

CAPÍTULO 08

Aspectos Bioéticos no Cuidado ao Idoso: Um estudo de caso

Bioethical Aspects in Elderly Care: A Case Study

Arianne Assis Moura Rodero¹; Carinne Assis Moura²; Elisângela Aparecida de Medeiros³; Fernanda Cubas de Paula Costa⁴; Janaina Aparecida Vieira Gonçalves⁵; Sarah Belizário Souza e Silva⁶; Thamara Thawane Aparecida Lima Guedes⁷

¹Universidade do Estado de Minas Gerais
thata.glt@gmail.com

²Universidade do Estado de Minas Gerais
sarah.belsouza@gmail.com

³Universidade do Estado de Minas Gerais
elisangelamedeirosadv@gmail.com

⁴Universidade do Estado de Minas Gerais
fernanda_cubas@hotmail.com

⁵Centro Universitário de Volta Redonda,
arianneassis@yahoo.com.br

⁶Faculdade Mais de Ituiutaba
carinneassis@hotmail.com

⁷Faculdade Mais de Ituiutaba em janeiro
janaina.a.vieira@hotmail.com

 <https://doi.org/10.70430/capitulodelivro20>



 OPEN ACCESS

Resumo:

O estudo atual consiste em uma análise de caso fundamentada na Bioética do Idoso, sob a ótica dos princípios de autonomia, beneficência e não maleficência. O objetivo central é discutir os dilemas éticos inerentes à assistência do idoso em processo de fragilidade, priorizando a preservação de sua dignidade e autonomia no processo de tomada de decisão clínica e hospitalar. Para o embasamento teórico-científico, realizou-se uma revisão bibliográfica na base de dados Google Acadêmico. Os critérios de inclusão compreenderam descritores associados ao envelhecimento e aos princípios bioéticos, enquanto os critérios de exclusão foram aplicados a estudos que não estavam alinhados à temática proposta. A análise busca fomentar reflexões sobre as melhores intervenções para garantir o cuidado humanizado e ético a essa população.

Palavras-chave: Autonomia; Envelhecimento; Hospitalização.

Abstract:

This study consists of a case analysis grounded in the Bioethics of the Elderly, from the perspective of the principles of autonomy, beneficence, and non-maleficence. The central objective is to discuss the ethical dilemmas inherent in the care of elderly individuals in the process of frailty, prioritizing the preservation of their dignity and autonomy in the clinical and hospital decision-making process. For the theoretical-scientific basis, a bibliographic review was conducted in the Google Scholar database. The inclusion criteria comprised descriptors associated with aging and bioethical principles, while the exclusion criteria were applied to studies that were not aligned with the proposed theme. The analysis seeks to foster reflections on the best interventions to ensure humanized and ethical care for this population.

Keywords: Autonomy; Aging; Hospitalization.

Introdução

No que tange o processo do envelhecimento, para além de um mero evento cronológico ou biológico, essa fase da vida do ser humano deve ser compreendida com um fenômeno biopsicossocial amplo. Conforme apontam Schneider e Irigaray (2008), a idade avançada é resultado de uma interação entre o declínio das reservas fisiológicas, as adaptações psicológicas e as expectativas sociais à elas impostas. Dessa forma, uma visão multidimensional sobre o envelhecer é fundamental para a Bioética, pois permite analisar o envelhecimento sob uma perspectiva em que transcende o aspecto biológico, reconhecendo o sujeito idoso como um indivíduo que possui direitos e autonomia, e não meramente como um ser humano em declínio funcional. Compreende-se, então, que os fenômenos éticos relacionados ao envelhecimento não se apresentam como realidades objetivas e universais, mas como construções produzidas nas interações sociais, nos discursos institucionais e nas práticas de cuidado, neste sentido a Constituição Federal de 1988 estabelece a base jurídica para a proteção da pessoa idosa por meio de dispositivos específicos. Além do princípio fundamental da dignidade humana, previsto no artigo 1º, inciso III, a Carta Magna dedica artigos exclusivos ao tema. Os artigos 229 e 230 são pilares dessa proteção dentro do ordenamento constitucional brasileiro.

O artigo 229 do texto constitucional determina que os filhos maiores têm o dever de amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Além disso, o artigo 230 da Constituição Federal estabelece que a família, a sociedade e o Estado devem assegurar o amparo aos idosos (BRASIL, 1988). Tais normas garantem constitucionalmente a dignidade, o bem-estar e o direito à vida. Essas diretrizes constitucionais são regulamentadas pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) e pela Convenção Interamericana da OEA (2015). O Brasil, como signatário da convenção, assume o compromisso de implementar políticas públicas eficazes e integradas. O objetivo central é a eliminação de barreiras sociais e a promoção da autonomia plena da pessoa idosa. A integração entre a Constituição, as leis federais e as convenções internacionais fortalece o sistema de garantias fundamentais

no Brasil. Esse arcabouço jurídico obriga o Estado a implementar programas voltados ao envelhecimento saudável e digno. Tais normas consolidam a proteção da dignidade e o pleno exercício dos direitos da pessoa idosa em todo o território nacional.

Para além dessa estrutura legal, o processo de envelhecimento possui dimensões que exigem distinção para uma leitura mais abrangente sobre o tema. Pode-se definir três processos de envelhecimento, sendo eles: o biológico, o psicológico e o social. Respectivamente, o envelhecimento biológico é definido por Schneider e Irigaray (2008) como um processo de mudanças fisiológicas progressivas, que se caracteriza pela perda da reserva funcional e pela degeneração tecidual (Silveira e Bento, 1982). Neste estágio, o foco está na vulnerabilidade orgânica e no declínio dos sistemas biológicos, que continuam ocorrendo continuamente ao longo do tempo (Lima e Delgado, 2010). Já o envelhecimento psicológico compreende os processos de adaptação do indivíduo às mudanças que o tempo impõe, envolvendo, por exemplo, funções cognitivas como memória, atenção e tomada de decisão.

Por fim, o envelhecimento social diz respeito à alteração de papéis sociais, status e direitos do indivíduo dentro da estrutura sociocultural e econômica. Nesse sentido, um dos marcos desse processo é a aposentadoria, que pode levar à marginalização do idoso e, por conseguinte, em sua maioria, à auto-heteromarginalização (Silveira e Bento, 1982). Neste fenômeno, o idoso aceita o papel de excluído ao qual ele foi submetido socialmente, retirando-se do convívio social e, abdicando da luta pelos seus direitos ao internalizar o preconceito da sociedade, se tornando cúmplice da sua própria marginalização.

Essas dimensões do envelhecimento não devem ser compreendidas apenas como processos naturais ou individuais, mas como produções sociais permeadas por valores, expectativas e discursos normativos. Categorias como declínio, fragilidade e dependência são frequentemente associadas à velhice, contribuindo para práticas de exclusão simbólica e para a naturalização de intervenções que silenciam a voz do idoso. Dessa forma, o envelhecimento passa a ser não apenas vivido corporalmente, mas significado socialmente, influenciando

diretamente as formas de cuidado, as decisões clínicas e o reconhecimento – ou negação – da autonomia da pessoa idosa.

Ainda, no contexto do envelhecimento, a bioética contribui para o enfrentamento de práticas discriminatórias baseadas na idade, reconhecidas como ageísmo, que impactam negativamente o acesso da pessoa idosa a cuidados adequados e à tomada de decisões compartilhadas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Além disso, o idadismo relacionado ao idoso é uma violação bioética grave, pois quando se tece um preconceito e uma exclusão a um indivíduo de direitos simplesmente pela idade, leva-o ao ciclo da auto-heteromarginalização proposto por Silveira e Bento já discutido acima. Assim, como reforça Vaz et al. (2024), garantir dignidade ao envelhecer exige um enfrentamento direto das práticas discriminatórias, assegurando que o idoso mantenha sua autonomia e exercício pleno em sua vida e em seus direitos com iguais condições aos demais grupos geracionais.

Paralelamente, é impreterível compreender que a vulnerabilidade no envelhecimento deve ser compreendida como um conceito multidimensional e relacional, no qual, segundo Salmazo-Silva e Lima-Silva (2012), a vulnerabilidade neste momento não é um estado estático de incapacidade, mas sim o resultado de uma interação constante entre os recursos biológicos, psicológicos e sociais. Sob essa ótica, um ser vulnerável não significa incapaz de exercer sua autonomia, mas de estar em condições onde as respostas dele dependem diretamente de um suporte. Como apontam Saquetto et al. (2013), com o avanço da idade a desvalorização da competência do idoso vem acompanhada, e em sua maioria, isso leva famílias e profissionais a decidirem por ele, ignorando seu direito fundamental de autonomia. Esse ponto fere com a ética e o respeito ao idoso quando o coloca como incapaz de exercer seus direitos, e anulando-o como sujeito de desejos e vontades. Dessa forma, Deon e Goldim (2016) afirmam que a capacidade de tomar decisões não deve ser ausente devido à idade, ela deve se manter sendo avaliada de forma individual, respeitando os valores, crenças, desejos e vontades desses indivíduos. Até onde o suporte de terceiros é uma forma de cuidado e não de

violação da dignidade e autonomia do idoso? Tavares et al. (2011) defendem que a proteção não deve servir como pretexto para a supressão da vontade do sujeito.

A bioética, portanto, propõe uma escuta ativa do desejo e das vontades do idoso, bem como sua história de vida. De acordo com Gomes et al. (2021), a autonomia pessoal é influenciada pelos fatores biopsicossociais, e apenas através da fala e da validação do indivíduo em processo de envelhecimento é possível garantir a autonomia ativa desse indivíduo, onde as decisões são respeitadas, e ele se torna protagonista da suas próprias decisões. Assim, a bioética, mais do que um conjunto de princípios normativos, pode ser compreendida como uma prática relacional e discursiva, na qual os dilemas emergem da forma como os sentidos sobre envelhecer, cuidar e decidir são construídos coletivamente.

De acordo com Lawrence (2007), o termo beneficência tem origem do latim *bonum facere*, que significa “fazer o bem”. Desse modo, o princípio da beneficência se assenta em reconhecer o valor do outro, levando em consideração maximizar o bem do outro, supondo em reduzir o mal. Assim, a bioética se estabelece partindo do ponto que o profissional de saúde está comprometido a avaliar os riscos e os benefícios potenciais. Além disso, o princípio da beneficência engloba um outro princípio, que é a não-maleficência do latim *primim non nocere*, isto é, a obrigação de não causar danos (Campos; Oliveira 2017). Portanto, esse princípio diferencia-se do princípio da beneficência ao priorizar o dever de evitar danos, assumindo caráter mais abrangente, já que se estende a toda a sociedade e não somente aos profissionais da área da saúde.

Dessa forma, observa-se que princípios bioéticos, beneficência, maleficência, discussões sobre autonomia, vulnerabilidade e dignidade no envelhecimento não se restringem ao campo teórico, mas emergem de maneira prática na clínica. Assim, o cuidado ao idoso inseridos no neste contexto impõe decisões complexas, a partir disso, insere-se um cenário clínico referente a um idoso de 79 anos, previamente independente e autônomo, que, após um evento agudo e sucessivas complicações clínicas, passou a vivenciar importante declínio funcional, desencadeando

conflitos familiares e dilemas éticos quanto à definição dos objetivos do cuidado. Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo descrever e discutir, sob perspectiva da bioética, os dilemas éticos presentes no cuidado desse idoso em processo de fragilização, destacando a relevância da escuta do paciente, da comunicação entre família e equipe de saúde e da construção compartilhada das decisões de cuidado.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso descritivo em que o objetivo descrever e discutir os dilemas éticos presentes no cuidado de um idoso em processo de fragilização. O caso analisado refere-se a um paciente idoso acompanhado em contexto clínico, com histórico de doenças crônicas e posterior declínio funcional significativo após evento agudo, conforme descrito na seção de resultados e discussão. Os dados foram organizados de modo a preservar o anonimato e a confidencialidade do paciente, respeitando os princípios éticos que regem pesquisas e relatos clínicos na área da saúde.

A análise do caso foi conduzida sob a perspectiva da bioética, considerando os princípios da autonomia, beneficência e não maleficência, bem como os conceitos de cuidado centrado na pessoa. Buscou-se identificar, descrever e discutir os principais conflitos éticos emergentes ao longo do percurso do paciente, especialmente no que se refere à definição dos objetivos do cuidado e à tomada de decisão compartilhada entre paciente, família e equipe de saúde.

Descrição do Caso

Joaquim é um idoso de 79 anos, previamente ativo, funcional e cognitivamente preservado. O paciente tem uma história de vida marcada pela valorização da autonomia, da liberdade e da participação social, que após um evento agudo, sendo uma queda da própria altura com fratura de colo de fêmur, apresentou uma mudança importante e progressiva em sua condição clínica e funcional. Antes de ocorrer a queda, o paciente mantinha plena independência das atividades diárias, conduzia o próprio veículo, realizava caminhadas regulares e participava ativamente de encontros com amigos.

Após a queda, esteve em hospitalização prolongada e suas complicações alteraram de forma drástica, levando a perda de autonomia, aumento da dependência e sofrimento psíquico. Apesar de ter múltiplas comorbidades crônicas, sempre verbalizou de forma recorrente em conversas familiares que não desejava permanecer sofrendo em ambiente hospitalar e temia perder sua autonomia, revelando de maneira clara seus valores pessoais. Nesse contexto, emergiu um importante conflito bioético no seio familiar, relacionado à definição dos objetivos de cuidado e ao grau de intervenção terapêutica a ser adotado. O filho mais velho defendia a manutenção de todas as medidas possíveis para prolongar a vida e recuperar a autonomia, sustentando uma postura claramente intervencionista. A filha do meio, médica, sugeria a institucionalização como alternativa para garantir suporte e reabilitação. Já a filha mais nova, principal cuidadora, demonstrava preocupação com o sofrimento do pai e questionava se a continuidade de intervenções sucessivas realmente correspondia aos valores e desejos que ele expressará ao longo de sua vida.

Nesse cenário, optou-se por um plano de cuidado centrado na pessoa, com prioridade para reabilitação funcional possível, controle rigoroso de sintomas, redução de hospitalizações evitáveis e acompanhamento de equipe em domicílio. O caso de Joaquim configurou-se, portanto, um dilema ético central entre, de um lado, a autonomia do paciente e o respeito aos seus valores existenciais e, de outro, a beneficência entendida pelos familiares como a obrigação de prolongar a vida por meio de todos os recursos disponíveis. A análise do caso à luz dos princípios da bioética revela uma tensão evidente entre autonomia, beneficência, não maleficência e dignidade humana.

Análise do Caso

Em contexto bioético, a autonomia do idoso deve ser considerada como um direito fundamental à autodeterminação. Conforme Souza e Lima (2024), a aplicação dos princípios bioéticos é notada como um fortalecimento às garantias para que o indivíduo permaneça como protagonista da sua própria vida. Um dos instrumentos mais eficazes para assegurar

essa dignidade são as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). Segundo Rigotti e Longo (2025), as DAV são instrumentos que permitem que o indivíduo registre seus desejos antecipadamente, garantindo que sua fala, valores e crenças sejam respeitados.

Essa ferramenta diminui diretamente o silenciamento do idoso em contexto de comorbidade que o poderia deixar sob cuidados de terceiros, reafirmando que a dignidade no envelhecimento está intrinsecamente ligada ao respeito da autonomia no processo do envelhecimento daquele sujeito.

Por conseguinte, a Constituição Federal de 1988 estabelece a base jurídica para essa proteção por meio de dispositivos específicos. Além do princípio fundamental da dignidade humana (Art. 1º, III), os artigos 229 e 230 são pilares desse ordenamento. O artigo 229 determina o dever dos filhos de amparar os pais na velhice, enquanto o artigo 230 responsabiliza a família, a sociedade e o Estado pela garantia do bem-estar e do direito à vida da pessoa idosa.

Essas diretrizes constitucionais são regulamentadas pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) e pela Convenção Interamericana da OEA (2015). Como o Brasil é signatário da convenção, o Estado assume o compromisso de implementar políticas que eliminem barreiras sociais e promovam a autonomia plena.

No caso de Joaquim, a autonomia e dignidade foram respeitadas, consequencian- do por um cuidado centrado na pessoa com redução da hospitalização e presença de acompanhamento à domicílio.

Para além disso, de acordo com Betioli (2015), o princípio da beneficência assenta no conceito de fazer o bem. Fazer o bem em medicina é maximizar os benefícios possíveis de uma intervenção e proporcionar bem-estar a pessoa com a doença. Nesse contexto, torna-se necessário questionar: o bem equivale igualmente a todos? e ainda, quem sabe o que é melhor: o médico; o paciente; ou a família? A partir deste princípio, ao realizar a análise, não há como descartar a influência da família na prática clínica. Matsuda (2011) e Maciel (2011) afirmam como tradicionalmente o médico tomaria a decisão pelo paciente, sendo a pes-

soa presente com o conhecimento técnico, assim, saberia definir o que seria melhor para ele, ocupando uma posição superior de hierarquia. Essa concepção ainda se manifesta na atualidade, sendo perceptível quando pacientes afirmam expressões como “o que for melhor, o doutor é quem sabe” (Bessa, 2013).

A adoção de posturas paternalistas por parte dos profissionais de saúde compromete o respeito à autonomia do paciente, uma vez que limita sua liberdade de escolha e dificulta a expressão de seus desejos e valores. Contudo, é direito do paciente participar ativamente das decisões relacionadas ao seu cuidado, definindo aquilo que considera como bem e melhor para si. No caso de Joaquim, era perceptível que o mesmo possuía uma opinião clara a respeito da hospitalização prolongada, manifestando reiteradamente o desejo de evitar a permanência no ambiente hospitalar, associada, para ele, à perda de autonomia, sofrimento e diminuição da qualidade de vida. Sua trajetória de vida, marcada pela valorização da independência e da autodeterminação, reforça que sua concepção de bem-estar não estava centrada exclusivamente na manutenção biológica da vida a qualquer custo, mas na preservação de sua dignidade, do conforto e do sentido existencial.

Dessa forma, a beneficência, aplicada nesse caso, não poderia ser compreendida apenas sob a ótica de ampliar as intervenções, mas sim como a busca por estratégias de cuidado que respeitassem seus valores e minimizassem danos físicos e psíquicos. Dessa forma, torna-se evidente que o que é considerado benéfico deve ser construído de forma compartilhada, a partir do diálogo entre paciente, família e equipe de saúde, reconhecendo o paciente como protagonista das decisões que envolvem sua própria vida e seu processo de adoecimento.

Ademais, ao referir-se ao princípio da não-maleficência baseia-se em não fazer mal ao paciente (Matsuda, 2011). Como citado por Ponce (2019), no âmbito da ética médica, o enunciado *primum non nocere* refere-se à responsabilidade de restringir, sempre que possível, os danos decorrentes das intervenções em saúde e de prevenir o sofrimento da pessoa em cuidado. Além disso, observa-se também como o princípio da não

maleficência é associado com frequência ao princípio da beneficência, em que, parte-se do ponto que a promoção do bem implicaria necessariamente em ausências de danos (Nunes, 2020). No entanto, Salazar (2017) afirma como essa compreensão apresenta-se de modo simplificador pressupondo que todas as ações que são para o benefício estariam isentas de danos, porém não se confirma isso sempre na prática clínica. Assim, muitas intervenções, ainda que realizadas com a intenção de promover o bem, podem acarretar sofrimento, riscos ou prejuízos à pessoa em cuidado.

A partir disso, nota-se que em um ponto de vista moral de não causar dano, impõe uma obrigação rigorosa, que exige do profissional a prudência de evitar intervenções que possam gerar sofrimento desnecessário ou agravar a condição do paciente, mesmo quando há a possibilidade de algum benefício. Assim, enquanto a beneficência convida à ação em prol do bem-estar, a não maleficência estabelece limites éticos à intervenção, funcionando como um princípio orientador que prioriza a proteção da pessoa frente a danos previsíveis, especialmente em contextos de vulnerabilidade e terminalidade.

Com respaldo nesse arcabouço jurídico e ético, a análise do caso de Joaquim revela que sua autonomia foi respeitada por meio de um cuidado centrado na pessoa. No entanto, o princípio da beneficência, segundo Betioli (2015), exige questionar quem define o que é "fazer o bem". Historicamente, posturas paternalistas limitaram a liberdade de escolha do paciente, mas o ordenamento jurídico brasileiro atual reforça que o idoso deve participar ativamente das decisões.

Para Joaquim, o "bem" não era a manutenção biológica a qualquer custo, mas a preservação do conforto e do sentido existencial. Sob a ótica da não maleficência, a hospitalização prolongada contra sua vontade configura um dano, violando não apenas a ética médica, mas o próprio dever de proteção à dignidade garantido constitucionalmente.

Dessa maneira, analisando o caso no princípio da não maleficência, torna-se evidente que a adoção de intervenção deveria considerar os potenciais benefícios clínicos bem como os danos físicos e emocionais exis-

tentes na aplicação. Assim, a hospitalização prolongada quando associadas às complicações, acabaram por resultar em perda significativa de autonomia, aumento da dependência nas atividades diárias e sofrimento psíquico, que configura-se em um possível fator de dano ao paciente. Embora determinadas condutas fossem justificadas sob a perspectiva da beneficência, ao buscar a manutenção da vida e a recuperação, tais intervenções passaram a confrontar diretamente o princípio de não causar dano, especialmente diante da manifestação explícita de Joaquim quanto ao desejo de evitar sofrimento e a permanência em ambiente hospitalar.

Considerações Finais

Os dilemas bioéticos no cuidado à pessoa idosa não se configuram como problemas exclusivamente técnicos ou normativos, mas como construções relacionais que emergem das interações entre sujeitos, discursos e práticas institucionais. O estudo de caso apresentado evidencia que autonomia, beneficência e não maleficência são princípios constantemente negociados, cujos sentidos variam conforme as narrativas mobilizadas pelos diferentes atores envolvidos no cuidado. Reconhecer essa dimensão relacional permite deslocar a bioética de um campo meramente prescritivo para uma prática de escuta, diálogo e corresponsabilização, favorecendo decisões mais sensíveis à dignidade, à história de vida e aos valores da pessoa idosa. Conforme assinala Gergen (1985), os significados que orientam as práticas humanas são socialmente produzidos e historicamente situados, emergindo dos processos comunicacionais que organizam a vida em sociedade. Ou seja, nesse sentido, os princípios bioéticos da autonomia, beneficência e não maleficência revelam-se práticas discursivas negociadas no cotidiano do cuidado.

A análise do caso de Joaquim nos mostra como as construções sociais sobre a velhice permeiam as decisões clínicas e familiares, frequentemente reproduzindo discursos que naturalizam a subordinação do idoso. O fenômeno da auto-heteromarginalização, identificado quando o idoso internaliza o preconceito social, exemplifica como os processos de subjetivação são atravessados

por práticas discursivas etaristas que, mesmo sob o pretexto da beneficência, destituem o sujeito de sua capacidade decisória. As práticas cotidianas produzem e reproduzem sentidos sobre o envelhecimento, sendo o contexto relacional determinante na constituição da autonomia e da vulnerabilidade.

A hospitalização prolongada e as intervenções sucessivas, quando dissociadas da escuta qualificada dos desejos de Joaquim, ilustraram formas sutis de violência institucional que, paradoxalmente, violaram o princípio da não maleficência ao gerar sofrimento desproporcional. Nesse sentido, a vulnerabilidade no envelhecimento não deve ser compreendida como atributo intrínseco do sujeito idoso, mas como condição relacionalmente produzida nas práticas que infantilizam, que desconsideram a capacidade decisória ou que impõem unilateralmente objetivos de cuidado.

A adoção de um plano de cuidado centrado na pessoa, priorizando reabilitação funcional, controle de sintomas e acompanhamento domiciliar, representou uma prática de resistência aos discursos hegemônicos que priorizam a manutenção biológica em detrimento da qualidade existencial. Tal abordagem possibilitou a co-construção de significados sobre o que constitui dignidade e cuidado respeitoso, articulando dialogicamente as vozes de todos os envolvidos. Vale lembrar que, a construção de sentidos sobre o cuidado ocorre nas práticas relacionais cotidianas, exigindo espaços conversacionais nos quais as diferentes versões possam ser legitimadas e integradas. Enfim, as decisões éticas não podem ser dissociadas dos contextos relacionais nos quais são construídas, exigindo uma responsabilidade compartilhada entre todos os envolvidos no cuidado.

Portanto, a articulação entre bioética e cuidado integral ampliam a compreensão dos dilemas éticos no envelhecimento ao deslocar o foco da decisão individual para os processos relacionais que sustentam o cuidado. O reconhecimento da pessoa idosa como produtor de sentidos sobre sua própria vida constitui um elemento central para práticas assistenciais comprometidas com a dignidade,

a autonomia relacional e a humanização do envelhecer.

Nesse contexto, a proteção jurídica do idoso no Brasil reforça essa prática ao integrar a Constituição Federal (Artigos 229 e 230), o Estatuto do Idoso e convenções internacionais. Esse arcabouço jurídico obriga o Estado e a família a garantirem o amparo e a dignidade, consolidando o pleno exercício dos direitos e a autonomia plena da pessoa idosa em todo o território nacional.

Por fim, a bioética do envelhecimento, demanda a desconstrução crítica dos discursos que naturalizam a exclusão da pessoa idosa e a construção de práticas relacionais que as reconheçam como sujeito ativo na produção de sentidos sobre sua própria vida. A garantia de autonomia não se reduz à aplicação formal de princípios abstratos, mas se realiza na construção colaborativa de espaços dialógicos nos quais os idosos possam ressignificar suas experiências e exercer protagonismo sobre suas narrativas de vida e cuidado.

Referências

- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 23 jan.2026.
- BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm. Acesso em: 23 jan. 2026.
- BESSA, Marta Raquel Ribeiro. Princípio da autonomia versus princípio da privacidade e/ou confidencialidade versus princípio da beneficência. In: BESSA, Marta Raquel Ribeiro. A densificação dos princípios da bioética em Portugal: estudo de caso: a atuação do CNECV. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito – Ciências Jurídico-Políticas) – Faculdade de Direito, Universidade do Porto, Porto, 2013.
- BETIOLI, Antonio Bento. Teorias bioéticas. In: BETIOLI, Antonio Bento. Bioética, a ética da vida. 2. ed. São Paulo: LTr, 2015. p. 41–57.

- CORTEZ, B. A.; RODRIGUES, I. S.; PESSOA, V. P.; NOLETO, L. S. O. Estigmas do envelhecer na contemporaneidade. *Revista Extensão*, 2024.
- COSTA, J. S.; COSTA, D. G. S.; POLTRONIERI, C. F.; SOARES, N. Notas críticas: risco e vulnerabilidade social no processo de envelhecimento e velhice. *SER Social*, v. 21, n. 45, p. 390-412, 2019. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v21i45.24032. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sersocial/article/view/24032>. Acesso em: 15 jan. 2026.
- DEON, R. G.; GOLDIM, J. R. Capacidade para tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, n. 1, p. 103-114, 2016.
- GERGEN, Kenneth J. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, Washington, v. 40, n. 3, p. 266-275, 1985. DOI: 10.1037/0003-066X.40.3.266. Disponível em: <https://works.swarthmore.edu/fac-psychology/328/>. Acesso em: 19 jan. 2026
- GOMES, G. C.; MOREIRA, R. S.; MAIA, T. O.; SANTOS, M. A. B.; SILVA, V. L. Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 1035-1046, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08222019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8V3mHk6P6jFqS3GfMvL6zSj/>. Acesso em: 15 jan. 2026.
- LIMA, A. P.; DELGADO, E. I. A melhor idade do Brasil: Aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. *Ulbra e Movimento: Revista de Educação Física*, v. 1, n. 2, p. 76-91, 2010.
- MATSUDA, A.; SILVA, A.; ONO, E.; PACHECO, F.; FRANCO, M.; GIMENEZ, R.; ALMEIDA, S.; LIRA, T.; BASTOS, V. Módulo Bioética. In: *Especialização em Saúde da Família. Modalidade a distância*. 2011. p. 18-20.
- MACIEL, Maria Goretti Sales. Assistência à terminalidade da vida: a orientação do cuidado paliativo. In: MORITZ, Rachel Duarte (org.). *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011. p. 51-70.
- NUNES, Lucília. *E se eu não puder decidir? - Saber escolher no final da vida*. Lisboa: **Fundação Francisco Manuel dos Santos**, 2020.
- OEA, Organização dos Estados Americanos. *Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos* de 2015. Disponível em: <https://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2014/08/conven%C3%A7%C3%A3o-inter-americana-sobre-a-prote%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-humanos-dos-idosos-OEA.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2026.
- PONCE, Pedro. Quando a vida do doente depende do funcionamento de um dispositivo médico de suporte vital. In: *A relação médico-doente: um contributo da Ordem dos Médicos*. Lisboa: By the Book, 2019. p. 515-532.
- RIGOTTI, Anelise; LONGO, Priscila Larcher. Autonomia e dignidade no envelhecimento: um estudo bioético sobre as diretrizes antecipadas de vontade. *Lumen et Virtus*, [s. l.], v. 16, n. 54, nov. 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/levv16n54-176>. Acesso em: 16 jan. 2026.
- SALAZAR, Helena; DUARTE, José. A comunicação em cuidados paliativos: uma estratégia fundamental. In: SALAZAR, Helena (coord.). *Intervenção psicológica em cuidados paliativos*. Lisboa: Pactor, 2017. p. 1-25
- SALMAZO-SILVA, H.; LIMA-SILVA, T. B. Vulnerabilidade e aspectos biopsicossociais e velhice. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 6, p. 01-05, 2012.
- SAQUETTO, M.; SCHETTINO, L.; PINHEIRO, P.; SENA, E. L. S.; YARID, S. D.; GOMES FILHO, D. L. Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. *Revista Bioética*, v. 21, n. 3, p. 518-524, 2013
- SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400012>.
- SILVEIRA, M. I. P.; BENTO, V. E. S. A síndrome normal da velhice: Uma abordagem biopsicossocial e uma proposta psicoterápica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 34, n. 4,

p. 128-141, 1982.

SOUSA, Arthur Oliveira de; LIMA, Walber Cunha. Direito de envelhecer: os princípios bioéticos aplicados aos direitos dos idosos. Repositório Institucional do Centro Univrsitário do Rio Grande do Norte, 2024.

TAVARES, A. R.; PIRES, C. I.; SIMÕES, J. A. Autonomia do idoso: Perspectiva ética, médica e legal. Revista Portuguesa de Bioética, n. 15, p. 329-352, 2011.

VAZ, E. C. C.; BORGES, M. A. P.; NEUANA, H. O. E. L.; MACEDO, M. L. T. Os desafios do envelhecimento com dignidade frente ao etarismo. In: SEMINÁRIO NACIONAL SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 5., 2024, Florianópolis. Anais [...]. Florianópolis: UFSC, 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global report on ageism. Geneva: WHO, 2021.