonista de sua história e guardiã de sua vontade. Todavia, no Brasil, sua efetivação ainda é limitada. Apesar da existência de resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM nº 1.995/2012 e nº 1.805/2006) e do reconhecimento do tema em instrumentos internacionais — como a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005) e a Convenção

¹ ONU. Até 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos. Brasil 61, [S. l.], 18 jul. 2023. Disponível em: <https://brasil61.com/n/onu-ate-2050-uma-em-cada-seis-pessoas-no-mundo-tera-mais-de-65-anos>. Acesso em: 28 out. 2025.

² BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4 % em 12 anos. Agência de Notícias, 27 out. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 01 nov. 2025.

Interamericana sobre os Direitos Humanos das Pessoas Idosas (OEA, 2015) —, persiste a ausência de legislação específica e a resistência cultural em lidar com a morte de forma natural e humanizada.

Assim, a discussão sobre as DAVs transcende o âmbito normativo e se insere como questão ética, social e civilizatória. Garantir o direito da pessoa idosa de decidir sobre sua própria vida e finitude significa reafirmar o valor da liberdade e da dignidade humanas em todas as fases da existência. Este artigo propõe, portanto, analisar sob a perspectiva bioética, jurídica e gerontológica o papel das Diretivas Antecipadas de Vontade como instrumentos de efetivação da autonomia e da dignidade da pessoa idosa, contribuindo para a construção de uma cultura de cuidado mais humanizada, responsável e compassiva.

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa caracteriza-se como exploratória e teórico-reflexiva, desenvolvida a partir do método dedutivo-analítico, com abordagem interdisciplinar entre a Bioética, o Direito e a Gerontologia. O objetivo é analisar criticamente o papel da autonomia e da dignidade da pessoa idosa nas decisões sobre o fim da vida, investigando as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) como instrumentos de efetivação da liberdade existencial e da responsabilidade ética no contexto dos cuidados em saúde e do envelhecimento.

Do ponto de vista técnico-metodológico, trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, fundamentada na análise de fontes teóricas, normativas e institucionais. Foram examinados textos de referência da Bioética, Filosofia Moral e Ética Médica, bem como legislações e tratados pertinentes à proteção dos direitos da pessoa idosa e à autodeterminação no cuidado e na morte. Entre os principais documentos analisados destacam-se:

- Constituição Federal de 1988, especialmente os artigos 1º, III, e 5º, caput, que consagram a dignidade da pessoa humana e a liberdade como fundamentos da República;
- Código Civil de 2002 (art. 15), que assegura o direito de recusa terapêutica;
- Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) e Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994);
- Código de Ética Médica (CFM, 2018) e as Resoluções CFM nº 1.805/2006 e nº 1.995/2012, que regulamentam a limitação de tratamentos e o registro das DAVs;
- Política Nacional de Cuidados Paliativos (Portaria GM/MS nº 3.681/2024), que reconhece as DAVs como instrumentos legítimos de decisão no âmbito do SUS;
- Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) e a Convenção Interamericana sobre os Direitos Humanos das Pessoas Idosas (OEA, 2015).

A análise foi conduzida em três eixos interpretativos:

- 1) Ético-filosófico — dedicado à reflexão sobre autonomia, dignidade e cuidado no envelhecer e no morrer;
- 2) Jurídico-normativo — centrado na interpretação das normas nacionais e internacionais que asseguram a liberdade de escolha e a proteção da pessoa idosa;
- 3) Social e gerontológico — voltado à compreensão do envelhecimento como fenômeno humano e civilizatório, demandando políticas e práticas que promovam uma cultura de respeito à finitude e à liberdade existencial.

A abordagem hermenêutica, ou seja, “para se obter uma resposta correta em termos de direito à saúde, não basta mencionar o direito à vida ou o direito à saúde. É preciso uma interpretação de princípios” (Limberger; Grison, 2010, p. 316), que permita integrar as dimensões teórica, jurídica e ética, buscando evidenciar convergências e lacunas entre o discurso normativo e a realidade vivida pelas pessoas idosas. O estudo assume caráter humanista e crítico, orientado pela Bioética de Intervenção, que propõe a prudência, a proteção e a justiça social como fundamentos da ação ética diante das vulnerabilidades. Dessa forma, pretende-se oferecer uma análise reflexiva que contribua para o amadurecimento ético, jurídico e cultural das práticas de cuidado e para a consolidação de políticas públicas voltadas à promoção da autonomia e da dignidade no envelhecimento.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se, como resultados, oito subseções articuladas de forma progressiva e coerente, a serem aprofundadas na seção de discussão. A primeira situa o envelhecimento como desafio ético e civilizatório; a segunda apresenta a Bioética e o Biodireito como caminhos de reflexão sobre o futuro; a terceira examina a autonomia da pessoa idosa como sujeito de direitos; a quarta problematiza a obstinação terapêutica e os limites da medicina; a quinta trata das Diretivas Antecipadas de Vontade como expressão de liberdade e dignidade; a sexta discute o papel do Direito na garantia da autonomia; a sétima enfatiza a urgência de ratificação da Convenção Interamericana sobre os Direitos Humanos da Pessoa Idosa; e a oitava relaciona os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável ao envelhecimento e à construção de uma sociedade ética, justa e solidária. O artigo se encerra com recomendações para a efetivação da autonomia e da dignidade da pessoa idosa.

3.1 O ENVELHECER COMO DESAFIO ÉTICO E CIVILIZATÓRIO

O envelhecimento é uma condição intrínseca à existência humana, parte do ciclo vital que une o nascer e o morrer em uma mesma experiência de continuidade e transformação. No entanto, ao longo da história moderna, ele foi frequentemente interpretado sob a ótica da perda, da decadência e da improdutividade. Em sociedades que glorificam a juventude, a rapidez e o consumo, envelhecer parece

uma afronta à lógica do progresso. A velhice tornou-se o “outro” que a modernidade recusa — um espelho³ do limite e da vulnerabilidade (Beauvoir, 1990).

A sociedade tende a projetar na pessoa idosa o medo da própria finitude. A velhice é o destino de todos, mas poucos a reconhecem como sua. Essa recusa cultural do envelhecer é também uma recusa simbólica da morte. Ao negar o envelhecimento, nega-se a dimensão temporal da existência e a consciência de que viver é também, inevitavelmente, caminhar para o fim. A pessoa idosa, nesse contexto, deixa de ser reconhecida como sujeito de direitos e de saberes, sendo frequentemente marginalizada e reduzida a corpo biológico ou a número nas estatísticas, quando, na verdade, representa a memória viva e a experiência acumulada da humanidade.

Essa recusa da finitude, ao mesmo tempo cultural e simbólica, estendeu-se também à ciência e à prática médica. O medo da morte tornou-se o motor de uma corrida tecnológica que busca prolongar a vida a qualquer custo. Assim, o avanço científico e tecnológico, embora tenha ampliado os horizontes da medicina e permitido que muitos vivessem mais e melhor, também intensificou a ilusão de que é possível dominar o tempo e controlar a morte. Nesse contexto, a pessoa idosa torna-se, com frequência, o principal alvo da obstinação terapêutica — ou distanásia —, prática que, sob o pretexto de preservar a vida, acaba por prolongar o processo de morrer. Trata-se de uma conduta médica que impõe ao paciente em fase terminal, muitas vezes idoso e vulnerável, sofrimento físico e emocional desnecessário (Pessini, 1996; Kovács, 2003).

O corpo envelhecido, por sua fragilidade, é frequentemente submetido a intervenções desproporcionais que mantêm a vida biológica, mas negam a experiência existencial da morte. Refletir sobre a distanásia é, portanto, reconhecer a necessidade de uma ética que garanta à pessoa idosa o direito ao respeito, à benevolência e à dignidade em sua finitude. O envelhecimento, portanto, não é apenas um fenômeno biológico, mas um campo de prova para a consciência ética da civilização — um espelho que revela o modo como tratamos aqueles que envelhecem e se aproximam do fim da vida. Essa discussão sobre o limite da vida e o sentido do cuidado encontra eco na reflexão do cirurgião e escritor Atul Gawande (2015), que expressa, com sensibilidade e coragem, a lacuna ética e pedagógica que permeia a formação médica diante da morte e do envelhecer. Ele relata:

Aprendi sobre muitas coisas na faculdade de medicina, mas a mortalidade não foi uma delas. Em meu primeiro período, embora tenham me dado um cadáver seco e endurecido para dissecar, aquela era apenas uma maneira de aprender sobre a anatomia humana. Nossos livros didáticos não continham quase nada a respeito do envelhecimento, da fragilidade ou da morte. O desenrolar do processo, a experiência das pessoas no fim de suas vidas e a maneira como os outros à sua volta são afetados pareciam ser questões irrelevantes. Na nossa visão e na de nossos professores, a finalidade da faculdade de medicina era ensinar a salvar vidas, não a lidar com seu fim (Gawande, 2015, p. 9).

³ A obra *O segundo sexo*, de Simone de Beauvoir (1949 [2009]), foi uma das precursoras na abordagem da relação entre o espelho e o outro.

As palavras de Gawande (2015) revelam uma verdade desconfortável: a medicina moderna, ao priorizar a sobrevivência biológica, negligencia a dimensão humana da finitude. O silêncio acadêmico sobre a morte produz profissionais que sabem prolongar a vida, mas não sabem acompanhar o morrer. A ausência de formação para lidar com o fim da existência gera práticas desumanizadas, que confundem responsabilidade com o dever de manter a vida a qualquer preço. Assim, a formação tecnicista contribui para uma cultura que teme a finitude, medicaliza o sofrimento e transforma a morte em fracasso — quando, na verdade, ela é parte do próprio existir.

Essa constatação amplia a compreensão sobre o desafio ético do envelhecer e encontra ressonância no pensamento de Maria Júlia Kovács (2003), cuja contribuição é fundamental ao propor uma abordagem educativa e ética diante da morte e do envelhecer. Em *Educação para a Morte: desafios na formação de profissionais de saúde e educação*, a autora defende que a morte precisa ser incorporada à formação de profissionais da saúde e da educação não como tabu, mas como dimensão pedagógica da vida. Para Kovács, a educação para a morte é também uma educação para a vida, pois convida à reflexão sobre o limite, o tempo e a responsabilidade diante do sofrimento humano. Ao propor espaços de escuta e elaboração emocional, a autora rompe o paradigma da negação da morte e inaugura uma perspectiva formativa que humaniza o cuidado. Educar para a morte é, portanto, também educar para o envelhecer com dignidade e consciência.

Na mesma direção, Leonardo Boff (2004) propõe uma ética restauradora do humano: a ética do cuidado. Boff compreende o cuidado como a base ontológica da existência e o elo que sustenta toda a vida. Cuidar é mais do que um ato: é uma atitude, um modo de ser no mundo que expressa respeito, ternura e responsabilidade para com o outro e com a Terra. Sem cuidado, o ser humano desestruturase, define e perde o sentido da própria vida. Essa concepção recoloca a ética no centro da existência: cuidar é reconhecer a fragilidade do outro e comprometer-se com sua preservação. No envelhecer, o cuidado assume um valor político e moral, pois cuidar da pessoa idosa é também cuidar da memória coletiva, da continuidade cultural e da própria humanidade.

Compreender o envelhecer, portanto, exige um olhar complexo e integrador. O envelhecimento é, simultaneamente, declínio e plenitude, fragilidade e sabedoria, limite e transcendência. Envelhecer é viver o paradoxo do tempo — continuar sendo enquanto se transforma, reconhecer-se no limite e, ainda assim, afirmar o sentido de existir. Essa compreensão ética do envelhecer demanda repensar as estruturas sociais, médicas e jurídicas que o sustentam. O corpo idoso, muitas vezes, é reduzido a objeto de tutela — médica, institucional ou legal — e o sujeito que o habita perde voz sobre suas próprias escolhas. A sociedade, ao infantilizar a pessoa idosa, comete uma forma de violência simbólica e institucional. Ao negar-lhe autonomia, nega-lhe também a dignidade. A velhice é tratada como patologia, e não como etapa legítima do ciclo vital. A sociedade, ao excluir o velho, evita encarar o que ele representa: o destino de todos.

Essa exclusão, porém, não é apenas social — é também ética. Ela reflete o afastamento entre a técnica e a compaixão, entre o saber e o sentido. O envelhecimento, quando visto sob a lente da produtividade e da eficácia, deixa de ser espaço de contemplação e se torna terreno de intervenção. A biotecnologia, a medicina e o mercado da longevidade passam a ditar as regras do envelhecer, prometendo juventude eterna e apagando a beleza da finitude.

A crise contemporânea do envelhecimento é, portanto, uma crise da relação do ser humano com o tempo e com o cuidado. É a perda da dimensão simbólica da velhice — aquela que deveria ser celebrada como síntese da vida. Nesse sentido, Boff (2004) propõe que a ética do cuidado seja incorporada como princípio civilizatório, substituindo a lógica da dominação pela da corresponsabilidade. Cuidar é sentir o outro como extensão de si, e essa experiência de empatia é o que sustenta o verdadeiro sentido da convivência humana.

Alexandre Kalache (2019) denomina o fenômeno atual de “revolução da longevidade”, afirmando que o envelhecimento populacional é o processo mais transformador do século XXI — não apenas pela quantidade de pessoas idosas, mas pelo impacto social, cultural e econômico que acarreta. Contudo, Kalache adverte que envelhecer com dignidade requer políticas públicas efetivas, redes de apoio e mudança de mentalidade: “Não basta acrescentar anos à vida; é preciso acrescentar vida aos anos”⁴. O envelhecer, portanto, é uma conquista civilizatória que exige responsabilidade ética e política de toda a sociedade (Kalache, 2019).

Assim, o envelhecer nos convoca a repensar a própria noção de progresso. A verdadeira evolução de uma sociedade não está em quantos anos ela consegue prolongar a vida, mas em como acolhe aqueles que viveram mais. Cuidar da pessoa idosa é cuidar do que há de mais essencial em nós: a capacidade de sermos humanos uns com os outros.

A partir dessa reflexão, torna-se inevitável o diálogo com a Bioética, campo que surge justamente como resposta à crise moral provocada pelo avanço técnico e pela perda de sentido da vida. A Bioética, ao unir ciência e consciência, propõe uma ética da vida e da convivência. É nesse horizonte que se desenvolverá o próximo capítulo, em que a Bioética e o Biodireito aparecem como novos caminhos para o futuro — pontes entre o poder e a prudência, entre a autonomia e o cuidado.

3.2 BIOÉTICA E BIODIREITO: NOVOS CAMINHOS PARA O FUTURO

A humanidade, ao conquistar o poder de manipular a vida em suas dimensões mais íntimas — genéticas, biológicas e tecnológicas —, deparou-se com o dilema de possuir o saber para fazer, mas nem sempre a sabedoria para decidir o que deve ser feito. O progresso científico ampliou a capacidade humana de intervir na natureza, na saúde e no próprio corpo, mas também intensificou os conflitos

⁴ KALACHE, Alexandre. “É preciso dar mais vida aos anos”, diz o gerontólogo Alexandre Kalache. Revista EXAME, 12 de março de 2025. Disponível em: <https://exame.com/revista-exame/e-preciso-dar-mais-vida-aos-anos/>. Acesso em: 05 nov. 2025.

morais decorrentes do uso desse poder. Nesse cenário de transformações profundas, surge a Bioética, como campo do conhecimento destinado a reconciliar o poder técnico com a prudência moral, a ciência com a consciência e o progresso com o sentido do bem.

O termo bioética foi introduzido por Van Rensselaer Potter, em *Bioethics: Bridge to the Future* (1971), para propor uma “ponte para o futuro” entre as ciências biológicas e as ciências humanas. Potter concebeu a bioética como uma “ciência da sobrevivência”, voltada à preservação da vida em todas as suas formas. Para ele, “nem tudo o que é cientificamente possível é eticamente aceitável”, advertência que permanece atual e necessária em uma era em que a técnica avança mais rapidamente do que a reflexão ética. Seu pensamento inaugura uma ética prospectiva e planetária, voltada à responsabilidade pela vida presente e pelas gerações futuras (Potter, 2016).

Essa concepção amplia o olhar sobre o cuidado e o respeito à vida em todas as suas etapas, incluindo o envelhecimento. A bioética surge, assim, como um caminho de reconciliação entre o avanço técnico-científico e o compromisso moral de proteger a dignidade humana, especialmente em contextos nos quais a pessoa idosa enfrenta vulnerabilidades físicas, emocionais e sociais.

O amadurecimento desse pensamento culminou, no final da década de 1970, com o Relatório Belmont⁵ (1978), que estabeleceu os princípios fundamentais de respeito às pessoas, beneficência e justiça. A partir dele, Tom Beauchamp e James Childress sistematizaram, em *Principles of Biomedical Ethics* (1979), os quatro pilares que orientam a bioética moderna: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

O primeiro princípio formulado por Beauchamp e Childress refere-se ao respeito pela autonomia. Embora o conceito de autonomia seja amplamente debatido na filosofia, no contexto bioético ele se traduz na capacidade de indivíduos realizarem escolhas conscientes e intencionais, livres de coerções externas ou influências indevidas. Tal princípio exige que terceiros se abstenham de interferir nas decisões autônomas de uma pessoa, ainda que considerem suas escolhas “imprudentes” ou “equivocadas”.

⁵ No decorrer da Segunda Guerra Mundial, várias atrocidades as quais são impossíveis de se imaginar aconteceram, em especial pesquisas na área da medicina envolvendo experimentos usando pessoas como cobaias. Foi neste cenário de desumanidade total, apesar de já terminada a guerra, onde se continuava a surgir novos escândalos envolvendo os avanços da medicina, que se criaram vários ordenamentos de proteção à integridade e respeito à pessoa humana. O Relatório de Belmont foi promulgado em 1978, numa reação institucional aos escândalos causados pelos experimentos da medicina desde o início da 2ª. Guerra Mundial. Em particular, três casos foram de notável relevância para sua criação: 1) em 1963, no Hospital Israelita de doenças crônicas de Nova York, foram injetadas células cancerosas vivas em idosos doentes; 2) entre 1950 e 1970, no hospital estatal de Willowbrook (NY), injetaram hepatite viral em crianças retardadas mentais; 3) desde os anos 40, mas descoberto apenas em 1972, no caso de Tuskegee study no Estado de Alabama, foram deixados sem tratamento quatrocentos negros sífilíticos para pesquisar a história natural da doença. Pelos fatos acima descritos, o Governo e o Congresso norte-americano constituíram, em 1974, a National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Foi estabelecido, como objetivo principal da Comissão, identificar os princípios éticos “básicos” que deveriam conduzir a experimentação em seres humanos, o que ficou conhecido como Belmont Report. O Relatório de Belmont apresenta os princípios éticos, considerados básicos, que deveriam nortear a pesquisa biomédica com seres humanos: a) o princípio do respeito às pessoas; b) o princípio da beneficência; c) o princípio da justiça (Marelli, 2013).

Os autores ressaltam que respeitar a autonomia vai além da simples não interferência: implica promover e proteger a capacidade dos sujeitos de agir de forma autônoma. Assim, cabe aos profissionais de saúde fornecer informações claras sobre as alternativas terapêuticas e seus possíveis resultados, assegurar que o paciente compreenda essas informações e estimulá-lo a participar ativamente das decisões, levando em conta seus valores e preferências pessoais.

Em determinados contextos — como na realização de procedimentos médicos ou em pesquisas científicas —, a autonomia manifesta-se por meio do Consentimento Informado, processo pelo qual o indivíduo expressa sua decisão consciente após compreender os riscos envolvidos. Nesses casos, é comum que o paciente formalize sua anuência mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O segundo princípio, o da não maleficência, estabelece que o profissional da saúde tem o dever de não causar dano intencional aos pacientes, retomando o antigo preceito hipocrático *primum non nocere* (“antes de tudo, não causar dano”). Envolve condutas como evitar infligir dor ou sofrimento desnecessário, bem como não prolongar tratamentos inúteis ou fúteis. Esse princípio também orienta a ética em pesquisa, vedando experimentos que possam causar prejuízos aos participantes, ainda que estes tenham consentido.

Já o princípio da beneficência tem caráter positivo: impõe a obrigação moral de agir em benefício do outro, promovendo seu bem-estar e buscando resultados favoráveis ao paciente. Conflitos éticos, nesse contexto, não se dão entre beneficência e autonomia, mas entre autonomia e paternalismo, quando o profissional decide unilateralmente o que considera “melhor” para o paciente, desconsiderando suas preferências pessoais.

Por fim, o quarto princípio, o da justiça, é compreendido como expressão da justiça distributiva, que diz respeito à repartição equitativa de benefícios e encargos dentro da sociedade. Em saúde, esse princípio se traduz no dever ético de promover a equidade, garantindo que cada indivíduo receba tratamento justo, imparcial e adequado às suas necessidades, independentemente de fatores sociais, econômicos, culturais ou religiosos. A justa alocação de recursos deve visar ao atendimento do maior número possível de pessoas, com eficiência e proporcionalidade.

Em resposta às críticas de que seu modelo careceria de base teórica sólida, Beauchamp e Childress, nas edições posteriores de *Principles of Biomedical Ethics*, reformularam sua justificativa metodológica. Inicialmente apoiados na convergência entre diferentes teorias éticas, os autores passaram a defender que seus princípios derivam de uma “moralidade comum”, isto é, de valores morais compartilhados por membros de uma comunidade, sustentados pelo senso comum e pela tradição social, e não necessariamente de uma teoria filosófica específica⁶.

⁶ Centro de Bioética. Princípioismo. Disponível em: <http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=BioeticaParaIniciantes&id=25>. Acesso em: 10 nov. 2025.

Esses princípios tornaram-se o núcleo da bioética principialista, guiando a deliberação ética nas práticas médicas e de pesquisa e afirmando o paciente — inclusive a pessoa idosa — como sujeito de decisão e não mero receptor de condutas.

Com o tempo, contudo, percebeu-se que a aplicação universal desses princípios exigia sensibilidade às desigualdades sociais e às diversidades culturais. A América Latina, marcada pela exclusão e pela pobreza, demandava uma ética capaz de ultrapassar o consultório e atingir as estruturas que geram vulnerabilidade. Surge, assim, a Bioética de Intervenção (BI), desenvolvida por Volnei Garrafa (2012), como uma proposta crítica e politizada, que desloca o foco da reflexão para a transformação social e a proteção dos grupos vulneráveis — entre eles, as pessoas idosas, frequentemente invisibilizadas ou infantilizadas.

A BI estrutura-se em quatro princípios fundamentais — prudência, precaução, prevenção e proteção —, os quais orientam ações concretas diante de contextos de vulnerabilidade. Ela parte do reconhecimento de que todos somos vulneráveis, mas que, em sociedades desiguais, algumas pessoas são sistematicamente mais expostas à perda de autonomia. Para a pessoa idosa, isso se traduz na marginalização das decisões sobre sua saúde, no paternalismo institucional e na negação do direito de participar ativamente das escolhas que dizem respeito ao próprio corpo e destino.

Importante destacar que a Bioética de Intervenção é uma construção genuinamente latino-americana. Seu olhar crítico e emancipador confere à ética aplicada um papel ativo, transformador, comprometido com a justiça social. Nesse sentido, a proteção deixa de ser tutela e passa a significar garantia do exercício de direitos. No caso da pessoa idosa, isso implica assegurar não apenas o cuidado, mas o direito de decidir sobre o modo de cuidar e ser cuidada, resgatando a voz que tantas vezes é calada em nome da suposta “proteção”.

Ao introduzir o princípio do respeito aos vulneráveis, conforme o artigo 8º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO (2005)⁷, a bioética amplia o dever ético e político de reconhecer e mitigar as diversas formas de vulnerabilidade.

Artigo 8º Respeito pela vulnerabilidade humana e integridade pessoal

Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa (UNESCO, 2005).

Essa orientação exige dos Estados e das instituições uma atuação que promova igualdade, equidade e justiça social, especialmente para a população idosa, ainda excluída de muitos espaços de decisão e de participação.

⁷ UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris, 19 out. 2005. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 10 nov. 2025.

A partir desse cenário, a bioética se aproxima do Biodireito, campo que traduz os princípios éticos em garantias normativas e políticas públicas. O Biodireito nasce como extensão natural da bioética, ao reconhecer que a defesa da vida e da dignidade exige mais do que reflexão moral — requer mecanismos jurídicos concretos capazes de assegurar que os valores éticos se tornem direitos efetivos.

Essa convergência entre ética e norma inaugura uma nova compreensão do papel do Direito na contemporaneidade: mais do que regular condutas, ele deve proteger a vulnerabilidade e promover a autonomia. No envelhecimento, isso significa garantir que a pessoa idosa seja respeitada como protagonista de sua trajetória, inclusive nas decisões relacionadas à saúde, ao cuidado e à finitude.

Assim, a convergência entre Bioética e Biodireito inaugura uma nova compreensão do papel do cuidado em sociedades que envelhecem: não basta proteger biologicamente a vida; é preciso garantir condições éticas e jurídicas para que cada pessoa viva — e conclua — sua própria história de acordo com seus valores. Esse é o eixo que conduz ao próximo capítulo: a autonomia da pessoa idosa não como concessão, mas como direito de existir segundo a própria vontade.

3.3 A AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA: SUJEITO DE DIREITOS

A autonomia constitui um dos pilares centrais da Bioética é um princípio estruturante do Estado Democrático de Direito. Mais do que simples liberdade de escolha, a autonomia expressa a capacidade humana de autodeterminar-se, de conduzir a própria vida conforme valores, crenças e convicções pessoais. No contexto do envelhecimento, ela adquire um significado ainda mais profundo: é a afirmação da pessoa idosa como sujeito de vontade, capaz de decidir sobre seu corpo, seus cuidados e seu destino, mesmo em meio à vulnerabilidade que acompanha o avançar da idade.

Historicamente, a pessoa idosa foi vista sob a ótica da tutela — ora como objeto de proteção, ora como sujeito incapaz de gerir sua própria vida. Esse olhar paternalista e assistencialista, ainda presente em muitas instituições e políticas públicas, tende a restringir a participação ativa da pessoa idosa nas decisões que lhe dizem respeito. No entanto, a verdadeira proteção não se confunde com a substituição da vontade, mas com a criação de condições para que o indivíduo possa exercer sua liberdade com segurança e dignidade. É nesse ponto que a Bioética e o Biodireito se encontram: ambos reconhecem que a autonomia é indissociável do respeito à pessoa humana e de sua dignidade intrínseca.

A bioética principialista, ao incorporar a autonomia como um de seus fundamentos, propôs que nenhuma intervenção médica ou científica fosse realizada sem o consentimento livre e esclarecido do paciente. Contudo, a experiência prática demonstrou que a autonomia raramente é absoluta: ela é vivida em relação com o outro, em contextos afetivos, sociais e culturais. Nesse sentido, surge o conceito de autonomia relacional e existencial, amplamente desenvolvido por Aline Albuquerque (2020), que compreende a decisão como um processo dinâmico e interdependente. Para a autora, “a

autonomia é um atributo existencial, pois nasce das relações, das experiências e da construção de sentido ao longo da vida.”

Sob essa perspectiva, a autonomia da pessoa idosa não se resume a um ato racional ou formal, mas reflete uma trajetória de vida, marcada por valores, perdas, vínculos e esperanças. O envelhecimento não extingue a capacidade de decidir; ao contrário, confere-lhe novas dimensões — mais prudentes, sensíveis e reflexivas. A autonomia torna-se, então, um gesto de resistência contra a despersonalização que, muitas vezes, acompanha o cuidado institucional e médico, e um instrumento de reconstrução de sentido diante da finitude.

O Biodireito, enquanto campo que traduz juridicamente os valores éticos, reconhece que a autonomia deve ser tutelada não por meio da imposição de normas, mas por meios que ampliem a liberdade de escolha. A pessoa idosa não precisa de tutela moral, mas de condições para decidir com dignidade. Isso inclui o acesso à informação clara, à escuta qualificada e ao reconhecimento de sua vontade como expressão legítima de um projeto de vida. A proteção jurídica, nesse contexto, deve servir como escudo contra a arbitrariedade e não como barreira à autodeterminação.

Exercer a autonomia na velhice exige, porém, condições materiais, sociais e culturais que permitam escolhas reais. A dependência física, o preconceito etário e as barreiras institucionais ainda limitam a possibilidade de autodeterminação. Por isso, o envelhecer ético demanda uma sociedade que compreenda a vulnerabilidade não como fraqueza, mas como dimensão universal da existência — um chamado à solidariedade, ao diálogo e à corresponsabilidade. Nesse sentido, a Bioética de Intervenção propõe um modelo de cuidado que não tutela, mas empodera, oferecendo à pessoa idosa as ferramentas necessárias para exercer sua vontade e afirmar sua voz.

A reflexão ética sobre a autonomia encontra nos Cuidados Paliativos um terreno fértil de concretização. É nesse campo que as decisões sobre o fim da vida se tornam mais sensíveis e que a escuta e o respeito à vontade do paciente se revelam essenciais. Como observa Polianna Mara Rodrigues de Souza (2023), os princípios bioéticos — especialmente a autonomia, a beneficência e a justiça — sustentam a prática paliativista, cujo foco é o respeito à pessoa em sua integralidade. Reconhecer o direito da pessoa idosa de recusar intervenções fúteis ou desproporcionais não é negligência, mas ato de respeito à liberdade e à dignidade.

A autonomia, portanto, deve ser entendida como um processo relacional, ético e jurídico, que garante à pessoa idosa o direito de ser autora de sua própria história. Envelhecer com autonomia é poder decidir sobre o modo de viver, de cuidar e de morrer — é afirmar o protagonismo diante da finitude. Nesse sentido, respeitar a autonomia da pessoa idosa é reconhecer que a liberdade não se extingue com o tempo, e que a dignidade humana acompanha o indivíduo até o último instante da vida.

3.4 A OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA E OS LIMITES DA MEDICINA

Refletir sobre autonomia, dignidade e liberdade no fim da vida implica, necessariamente, enfrentar uma das maiores distorções da prática médica moderna: a obstinação terapêutica. Também chamada de distanásia, essa conduta consiste em prolongar artificialmente o processo de morrer por meio de intervenções invasivas e recursos tecnológicos que, muitas vezes, não trazem benefício real ao paciente — apenas estendem o sofrimento. Quando o propósito de “salvar a vida” ultrapassa o limite do cuidado e ignora o sentido da existência, a medicina se distancia de sua vocação ética e se transforma em instrumento de desumanização.

No contexto do envelhecimento, esse fenômeno adquire contornos ainda mais preocupantes. As pessoas idosas, com frequência portadoras de doenças crônicas e fragilidades múltiplas, tornam-se os principais alvos da obstinação terapêutica. A sociedade, movida pelo medo da morte e pela ilusão de domínio técnico sobre o corpo, tende a medicalizar a velhice e negar a finitude, tratando o envelhecer como uma falha a ser corrigida. Assim, o que deveria ser uma etapa de serenidade e acolhimento transforma-se em campo de intervenção, onde o corpo é mantido vivo à custa da perda de sentido e da supressão da vontade.

O avanço científico e tecnológico é uma das grandes conquistas civilizatórias, mas o poder técnico da medicina nem sempre vem acompanhado do mesmo amadurecimento ético. Quando o agir substitui o escutar, o cuidado perde sua humanidade. A ausência de diálogo entre profissionais de saúde, pacientes e familiares cria um abismo relacional que compromete a dignidade da pessoa idosa. Nessa ausência de escuta, a voz do idoso — que expressa valores, crenças e limites — é silenciada por decisões alheias, tomadas em nome de uma suposta preservação da vida, mas que, na prática, apenas prolongam o sofrimento.

Essa negação da palavra é, talvez, uma das formas mais sutis e dolorosas de obstinação terapêutica. Como alerta Léo Pessini (2007), a distanásia é a atitude médica que, buscando salvar, termina por fazer sofrer. Surge, então, o sofrimento ético, quando a vontade de viver é substituída pela imposição de continuar vivo — um viver sem voz, sem liberdade e sem propósito.

A obstinação terapêutica, portanto, não é apenas um problema médico: é um fenômeno ético, social e jurídico, que revela o quanto a cultura contemporânea teme o envelhecimento e a morte. A presunção de incapacidade e o paternalismo familiar, aliados à tradição de uma medicina centrada no prolongamento biológico, levam à violação do princípio fundamental da dignidade da pessoa humana. O corpo, então, torna-se território de disputas morais, afetivas e técnicas, enquanto o sujeito é afastado do centro da decisão.

É nesse ponto que a Bioética se apresenta como campo indispensável de mediação. Ao propor o equilíbrio entre os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, ela convida à reconstrução do significado de cuidar. Cuidar não é fazer tudo, mas fazer o que tem sentido; não é lutar

contra o tempo, mas acolher o tempo que resta. Na velhice, a ética do cuidado exige escuta, empatia e reconhecimento dos limites. Saber parar é, muitas vezes, a forma mais profunda de respeito.

O Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018) reflete parte dessa preocupação. O artigo 22⁸ proíbe o médico de realizar procedimentos sem o consentimento do paciente, salvo em risco iminente de morte. O artigo 26⁹ determina o respeito à vontade de toda pessoa capaz, e o artigo 31¹⁰ garante ao paciente o direito de decidir livremente sobre práticas diagnósticas e terapêuticas (Conselho Federal de Medicina, 2018). Contudo, tais dispositivos ainda convivem com a tradição de uma medicina centrada na preservação da vida biológica, em detrimento da vida biográfica. A ausência de uma definição clara do que constitui “iminente risco de morte” acaba legitimando práticas de obstinação em nome de um suposto dever de evitar o morrer.

O artigo 41¹¹ do mesmo Código traz uma inflexão ética importante ao determinar que é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, mas, em seu parágrafo único, estabelece que, nos casos de doença incurável e terminal, devem ser ofertados todos os cuidados paliativos disponíveis, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, respeitando a vontade do paciente. Nessa perspectiva, a ética médica se reaproxima da essência do cuidado, compreendendo que a responsabilidade do médico não é prolongar a fisiologia orgânica, mas preservar a dignidade e aliviar o sofrimento (Conselho Federal de Medicina, 2018).

Esse entendimento ético foi reforçado por resoluções posteriores do Conselho Federal de Medicina, que consolidaram o reconhecimento da ortotanásia — o morrer no tempo certo, sem abreviação nem prolongamento artificial — como prática legítima e humanizadora, especialmente para pessoas idosas em fase terminal. Essas normas representaram um marco na evolução da ética médica brasileira, ao reafirmar que a responsabilidade do profissional de saúde não se limita à cura, mas se estende ao cuidado compassivo e à escuta ativa.

Ao reconhecer o direito da pessoa idosa de participar das decisões sobre seu próprio tratamento, a medicina reencontra sua dimensão humanista. A superação da obstinação terapêutica é, portanto, um imperativo ético, civilizatório e afetivo. É compreender que a vida não se mede pela duração, mas pela coerência entre o que se é e o que se deseja ser até o fim.

⁸ É vedado ao médico: Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

⁹ Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome, ou alimentá-la compulsoriamente, devendo cientificá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

¹⁰ Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

¹¹ Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal. 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.

Superar a obstinação é, também, abrir espaço para o diálogo, para a partilha de decisões e para o reconhecimento da autonomia como forma de dignidade. A pessoa idosa tem direito de ser ouvida e respeitada em sua totalidade — biológica, psíquica, espiritual e relacional —, e é nesse reconhecimento que o cuidado recupera seu verdadeiro sentido.

Essa reflexão conduz naturalmente ao próximo capítulo, que abordará as Diretivas Antecipadas de Vontade como expressão concreta da autonomia e da liberdade — instrumentos que não apenas fortalecem a autodeterminação, mas também representam um avanço civilizatório na construção de uma medicina centrada no respeito, na compaixão e na dignidade da pessoa idosa.

3.5 AS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE COMO EXPRESSÃO DA AUTONOMIA E DA LIBERDADE

No processo de envelhecimento, uma das perdas mais graves não é apenas a da força física ou da saúde, mas, muitas vezes, a perda da própria voz. Em uma cultura que associa velhice à incapacidade, é comum que decisões sobre o corpo, a dor, os tratamentos e até sobre o morrer sejam tomadas por terceiros — familiares, equipes médicas, instituições — em nome de uma suposta proteção. Esse gesto, que costuma vir travestido de cuidado, infantiliza a pessoa idosa, substitui sua vontade e antecipa uma incapacidade que muitas vezes ainda não existe. Trata-se de uma forma silenciosa de violência simbólica e institucional, porque retira da pessoa idosa o direito de conduzir a própria vida e a própria morte.

É nesse cenário que as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) ganham dimensão ética e civilizatória. As DAVs são o instrumento pelo qual a pessoa afirma, de modo prévio e inequívoco: “esta é a minha escolha”. Elas resgatam a autonomia de quem, historicamente, foi tutelado. Elas impedem que outros decidam “em seu nome” com base em valores que não são os seus. Elas reafirmam que envelhecer não significa abdicar da própria voz.

Elaborar uma DAV é um ato de autoria e consciência moral. Por meio dela, a pessoa manifesta, de antemão, quais intervenções aceita e quais rejeita, até onde reconhece dignidade no cuidado, como deseja o alívio da dor e quando prefere a limitação de procedimentos invasivos. Esse gesto impede que, no momento de maior vulnerabilidade, sua biografia seja apagada e substituída pela vontade médica, familiar ou institucional. As DAVs, portanto, não são apenas um documento formal: são um exercício de liberdade, coerência e identidade moral.

Eticamente, elas reafirmam que ninguém pode ser tratado como objeto passivo de intervenção. Socialmente, rompem com a cultura da tutela e com o etarismo clínico que presume que “a pessoa idosa não sabe decidir”. Juridicamente, concretizam os direitos fundamentais à autodeterminação, à liberdade individual e à dignidade humana, expressos no ordenamento constitucional brasileiro.

Para que tenham validade, as DAVs devem ser elaboradas por uma pessoa lúcida, capaz e plenamente consciente, em momento de discernimento e autonomia decisória. Produzem efeitos apenas quando essa pessoa não puder mais se expressar de forma livre, consciente ou comunicável — seja por incapacidade cognitiva, impossibilidade de comunicação ou quadro clínico grave. Enquanto houver capacidade de manifestação atual da vontade, prevalece a vontade atual. Esse ponto é essencial: a DAV não substitui a voz da pessoa, mas a protege quando ela já não puder mais ser ouvida.

Embora ainda não exista lei federal específica sobre DAVs, o tema é reconhecido e regulamentado pela Resolução CFM nº 1.995/2012, do Conselho Federal de Medicina, que define as Diretivas como o “conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não quer, receber quando estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade”. Essa norma, de natureza deontológica, vincula eticamente os médicos e orienta as equipes a respeitar a vontade previamente manifestada, mesmo diante de discordância familiar.

Esse avanço ético foi precedido pela Resolução CFM nº 1.805/2006, que autorizou o médico, em casos de doença incurável e terminal, a limitar ou suspender procedimentos que apenas prolongam o sofrimento, desde que garantidos o conforto e o alívio da dor. Essa resolução rompeu com o paradigma da “obrigação de fazer tudo sempre”, reconhecendo que prolongar a dor em nome da vida biológica pode ser moralmente inaceitável. Ela abriu caminho para que, seis anos depois, a Resolução CFM nº 1.995/2012 conferisse à pessoa o poder de definir pessoalmente esses limites, dando forma concreta à liberdade de escolha. Ambas as normas dialogam entre si e sustentam o direito de o paciente — especialmente a pessoa idosa — dizer: “por favor, não prolonguem meu sofrimento contra a minha vontade”.

Esses entendimentos encontram respaldo em princípios jurídicos amplamente consolidados no ordenamento brasileiro. O artigo 15 do Código Civil estabelece que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”, consagrando o direito à autonomia e à recusa de tratamentos que contrariem a vontade do paciente.

De forma complementar, o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) reforça a obrigação do Estado, da família e da sociedade de garantir o respeito à liberdade e à dignidade da pessoa idosa. O artigo 2º¹² assegura que “a pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana”, garantindo-lhe todas as oportunidades e condições para a preservação da saúde física e mental e o seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, “em condições de liberdade e dignidade”.

¹² Art. 2º A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Já o artigo 3º¹³ impõe à família, à comunidade, à sociedade e ao poder público o dever de assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à vida, à saúde, à cidadania, à liberdade, à dignidade e ao respeito, bem como à convivência familiar e comunitária.

Dessa forma, decidir sobre o próprio corpo e o tratamento de saúde não é um privilégio, mas um direito personalíssimo, expressão direta da dignidade humana e da autonomia individual, fundamentos que sustentam o exercício consciente e livre da vontade em matéria de cuidado e de fim de vida.

A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024, consolida a importância da autonomia da pessoa cuidada e da comunicação sensível como fundamentos éticos e estruturantes do cuidado em saúde. O artigo 2º¹⁴ da referida norma explicita os princípios orientadores da PNCP, entre os quais se destacam:

- I – a valorização da vida e o reconhecimento da morte como um processo natural;
- II – o respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada;
- III – o respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial à tomada de decisão substituta no caso de crianças, pessoas curateladas ou tuteladas, observando-se os princípios bioéticos e as normas legais pertinentes;
- [...]
- XII – a observância à Diretiva Antecipada de Vontade (DAV) da pessoa cuidada.

O parágrafo primeiro¹⁵ do mesmo artigo detalha as dimensões do cuidado paliativo, compreendendo: a dimensão física, que abrange o manejo adequado de sintomas como dor, dispneia e desconforto, por meio de terapias farmacológicas e não farmacológicas; a dimensão psicoemocional, voltada ao suporte psicológico e emocional da pessoa cuidada, familiares e cuidadores, por meio da escuta ativa e da comunicação empática; a dimensão espiritual, que reconhece a importância da escuta sensível e do atendimento às necessidades existenciais conforme as crenças e desejos da pessoa; e a

¹³ Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

¹⁴ Art. 2º São princípios da PNCP: I - valorização da vida e consideração da morte como um processo natural; II - respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada; III - respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial na tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, resguardados os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema; [...] XII - observância à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.

¹⁵ Artigo 2º, § 1º No âmbito dos cuidados paliativos, as dimensões de que trata o inciso VII do caput podem ser compreendidas da seguinte forma: I - física: compreende ações de tratamento e gerenciamento de sintomas como dor, dispneia, desconforto e náuseas, por meio do uso de medicamentos em tempo oportuno e dosagem adequada, técnicas não farmacológicas e abordagens terapêuticas para fornecer conforto à pessoa; II - psicoemocional: suporte psicológico e emocional à pessoa cuidada, bem como aos seus familiares e/ou cuidadores, de forma contínua e humanizada, por meio de comunicação empática, escuta ativa e outras ações para promover o alívio do sofrimento; III - espiritual: identificação do desejo da pessoa de comunicar suas necessidades espirituais, por meio de escuta competente e sensível, facilitando a discussão sobre questões espirituais e existenciais e, conforme o caso e a disponibilidade, viabilizando a assistência espiritual de acordo com a crença e a vontade da pessoa; e IV - social: compreende ações para preservar a inserção e o convívio social da pessoa, viabilizando o acesso a todos os recursos necessários para que possa seguir com o seu tratamento e ter uma boa qualidade de vida com respeito à sua autonomia.

dimensão social, que busca garantir a inserção e o convívio social, preservando a qualidade de vida e o acesso aos recursos necessários ao tratamento, sempre com respeito à autonomia.

Conforme o parágrafo segundo¹⁶, a DAV mencionada no inciso XII compreende o testamento vital ou outro documento que registre, de forma expressa, as preferências da pessoa quanto a tratamentos e medidas de cuidado em situações de condição de saúde irreversível ou terminal.

Ao incorporar as DAVs como parâmetro obrigatório das práticas assistenciais, a PNCP reafirma um princípio essencial da bioética: a boa prática em saúde não se resume a fazer tudo o que a técnica permite, mas sim o que o paciente considera digno, proporcional e suportável à luz de seus valores e limites pessoais. Essa diretriz traduz, de maneira normativa, o compromisso do Estado com a autonomia, dignidade e humanização no cuidado em fim de vida.

Esse mesmo raciocínio é aplicado ao Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC) — processo contínuo de diálogo entre paciente, família e equipe multiprofissional, que permite discutir valores, crenças e expectativas sobre o cuidado. O PAC não é um mero registro administrativo, mas um espaço ético de deliberação compartilhada, onde a escuta e o respeito são as principais ferramentas terapêuticas. As DAVs, nesse contexto, transformam a conversa em compromisso, e o compromisso em responsabilidade (Albuquerque, 2020).

Para cumprir sua função ética e jurídica, é essencial que as DAVs sejam conhecidas, acessíveis e atualizadas. Não basta elaborá-las e guardá-las: é necessário publicitá-las e dialogá-las. Recomenda-se que a pessoa idosa:

- Compartilhe suas diretivas com familiares e pessoas de confiança;
- Entregue cópia ao(s) médico(s) e solicite registro no prontuário;
- Considere o registro em cartório, para garantir publicidade e segurança;
- Atualize o documento periodicamente, lembrando que as DAVs não têm prazo de validade e podem ser modificadas, complementadas ou revogadas a qualquer tempo, desde que a pessoa permaneça lúcida e capaz.

Além disso, há a possibilidade de nomear um procurador para cuidados de saúde. Trata-se da designação de alguém de confiança para atuar como representante da vontade do paciente quando este não puder se manifestar. O procurador não decide por alguém, mas em defesa do que já foi decidido por ela, servindo como guardião da coerência entre a biografia, as convicções e o cuidado proposto. Essa prática reduz conflitos familiares, fortalece o diálogo e protege a pessoa idosa contra intervenções que contrariem seus valores.

¹⁶ § 2º A DAV de que trata o inciso XII do caput compreende o testamento vital ou outro documento em que haja registro expresso das preferências da pessoa com relação a tratamentos ou outras medidas de cuidado quando em condições de saúde irreversíveis e potencialmente terminais (PNCP, 2024).

No plano internacional, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, aprovada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) em 2015, reforça essa concepção ao reconhecer o direito da pessoa idosa de tomar decisões livres e informadas sobre cuidados e tratamentos, inclusive na terminalidade, e de acessar cuidados paliativos integrais que garantam conforto, alívio da dor e respeito às convicções pessoais:

ARTIGO 1º Objetivo e âmbito de aplicação

O objetivo da Convenção é promover, proteger e assegurar o reconhecimento e o pleno gozo e exercício, em condições de igualdade, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais do idoso, a fim de contribuir para sua plena inclusão, integração e participação na sociedade. O disposto na presente Convenção não deve ser interpretado como uma limitação a direitos ou benefícios mais amplos ou adicionais reconhecidos pelo direito internacional ou pelas legislações internas dos Estados Partes em favor do idoso. Se o exercício dos direitos e liberdades mencionados nesta Convenção não estiver garantido por disposições legislativas ou de outro caráter, os Estados Partes se comprometem a adotar, segundo seus procedimentos constitucionais e as disposições desta Convenção, as medidas legislativas ou de outro caráter necessárias para tornar efetivos tais direitos e liberdades. Os Estados Partes somente poderão estabelecer restrições e limitações ao gozo e exercício dos direitos estabelecidos na presente Convenção mediante leis promulgadas com o objetivo de preservar o bem-estar geral dentro de uma sociedade democrática, na medida em que não contradigam o propósito e razão dos mesmos. As disposições da presente Convenção aplicar-se-ão a todas as partes dos Estados federais, sem limitações ou exceções.

ARTIGO 6º Direito à vida e à dignidade na velhice

Os Estados Partes adotarão todas as medidas necessárias para garantir ao idoso o gozo efetivo do direito à vida e o direito a viver com dignidade na velhice até o fim de seus dias, em igualdade de condições com outros setores da população.

Os Estados Partes tomarão medidas para que as instituições públicas e privadas ofereçam ao idoso um acesso não discriminatório a cuidados integrais, incluindo os cuidados paliativos, evitem o isolamento e abordem apropriadamente os problemas relacionados com o medo da morte dos enfermos terminais e a dor e evitem o sofrimento desnecessário e as intervenções fúteis e inúteis, em conformidade com o direito do idoso a expressar o consentimento informado.

ARTIGO 7º Direito à independência e à autonomia

Os Estados Partes na presente Convenção reconhecem o direito do idoso a tomar decisões, a definir seu plano de vida, a desenvolver uma vida autônoma e independente, conforme suas tradições e crenças, em igualdade de condições, e a dispor de mecanismos para poder exercer seus direitos.

Os Estados Partes adotarão programas, políticas ou ações para facilitar e promover o pleno gozo desses direitos pelo idoso, propiciando sua autorrealização, o fortalecimento de todas as famílias, de seus laços familiares e sociais e de suas relações afetivas. Em especial, assegurarão:

- a. O respeito à autonomia do idoso na tomada de suas decisões, bem como a independência na realização de seus atos;
- b. Que o idoso tenha a oportunidade de escolher seu lugar de residência e onde e com quem viver, em igualdade de condições com as demais pessoas, e não se veja obrigado a viver de acordo com um sistema de vida específico;
- c. Que o idoso tenha acesso progressivamente a uma variedade de serviços de assistência domiciliar, residencial e outros serviços de apoio da comunidade, inclusive a assistência pessoal que seja necessária para facilitar sua existência e sua inclusão na comunidade e para evitar seu isolamento ou separação desta.

ARTIGO 10º Direito a não ser submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes

O idoso tem direito a não ser submetido a tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes.

Os Estados Partes tomarão todas as medidas de caráter legislativo, administrativo ou de outra índole para prevenir, investigar, punir e erradicar todo tipo de tortura e outros tratamentos ou penas cruéis, desumanas ou degradantes contra o idoso.

ARTIGO 11º Direito a manifestar consentimento livre e informado no âmbito da saúde

O idoso tem o direito irrenunciável a manifestar seu consentimento livre e informado no âmbito da saúde. A negação deste direito constitui uma forma de vulneração dos direitos humanos do idoso.

Com a finalidade de garantir o direito do idoso a manifestar seu consentimento informado de maneira prévia, voluntária, livre e expressa, bem como a exercer seu direito de modificá-lo ou revogá-lo, em relação a qualquer decisão, tratamento, intervenção ou pesquisa no âmbito da saúde, os Estados Partes se comprometem a elaborar e aplicar mecanismos adequados e eficazes para impedir abusos e fortalecer a capacidade do idoso de compreender plenamente as opções de tratamento existentes, seus riscos e benefícios.

Esses mecanismos deverão assegurar que a informação proporcionada seja adequada, clara e oportuna, disponível de forma não discriminatória e acessível e apresentada de maneira compreensível de acordo com a identidade cultural, nível educativo e necessidades de comunicação do idoso.

As instituições públicas ou privadas e os profissionais da saúde não poderão administrar nenhum tratamento, intervenção ou pesquisa de caráter médico ou cirúrgico sem o consentimento informado do idoso. Nos casos de emergência médica que ponham em risco a vida e quando não for possível obter o consentimento informado, poderão ser aplicadas as exceções estabelecidas em conformidade com a legislação nacional.

O idoso tem direito a aceitar, recusar ou interromper voluntariamente tratamentos médicos ou cirúrgicos, inclusive os da medicina tradicional, alternativa e complementar, pesquisa, experimentos médicos ou científicos, sejam de caráter físico ou psíquico, e a receber informação clara e oportuna sobre as possíveis consequências e os riscos dessa decisão.

Os Estados Partes estabelecerão também um processo por meio do qual o idoso possa manifestar de maneira expressa sua vontade antecipada e instruções a respeito das intervenções em matéria de atenção à saúde, inclusive os cuidados paliativos. Nesses casos, esta vontade antecipada poderá ser expressada, modificada ou ampliada em qualquer momento somente pelo idoso, mediante instrumentos juridicamente vinculantes, em conformidade com a legislação nacional.

ARTIGO 12º Direitos do idoso que recebe serviços de cuidado de longo prazo

O idoso tem direito a um sistema integral de cuidados que proporcione proteção e promoção da saúde, cobertura de serviços sociais, segurança alimentar e nutricional, água, vestuário e habitação, permitindo que o idoso possa decidir permanecer em seu domicílio e manter sua independência e autonomia.

Os Estados Partes deverão formular medidas de apoio às famílias e cuidadores mediante a introdução de serviços para aqueles que realizam atividades de cuidados para com o idoso, levando em conta as necessidades de todas as famílias e outras formas de cuidados, bem como a plena participação do idoso, respeitando sua opinião.

Os Estados Partes deverão adotar medidas para desenvolver um sistema integral de cuidados que leve especialmente em conta a perspectiva de gênero e o respeito à dignidade e integridade física e mental do idoso. Para garantir ao idoso o gozo efetivo de seus direitos humanos nos serviços de cuidado de longo prazo, os Estados Partes se comprometem a:

- a. Estabelecer mecanismos para assegurar que o início e término dos serviços de cuidado de longo prazo estejam sujeitos à manifestação da vontade livre e expressa do idoso.
- b. Incentivar que esses serviços contem com pessoal especializado que possa oferecer uma atenção adequada e integral e prevenir ações ou práticas que possam produzir dano ou agravar a condição existente.
- c. Estabelecer um marco regulatório adequado para o funcionamento dos serviços de cuidado de longo prazo que permita avaliar e acompanhar a situação do idoso, incluindo a adoção de medidas para:
 - i. Garantir o acesso do idoso à informação, em particular a seus registros pessoais, sejam físicos ou digitais, e promover o acesso aos meios de comunicação e informação, inclusive as redes sociais, bem como informar ao idoso sobre seus direitos e sobre o marco jurídico e protocolos que regem os serviços de cuidado de longo prazo.
 - ii. Prevenir ingerências arbitrárias ou ilegais em sua vida privada, família, domicílio ou unidade doméstica, ou qualquer outro âmbito no qual ocorram, bem como em sua correspondência ou qualquer outro tipo de comunicação.
 - iii. Promover a interação familiar e social do idoso, levando em conta todas as famílias e suas relações afetivas.
 - iv. Proteger a segurança pessoal e o exercício da liberdade e mobilidade do idoso.
 - v. Proteger a integridade do idoso e sua privacidade e intimidade nas atividades que realiza, particularmente nos atos de

higiene pessoal. d. Estabelecer a legislação necessária, em conformidade com os mecanismos nacionais, para que os responsáveis e o pessoal de serviços de cuidado de longo prazo respondam administrativa, civil e/ou penalmente pelos atos que pratiquem em detrimento do idoso, conforme o caso. e. Adotar medidas adequadas, quando cabível, para que o idoso que esteja recebendo serviços de cuidado de longo prazo conte com serviços de cuidados paliativos que abranjam o paciente, seu entorno e sua família.

ARTIGO 13º Direito à liberdade pessoal

O idoso tem direito à liberdade e segurança pessoal, independentemente do âmbito em que se desenvolva. Os Estados Partes assegurarão que o idoso desfrute do direito à liberdade e segurança pessoal e que em nenhum caso a idade justifique a privação ou restrição arbitrária de sua liberdade.

Os Estados Partes garantirão que qualquer medida de privação ou restrição de liberdade será tomada em conformidade com a lei e assegurarão que o idoso privado de liberdade em razão de um processo tenha, em igualdade de condições com outros setores da população, direito a garantias de acordo com o direito internacional dos direitos humanos e a ser tratado em conformidade com os objetivos e princípios da presente Convenção. Os Estados Partes garantirão o acesso do idoso privado de liberdade a programas especiais e atenção integral, inclusive os mecanismos de reabilitação para sua reinserção na sociedade e, conforme o caso, promoverão medidas alternativas com relação à privação de liberdade, de acordo com seus ordenamentos jurídicos internos (OEA, 2015).

Embora o Brasil ainda não tenha ratificado a Convenção, o ato de sua assinatura representa um compromisso ético e político com os valores da dignidade e da autodeterminação, servindo como parâmetro interpretativo para o fortalecimento das políticas internas e das práticas de saúde centradas na pessoa.

As DAVs, assim, enfrentam um problema estrutural: a tendência de infantilizar a pessoa idosa e torná-la incapaz antes da própria incapacidade, substituindo sua vontade por decisões paternalistas. Ao permitir que a pessoa declare de forma clara “o que aceito, o que não aceito e quem fala por mim”, as DAVs não apenas garantem segurança jurídica e ética, mas também restituem à velhice o direito de ser autora de si mesma.

As Diretivas Antecipadas de Vontade devolvem à pessoa idosa o protagonismo sobre sua existência e reafirmam que a autonomia não é privilégio da juventude, mas um direito humano permanente. Respeitá-las é reconhecer que a vida continua sendo da própria pessoa — inclusive, e sobretudo, quando ela se aproxima do fim.

3.6 O DIREITO COMO INSTRUMENTO DE GARANTIA DA AUTONOMIA

Se as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) revelam a autonomia como valor ético e clínico, o passo seguinte é perguntar: essa autonomia está juridicamente protegida? É aqui que o Direito se torna decisivo. O Direito, enquanto ferramenta civilizatória, não se limita a descrever ideais — ele cria obrigações públicas e mecanismos de proteção. No contexto do envelhecimento, isso significa garantir que a vontade da pessoa idosa não seja anulada por terceiros — ainda que em nome do “cuidado” — e que sua dignidade seja tratada como parâmetro normativo, não como favor moral.

A dignidade da pessoa humana, fundamento do Estado Democrático de Direito, é o eixo que sustenta todo o ordenamento jurídico brasileiro. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 1º,

inciso III, consagra a dignidade como base da República e, no artigo 5º, assegura a inviolabilidade da vida, da liberdade e da integridade pessoal. Esses dispositivos não são simples declarações de valor, mas cláusulas estruturantes do sistema jurídico, que impõem o dever de reconhecer cada pessoa como sujeito de sua própria história.

No caso da pessoa idosa, essa proteção assume um sentido ainda mais profundo, pois o envelhecimento, em uma sociedade que valoriza o desempenho e a produtividade, tende a ser acompanhado de processos de invisibilização e tutela indevida. Defender a dignidade da pessoa idosa é, portanto, defender sua capacidade de escolha — inclusive sobre o modo de cuidar e o momento de partir.

O Código Civil de 2002, ao dispor em seu artigo 15 que “ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou intervenção cirúrgica”, concretiza juridicamente o direito à recusa terapêutica — o direito de dizer “não” a tratamentos que, embora tecnicamente possíveis, não correspondam ao sentido que a pessoa atribui à própria existência. Trata-se da reafirmação da soberania da vontade individual, mesmo quando essa recusa contraria expectativas médicas, familiares ou institucionais.

Para a pessoa idosa, essa garantia adquire relevância especial: impede que a fragilidade física seja confundida com incapacidade moral e que decisões sejam impostas sob o pretexto de proteção. Em outras palavras: o corpo não pertence ao hospital, nem à equipe médica, nem à família, nem ao Estado — o corpo pertence à própria pessoa, à sua consciência, aos seus valores e ao seu direito de decidir o que entende por cuidado, sofrimento e dignidade.

O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) reforça essa compreensão ao reconhecer a pessoa idosa como sujeito pleno de direitos e ao determinar, em seu artigo 10, que Estado, sociedade e família têm o dever de assegurar liberdade, respeito e dignidade, protegendo sua integridade física, psíquica e moral. Desrespeitar a vontade da pessoa idosa — impondo-lhe tratamentos não consentidos, silenciando-a em decisões médicas ou substituindo sua vontade em nome de um suposto “bem” — constitui forma de violência institucional e simbólica. A tutela excessiva, ainda que motivada por zelo, converte-se em abuso quando se nega à pessoa idosa o direito de participar de seu próprio destino.

Nesse horizonte, o Biodireito surge como o campo responsável por traduzir em linguagem normativa os valores da Bioética, transformando princípios em garantias jurídicas concretas. Ele busca equilibrar a liberdade científica com a proteção da vida, da autonomia e da dignidade, especialmente em contextos de vulnerabilidade e finitude. No Brasil, essa proteção vem sendo consolidada por meio de marcos ético-normativos complementares, como a Resolução CFM nº 1.805/2006, que autoriza a limitação de procedimentos desproporcionais em pacientes terminais, e a Resolução CFM nº 1.995/2012, que regulamenta as Diretivas Antecipadas de Vontade, reconhecendo o direito do paciente de manifestar previamente suas preferências quanto a tratamentos e cuidados futuros.

A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída pela Portaria GM/MS nº 3.681/2024, representa outro avanço expressivo. Ela incorpora à política pública de saúde os princípios da autonomia, da comunicação empática e da aceitação da morte como parte natural da vida, determinando que as práticas clínicas respeitem as DAVs e a vontade previamente manifestada pelo paciente. No entanto, tais instrumentos ainda possuem natureza infralegal, o que compromete sua efetividade e uniformidade em todo o território nacional. A ausência de uma lei federal específica sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) cria um vácuo normativo que fragiliza a efetividade da autonomia e expõe a pessoa idosa a decisões impostas, tratamentos fúteis e prolongamento artificial da vida biológica. Sem um marco legal claro e abrangente, a vontade da pessoa idosa permanece vulnerável à arbitrariedade institucional e à interferência de terceiros. É, portanto, urgente que o Brasil institua uma lei nacional sobre DAVs, consolidando o direito de decidir sobre o próprio corpo e cuidado — não como concessão moral, mas como expressão jurídica da liberdade e da dignidade humana.

Essa lacuna revela um descompasso entre o amadurecimento ético da sociedade e a lentidão das respostas institucionais. A autonomia, quando não respaldada juridicamente, permanece como promessa frágil, desigualmente aplicada e vulnerável a interferências externas. Reconhecer o direito de decidir não basta; é preciso garanti-lo. É nesse ponto que a discussão deixa de ser apenas nacional e se projeta no plano internacional. A proteção jurídica da pessoa idosa — especialmente no fim da vida — já foi afirmada pela comunidade internacional como um dever de Estado. O Brasil reconhece esse horizonte, mas ainda não o tornou plenamente vinculante. É sobre isso que trata o próximo capítulo.

3.7 A URGÊNCIA DA RATIFICAÇÃO DA CONVENÇÃO INTERAMERICANA SOBRE OS DIREITOS HUMANOS DA PESSOA IDOSA

O Brasil reconhece, em sua trajetória ética e normativa, a importância de proteger a pessoa idosa como sujeito de direitos. No entanto, esse reconhecimento ainda carece de efetividade jurídica no plano internacional. O envelhecimento populacional, fenômeno global, contínuo e irreversível, desafia os limites tradicionais do Direito, da política e da ética, exigindo respostas conjuntas e coordenadas entre as nações.

Nesse cenário, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, aprovada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) em 2015, representa um marco histórico: é o primeiro tratado internacional a reconhecer o envelhecimento como questão de direitos humanos, e não apenas como tema social ou assistencial. A Convenção consagra princípios como autonomia, independência, igualdade, não discriminação por idade e direito ao cuidado digno, propondo uma verdadeira mudança de paradigma: a transição de um modelo assistencialista para um

modelo de cidadania ativa e participação plena. Ela reconhece a pessoa idosa como protagonista de sua própria vida, com poder de decisão sobre o corpo, o tempo e o modo de existir.

Contudo, embora o Brasil tenha assinado o tratado, ainda não o ratificou nem o promulgou, o que impede sua integração ao ordenamento jurídico interno. Essa ausência não é mera formalidade diplomática: é um vácuo normativo que fragiliza políticas públicas, compromete a coerência ética do país e enfraquece o compromisso moral já assumido com a proteção da dignidade no envelhecimento.

A demora na ratificação traz consequências concretas. Sem a força vinculante da Convenção, os direitos da pessoa idosa permanecem dispersos, fragmentados entre leis, portarias e resoluções que, embora relevantes, carecem de articulação sistêmica. Falta uma diretriz internacional que oriente o Brasil a uniformizar suas políticas de saúde, previdência e assistência, assegurando que a velhice seja vivida sem discriminação, dependência ou abandono.

Ratificar a Convenção significaria reafirmar, perante o mundo, o compromisso do Brasil com a ética dos direitos humanos — não apenas no discurso, mas na prática. Significaria reconhecer que a velhice não é um fardo social, mas uma etapa legítima da vida, merecedora de respeito e políticas integradas. E significaria, sobretudo, alinhar o país à tendência internacional de proteção jurídica da autonomia e da dignidade na velhice, fortalecendo instrumentos internos como as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs), os Cuidados Paliativos e o Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC).

Mais do que uma questão jurídica, trata-se de uma decisão política e moral. Ratificar a Convenção é um ato de coerência com a Constituição Federal de 1988, que consagra a dignidade da pessoa humana como fundamento da República, e com o Estatuto da Pessoa Idosa, que assegura respeito, liberdade e integridade. É também um gesto de fidelidade à própria história brasileira, marcada pela defesa internacional dos direitos humanos, mas hoje hesitante diante de um dos maiores desafios do século XXI: o envelhecimento populacional.

Enquanto países como Argentina, Chile, Uruguai e Bolívia já internalizaram a Convenção e reformaram suas políticas públicas à luz de seus princípios, o Brasil permanece em terreno de inércia. Essa omissão tem custo: enfraquece a voz brasileira em fóruns internacionais e retarda a construção de políticas nacionais integradas de proteção e cuidado. Ratificar o tratado não é um gesto simbólico, mas uma condição necessária para transformar as políticas voltadas às pessoas idosas em um sistema de garantias de direitos, com respaldo normativo e controle internacional.

A Convenção também redefine o sentido do cuidado. Ela propõe um modelo em que o cuidar não é mera prestação técnica, mas uma relação fundada no respeito à vontade e à individualidade da pessoa idosa. Envelhecer com dignidade implica ter voz ativa nas decisões sobre corpo, espiritualidade, saúde e finitude. É uma revolução silenciosa: reconhecer que o direito de escolher permanece mesmo quando o corpo enfraquece.

Ratificar a Convenção, portanto, não é apenas uma necessidade jurídica — é uma urgência ética e humanitária. Incorporar o tratado ao ordenamento interno significará dotar o país de um marco internacional que fortalece tudo o que já se construiu no plano nacional e amplia o horizonte de proteção às gerações que envelhecem.

Enquanto isso não ocorre, permanece aberta uma ferida entre o que se proclama e o que se pratica. A dignidade da pessoa idosa, ainda que proclamada como valor constitucional, continua vulnerável à arbitrariedade institucional e ao silêncio das decisões que não escutam. Ratificar a Convenção é dar nome jurídico à escuta, é transformar sensibilidade em dever, compaixão em política de Estado.

A velhice é o espelho do futuro coletivo. O modo como uma sociedade trata suas pessoas idosas revela o grau de maturidade de sua democracia e de sua humanidade. Ratificar a Convenção Interamericana é, mais do que um ato político, um gesto de civilização.

Mas o compromisso ético com a dignidade no envelhecimento não se encerra nas fronteiras regionais. Ele se expande e ganha força no cenário global, integrando uma agenda de responsabilidades compartilhadas entre as nações. É nesse horizonte que se insere a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), marco universal que reafirma a proteção da vida, da equidade e da justiça social como fundamentos do desenvolvimento sustentável. A partir dela, o envelhecimento deixa de ser apenas uma questão demográfica ou jurídica e passa a ser reconhecido como meta global de justiça e dignidade, conforme se discutirá no próximo capítulo.

3.8 COMPROMISSO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS): O ENVELHECER COMO META GLOBAL DE JUSTIÇA E DIGNIDADE

A discussão sobre envelhecimento, autonomia e dignidade não pode ser dissociada dos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil no âmbito da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU). Adotada em 2015, a Agenda estabelece um pacto global em torno de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), voltados à erradicação da pobreza, à redução das desigualdades, à proteção do planeta e à promoção da prosperidade e da dignidade para todas as pessoas, em todas as fases da vida.

A Agenda 2030 desloca o eixo da discussão de “crescimento econômico” para “desenvolvimento humano sustentável”. Isso significa afirmar que a qualidade de uma sociedade não se mede apenas por sua riqueza material, mas pela forma como trata os corpos que envelhecem, adoecem e morrem. O envelhecimento populacional é, portanto, um dos maiores desafios éticos e políticos do século XXI: a questão não é apenas viver mais, mas viver — e morrer — com dignidade, autonomia e amparo.

Essa perspectiva dialoga diretamente com o conteúdo deste artigo. A autonomia da pessoa idosa, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs), o direito a cuidados paliativos e a recusa de intervenções desproporcionais convergem com pelo menos três ODS centrais: o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), o ODS 10 (Redução das Desigualdades) e o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes).

O ODS 3 — Saúde e Bem-Estar propõe “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Essa meta implica garantir acesso universal à saúde, escuta ativa, cuidados paliativos e deliberação compartilhada. Respeitar a vontade da pessoa idosa, assegurar o cumprimento de suas DAVs e oferecer alívio adequado da dor e do sofrimento são expressões práticas desse objetivo. Saúde, aqui, não é sinônimo de cura, mas de cuidado integral, conforto, serenidade e respeito.

O ODS 10 — Redução das Desigualdades reconhece que a injustiça social não é apenas econômica; é também moral. No Brasil, a desigualdade no envelhecimento manifesta-se na diferença de acesso à informação, à saúde e à possibilidade de escolha. Muitas pessoas idosas — sobretudo em contextos de pobreza, institucionalização ou baixa escolaridade — não têm oportunidade de registrar sua vontade ou participar das decisões que as afetam. Tornar as DAVs uma política pública acessível e gratuita no SUS é, portanto, um ato de justiça distributiva, que democratiza o direito à autonomia e impede que apenas quem tem recursos econômicos tenha voz no fim da vida.

O ODS 16 — Paz, Justiça e Instituições Eficazes busca “promover sociedades pacíficas e inclusivas, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas”. Esse objetivo conecta-se diretamente à necessidade de consolidar juridicamente o direito da pessoa idosa à autodeterminação terapêutica, inclusive no fim da vida. Instituições eficazes são aquelas que ouvem, registram e protegem a vontade do paciente, garantindo que suas decisões não sejam anuladas por medo, culpa familiar ou excesso de zelo médico. Para isso, são indispensáveis formação ética e jurídica dos profissionais de saúde, protocolos claros e uma lei federal específica sobre DAVs.

Os ODS 3, 10 e 16 estão entrelaçados por um mesmo princípio: a dignidade humana como medida do desenvolvimento sustentável. Não há sustentabilidade sem equidade, e não há equidade sem liberdade. Proteger a autonomia da pessoa idosa não é apenas uma questão clínica ou privada, mas um compromisso público com a justiça social e com o futuro coletivo.

Esse compromisso foi reafirmado pela Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030), lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecida pela ONU. A Década estabelece quatro eixos globais de ação: combater o idadismo, tornar ambientes físicos e sociais amigáveis ao envelhecimento, garantir cuidados integrados e centrados na pessoa, e ampliar o acesso a cuidados de longo prazo e paliativos. Em outras palavras: o mundo já declarou que envelhecer com dignidade não é luxo — é prioridade civilizatória.

Integrar essas agendas — Constituição Federal de 1988, Estatuto da Pessoa Idosa, Política Nacional de Cuidados Paliativos, Convenção Interamericana, ODS e Década do Envelhecimento Saudável — significa reconhecer a pessoa idosa como sujeito de direitos, autora de escolhas e guardiã de sua própria história. Significa afirmar que a autonomia não se enfraquece com a idade; ela se intensifica, pois se torna a última defesa da dignidade diante da vulnerabilidade.

Garantir a implementação das DAVs, assegurar cuidados paliativos integrais e instituir uma lei federal que regule essas garantias não é apenas uma adequação normativa: é um passo ético e internacionalmente alinhado. É afirmar que a velhice não deve ser vivida em silêncio e que a última etapa da vida integra a própria noção de desenvolvimento humano sustentável.

Promover um envelhecimento digno é cumprir, em sentido profundo, a promessa da Agenda 2030: não deixar ninguém para trás. É reconhecer que a justiça social começa no corpo da pessoa idosa e se realiza no modo como esse corpo é cuidado, escutado e respeitado até o último instante. É, enfim, afirmar que só haverá futuro humano se esse futuro puder ser também um futuro envelhecido — e livre.

4 RECOMENDAÇÕES PARA A GARANTIA DA AUTONOMIA E DIGNIDADE ETÁRIA

Com base nas reflexões apresentadas, recomenda-se:

- Elaboração de uma Lei Federal sobre Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs): É imprescindível que o Congresso Nacional aprove legislação específica que reconheça, de forma clara e universal, o direito de toda pessoa — especialmente a pessoa idosa — de registrar e ter respeitada sua vontade no fim da vida, garantindo segurança jurídica a profissionais e familiares e efetividade à autonomia do paciente.
- Inclusão das DAVs nas políticas públicas de saúde: As DAVs devem ser incorporadas às práticas do Sistema Único de Saúde (SUS), com protocolos de registro, acesso e respeito à vontade previamente manifestada, integrando-as à Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) e às ações de atenção básica, hospitalar e domiciliar.
- Educação e formação ética interdisciplinar: É fundamental promover a formação de profissionais de saúde, direito e serviço social em Bioética, Cuidados Paliativos e Direitos Humanos, com ênfase na escuta ativa, na deliberação compartilhada e na valorização da autonomia da pessoa idosa.
- Campanhas públicas de conscientização: O Estado, em parceria com conselhos profissionais e organizações da sociedade civil, deve promover campanhas educativas sobre envelhecimento, finitude e Diretivas Antecipadas de Vontade, desmistificando o tema da morte e incentivando o planejamento antecipado de cuidados.

- Fortalecimento do controle social e institucional: Recomenda-se a criação de mecanismos de monitoramento e fiscalização que assegurem o cumprimento das DAVs, o respeito às decisões expressas e a responsabilização ética e legal de instituições que as descumprirem.
- Integração com a Agenda 2030 e a Convenção Interamericana: As políticas nacionais devem alinhar-se aos compromissos internacionais assumidos pelo Brasil, reafirmando que envelhecer com dignidade é um direito humano inalienável e uma meta global de justiça, equidade e paz social.

Dessa forma, garantir à pessoa idosa o direito de decidir é reconhecer que autonomia e dignidade são faces inseparáveis da condição humana. A sociedade que respeita a vontade dos mais velhos constrói um futuro mais ético, mais justo e mais humano. Assim, legislar, educar e cuidar sob o signo da autonomia é não apenas cumprir um dever jurídico, mas honrar um compromisso civilizatório: o de fazer do envelhecer uma experiência de liberdade, respeito e amor até o fim.

5 CONCLUSÃO

O percurso desenvolvido neste estudo permitiu compreender que o envelhecimento, mais do que uma etapa biológica, é um fenômeno ético, social e civilizatório. Envelhecer é participar de um processo histórico que revela o grau de humanidade de uma sociedade e a coerência entre seus valores e suas práticas. A forma como um país cuida, escuta e respeita suas pessoas idosas reflete sua maturidade democrática e seu compromisso com a dignidade humana.

A análise demonstrou que, embora a longevidade seja uma das grandes conquistas do século XXI, ela ainda convive com contradições profundas. A obstinação terapêutica — entendida como o prolongamento artificial da vida sem respeito ao sentido existencial do viver — representa um dos maiores desafios éticos da medicina moderna. A técnica, quando desvinculada da escuta e da prudência, converte o cuidado em prolongamento do sofrimento, especialmente da pessoa idosa, cuja voz é frequentemente silenciada por decisões médicas ou familiares. Nesse contexto, a Bioética emerge como um campo de resistência moral, recordando que o dever de cuidar deve estar alicerçado no respeito à autonomia, à compaixão e ao sentido humano do viver e do morrer.

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) aparecem, assim, como um instrumento fundamental de concretização da autonomia e da liberdade. Elas restituem à pessoa idosa o poder de decisão sobre sua própria vida e sua própria morte, permitindo-lhe expressar valores, crenças e limites que deseja ver respeitados quando a voz já não puder ser ouvida. Ao regulamentar as DAVs por meio da Resolução CFM nº 1.995/2012, o Conselho Federal de Medicina reconheceu, ainda que no âmbito deontológico, o direito do paciente de definir suas preferências no fim da vida. Entretanto, a ausência de uma lei federal específica sobre as DAVs mantém o sistema jurídico em terreno incerto, fragilizando tanto a segurança das equipes de saúde quanto a efetividade da autonomia da pessoa idosa.

O Direito, ao lado da Bioética, deve servir como instrumento de emancipação — não de tutela. Cabe-lhe assegurar que a liberdade da pessoa idosa não seja substituída por decisões paternalistas e que sua vontade prevaleça sobre a lógica tecnocrática da intervenção. O Código Civil (art. 15), a Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) e a recente Política Nacional de Cuidados Paliativos (Portaria GM/MS nº 3.681/2024) oferecem bases normativas sólidas para a proteção da autonomia e da dignidade no envelhecimento. Contudo, é urgente transformar essas garantias em um marco legal específico sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, que assegure a todas as pessoas — especialmente às idosas — o direito de decidir sobre o próprio corpo, os próprios cuidados e o próprio tempo de partir.

A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas, aprovada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) em 2015, reforça essa necessidade ao reconhecer o direito à autodeterminação, à recusa de tratamentos desproporcionais e ao acesso a cuidados paliativos integrais. Embora o Brasil tenha assinado o tratado, ele ainda não foi ratificado nem promulgado, razão pela qual não possui força normativa interna. Mesmo assim, a Convenção constitui um importante referencial ético e político, que orienta a construção de políticas públicas e de marcos legais voltados à efetivação da dignidade da pessoa idosa e ao reconhecimento da autonomia como direito humano fundamental.

A Agenda 2030 da ONU e a Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030), por sua vez, ampliam esse compromisso em escala global. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) — em especial o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), o ODS 10 (Redução das Desigualdades) e o ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes) — apontam que o envelhecimento digno é condição essencial para o desenvolvimento humano sustentável. Não há sustentabilidade sem equidade, nem justiça social sem respeito à autonomia. A dignidade da pessoa idosa é, portanto, um indicador de civilização e um espelho do futuro.

Conclui-se que a autonomia da pessoa idosa é o eixo ético, jurídico e existencial do envelhecer com dignidade. Ela não se restringe à liberdade formal de escolher, mas abrange o direito de ser reconhecida, escutada e respeitada em sua integralidade. A efetivação desse direito exige uma profunda mudança cultural: é preciso substituir a tutela pela corresponsabilidade, o silêncio pela escuta e a imposição pelo diálogo. Garantir à pessoa idosa o direito de decidir sobre o próprio viver e morrer é reconhecer que a liberdade não se extingue com a idade e que a dignidade acompanha o ser humano até o último instante da vida.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Aline. Autonomia e vulnerabilidade: fundamentos da bioética contemporânea. Brasília: Editora UnB, 2020.
- ALBUQUERQUE, Aline. Bioética e Direitos Humanos: fundamentos e interfaces. Brasília: Conselho Federal da OAB, 2020.
- ALBUQUERQUE, Aline. Manual de Direito do Paciente. Belo Horizonte: CEI, 2020.
- BEAUVOIR, Simone de. A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BEAUVOIR, Simone de. O Segundo sexo. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2009.
- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. Princípios de Ética Biomédica. 7. ed. São Paulo: Loyola, 2013.
- BOFF, Leonardo. Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela Terra. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 out. 2025.
- BRASIL. Código Civil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Brasília: Presidência da República, 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm. Acesso em: 20 out. 2025.
- BRASIL. Estatuto da Pessoa Idosa. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 20 out. 2025.
- BRASIL. Política Nacional da Pessoa Idosa. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Brasília: Presidência da República, 1994.
- BRASIL. Política Nacional de Cuidados Paliativos. Portaria GM/MS nº 1.674, de 12 de abril de 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.
- CICELY SAUNDERS. Selected Writings: Bringing Care to the End of Life. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.805/2006. Dispõe sobre a ortotanásia. Brasília: CFM, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 1.995/2012. Dispõe sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes. Brasília: CFM, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução nº 2.217/2018. Aprova o novo Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018.
- GARAFRA, Volnei. Bioética de Intervenção: proposta para o contexto da América Latina. Brasília: Universidade de Brasília, 2005.

GAWANDE, Atul. *Mortais: o que importa no fim da vida*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2022: resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

KALACHE, Alexandre. *A revolução da longevidade: o que a sociedade precisa saber sobre o envelhecimento*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

KOVÁCS, Maria Júlia. *Educação para a morte: desafios na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

LIMBERGER, Têmis; GRISON, Leonardo. Políticas públicas e direito à saúde: a necessidade de critérios hermenêuticos para a intervenção judicial. *Novos estudos jurídicos*, v. 15, n. 2, p. 306-322, 2010.

MARELLI, Leticia Franco. Relatório de Belmont (1978). *Conteúdo Jurídico*, Brasília-DF, 18 mar. 2013. Disponível em: <https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/34256/relatorio-de-belmont-1978>. Acesso em: 10 nov. 2025.

OEA – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. *Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas*. Washington, D.C.: OEA, 2015. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/>.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde*. Genebra: OMS, 2020.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.

PESSINI, Léo. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* 3. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

SOUZA, Polianna Mara Rodrigues De. Bioética, Cuidados Paliativos e a decisão compartilhada no fim da vida. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 19, n. 2, p. 145-162, 2023.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/>. Acesso em: 20 out. 2025.