



DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA E TESTAMENTO VITAL: ENTRE O BIOPODER E A BIOÉTICA

*DIGNITY OF THE HUMAN PERSON AND VITAL TESTAMENT: BETWEEN BIOPOWER AND
BIOETHICS*

DOI:

Jefferson Aparecido Dias

Doutorado em Direitos Humanos
e Desenvolvimento pela Universidade
Pablo de Olavide, de Sevilha, Espanha.

EMAIL: jeffersondias@unimar.br

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/8418007759977479>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3101-1621>

Josiane Schramm da Silva

Doutoranda e Mestre em Direito
pelo Programa de Pós-Graduação
em Direito da Universidade de
Marília/SP (UNIMAR).

EMAIL: josiss@terra.com.br

LATTES: <http://lattes.cnpq.br/7978008831560947>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3529-3969>

RESUMO O presente estudo visa analisar a viabilidade das diretivas antecipadas de vontade, em especial do testamento vital, através das disposições aplicáveis ao tema, ao se considerar a garantia de autonomia ao paciente para decidir acerca da desnecessidade de prolongamento do processo de morte, em caso de impossibilidade de cura. Como metodologia de pesquisa, optou-se pelo método dedutivo, de pesquisa documental, bibliográfica e jurisprudencial. No estudo, fez-se necessária a análise dos mecanismos de controle característicos do biopoder e da biopolítica, sob o viés bioético das decisões que envolvem o direito à morte digna; em seguida foi feito breve cotejo entre o direito à vida, a dignidade da pessoa humana e a autonomia de vontade, principalmente nos casos em que a evolução médica e tecnológica implicar em alongamento desnecessário do processo de morte; e, ao final, estabeleceu-se o conceito e alguns pressupostos no testamento vital, uma breve digressão quanto ao direito comparado e análise do instituto no Brasil. Por fim, argumentou-se que mesmo diante da ausência de lei federal específica, o instituto do testamento vital se mostra passível de aplicação em razão da incidência de normas constitucionais, federais, estaduais, resoluções do Conselho Federal de Medicina e Código de Ética Médica.

PALAVRAS-CHAVE: Testamento vital; dignidade da pessoa humana; direito à vida; autonomia da vontade.

ABSTRACT: The aim of this paper is to analyze the feasibility of advance directives of will, especially the living will, through the provisions applicable to the theme, when considering the

guarantee of autonomy to the patient to decide on the unnecessary prolongation of the death process, in case of impossibility to cure. As a research methodology, we opted for the deductive method, of documentary, bibliographic and jurisprudential research. In the study, it was necessary to analyze the control mechanisms characteristic of biopower and biopolitics, under the bioethical bias of decisions involving the right to dignified death; then a brief comparison was made between the right to life, the dignity of the human person and the autonomy of will, especially in cases where medical and technological developments imply an unnecessary lengthening of the death process; and, at the end, the concept and some assumptions were established in the living will, a brief digression regarding comparative law and analysis of the institute in Brazil. Finally, it was argued that even in the absence of a specific federal law, the institute of the living will proves to be applicable due to the incidence of constitutional, federal, state, resolutions of the Federal Council of Medicine and Code of Medical Ethics.

KEY-WORDS: Living will; dignity of human person; right to life; autonomy of the will.

SUMÁRIO 1. Introdução. 2. Considerações sobre biopolítica, biopoder e bioética: mecanismos de controle da sociedade contemporânea. 3. O princípio da dignidade da pessoa humana, o direito à vida e à autonomia de vontade. 4. Testamento vital. 4.1 Testamento vital no direito comparado. 4.2 Testamento vital no Brasil. 5. Conclusão. 6. Notas de referências.

1. Introdução

A evolução da medicina e o advento de novas tecnologias proporcionam verdadeiro alongamento do processo de morte, aumentando a angústia e o sofrimento do enfermo, de seus familiares e amigos, mesmo diante de resultado reconhecidamente inevitável.

A necessidade de preservar a dignidade das pessoas na terminalidade da vida traz à tona conceitos como o direito à autonomia de vontade e à vida, bem como suscita questionamentos acerca da possibilidade ética e jurídica das diretivas antecipadas de vontade, das quais o testamento vital e o mandato duradouro são espécies.

O testamento vital surge, então, como possibilidade de garantir ao paciente a livre disposição no tocante aos seus momentos finais de vida, tais como a negativa a receber tratamentos inócuos, que apenas prolongarão o sofrimento, desde que preenchidos determinados requisitos.

O presente estudo visa analisar a viabilidade das diretivas antecipadas de vontade, em especial do testamento vital, através das disposições constitucionais, legais e resoluções do Conselho Federal de Medicina aplicáveis ao tema.

Para fins didáticos, inicialmente far-se-á a análise dos mecanismos de controle característicos da biopolítica e da relação da biopolítica quanto ao tema “deixar morrer/fazer viver” ou “deixar viver/fazer viver”, apresentados por Michel Foucault, sob o viés bioético das decisões que envolvem o direito à morte digna.

Em seguida, será feito um breve cotejo entre o direito fundamental à vida, o princípio da dignidade da pessoa humana e a autonomia de vontade, principalmente nos casos em que os avanços tecnológicos podem manter as pessoas vivas por longos períodos de tempo, inconscientes, irreconhecíveis e sem nenhuma perspectiva de melhora ou de cura.

No terceiro capítulo buscar-se-á estabelecer a conceituação e alguns pressupostos do testamento vital, bem como esclarecer a sua inaplicabilidade em relação a institutos como eutanásia, suicídio assistido, mistanásia e distanásia. Após, far-se-á uma breve digressão quanto ao testamento vital no direito comparado, para então passar a análise do instituto no Brasil.

A escolha do tema se justifica diante de sua importância, sem exceção, mas não se encontra devidamente regulamentado e esclarecido, dando ensejo a dúvidas e distorções, vindo até mesmo a se tornar uma espécie de tabu em razão da falta de conhecimento.

O método utilizado no presente estudo será o dedutivo, uma vez que se partirá de conceitos amplos para se chegar à análise particularizada da aplicabilidade do instituto do testamento vital no Brasil. Com o fito de alcançar os objetivos almejados, será utilizada pesquisa essencialmente bibliográfica, documental e jurisprudencial.

2. Considerações sobre biopolítica, biopoder e bioética: mecanismos de controle da sociedade contemporânea

A forma de governar predominante na Idade Média consistia em concentrar o poder nas mãos do governante (absolutista), a quem cabia impor ou proibir condutas, fazendo valer a máxima de que era ele quem “fazia morrer e deixava viver” (FOUCAULT, 1998), pois poderia livremente dispor da vida dos súditos.

Todavia, o enfraquecimento do poder soberano, ocasionado pela transição para os regimes burgueses não absolutistas, implicou na adoção de outros mecanismos de controle do indivíduo e da população como um todo, intermediados por determinadas condutas que não por meio da lei, originou-se a biopolítica de Michel Foucault.

Para Foucault, as técnicas de sujeição e normalização no mundo moderno recaem sobre o corpo humano, ou seja, sobre sexualidade, saúde, herança biológica ou racial, higiene, maneira de se relacionar com o próprio corpo e, a partir destes pressupostos, estabelece-se o que é normal ou anormal, perigoso ou seguro, saudável ou doente, bem como até que ponto as tecnologias modernas devem intervir no corpo e na vida humana (MACHADO; DIAS; FERRER, 2018).

Assim, também o aspecto biológico da vida de cada indivíduo e da sua totalidade reunida em sociedade passa a ser objeto da incidência de mecanismos de controle, de modo que “essa apropriação do que há de biológico na vida não se dá por acaso, mas sim para que essas dimensões possam ser apropriadas por meio de cálculos e, ao sofrerem a incidência de mecanismos de controle, permitir que a vida seja transformada” humana (MACHADO; DIAS; FERRER, 2018, p. 33).

No tocante ao controle do aspecto biológico, Michel Foucault (1998, p. 134) infere que:

[...] Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no caso da morte e de sua fatalidade: cai, em parte, no campo do controle do saber e de intervenção do poder.

Por seu turno, para Alejandro Médici (2011), no novo modelo adotado a partir do século XVIII, a lei passou a disputar importância com outros dispositivos de poder, mecanismos de controle ou dispositivos de segurança, ou seja, uma rede de saberes, poderes, disciplinas, normas morais e jurídicas, regras e partes de discursos de diferentes gêneros, articulados de forma a atender a necessidade de produzir efeitos de poder.

Nesse diapasão, com o advento da biopolítica, passou-se a adotar a influência/mecanismos de controle indireto sobre a vida da população, de modo a inverter a máxima de Foucault para “fazer viver e deixar morrer” (MÉDICI, 2011, p. 58).

Essas formas indiretas de dominação se mostraram elementos indispensáveis ao desenvolvimento do capitalismo, “que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos” (FOUCAULT, 1998, p. 132), de modo a ampliar a docilidade e a utilidade das pessoas para melhor se adequarem ao novo modo de produção. Tratando do tema, Dias e Sorrilha (2018, p. 152) sustentam que:

Uma das características marcantes do neoliberalismo é o estabelecimento de tecnologia que rege a conduta dos outros, ou seja, governar passa a ser atuar sobre os indivíduos, os quais devem ser considerados como livres. Já o biopoder e a biopolítica almejam o estabelecimento e planejamento de gestão de saúde, de alimentação, de higiene, do controle de natalidade e da regulação sexual.

Cumprido esclarecer que, embora Michel Foucault não faça distinção entre os conceitos de biopolítica e de biopoder, Antônio Negri questiona se a biopolítica é um conjunto de biopoderes e se a vida consiste em um poder ou em um contrapoder, de forma que “biopoder seria o exercício dos dispositivos de segurança sobre o homem, com o fim de controlar todos os aspectos de sua vida, e biopolítica seria a resistência

do homem em relação a tais dispositivos de segurança, assumindo o homem o controle de sua vida” (DIAS; OLIVEIRA, 2017, p. 258).

Esses novos mecanismos de controle ou dispositivos de segurança normalmente se revestem sob a forma de “projetos, campanhas, pesquisas, estatísticas etc., os quais têm como principal objetivo impor à coletividade atendida essa ou aquela conduta, em relação aos mais diversos temas, como fecundidade, natalidade consumo, etc.” (SERVA; DIAS, 2016, p. 427).

Ocorre que os referidos mecanismos de controle podem ser utilizados tanto para incentivar, oportunizar e garantir benefícios, quanto para limitar, marginalizar ou discriminar indivíduos e populações quando considerados “de risco” ao sistema como um todo.

Nesse sentido, a utilização dos avanços físicos e tecnológicos decorrentes dos dispositivos de segurança devem ser pautados em consonância com os preceitos da bioética, definida como: “[...] a ética das biociências e biotecnologias que visa preservar a dignidade, os princípios e valores morais das condutas humanas, meios e fins defensivos e protetivos da vida, em suas várias formas notadamente, a vida humana e a do planeta” (FERREIRA, 2007, p. 48).

Igualmente, a bioética pode ser caracterizada e definida em consonância como o contexto social em que se apresenta, de modo que a relacionar os seres humanos e os animais aos fatos, ou seja, aos conflitos éticos práticos, objetivando a resolução de problemas concretos decorrentes das interações sociais (ALMEIDA; CARMO, 2019, p. 44).

Outrossim, pode-se afirmar que a efetivação dos preceitos bioéticos guarda estreita relação com a autonomia individual, uma vez que:

A autonomia da vontade constitui hoje, não apenas uma vertente da dignidade humana, mas também uma das pilstras que sustentam as teorias bioéticas vigentes, capazes de oferecer soluções e debates históricos na sociedade, que envolvem, quase sempre, divergências entre a comunidade médica, líderes religiosos, governos e opinião pública (BORCHART; PRUDENTE, 2018, p. 126).

Dessa forma, urge a necessidade de se cotejar a aplicabilidade das descobertas tecnológicas/ inovações científicas que possibilitam o prolongamento da vida, com os conceitos de bioética, dignidade da pessoa humana e autonomia individual de vontade, sem descuidar de sua relação com o biopoder e a biopolítica.

No presente trabalho, interessa analisar a influência dos mecanismos de controle em relação às decisões que envolvam a dignidade da pessoa humana e especificamente, o direito à morte digna por meio das diretrizes antecipadas de vontade, em especial sob a forma do testamento vital.

3. O princípio da dignidade da pessoa humana, o direito à vida e à autonomia de vontade

A Constituição Federal Brasileira de 1988 foi a primeira a reconhecer a necessidade de proteção à dignidade da pessoa humana (artigo 1º, inciso III), não obstante este princípio já houvesse sido reconhecido internacionalmente desde 1948, pela Declaração dos Direitos Humanos. No caso, o legislador constituinte não incluiu a dignidade da pessoa humana no rol dos direitos e garantias fundamentais, mas a erigiu à condição de princípio fundamental (artigo 1º, inciso III).

Mostra-se claro que a Carta Magna promove a inter-relação entre a dignidade da pessoa humana e os demais direitos, consoante se observa: no artigo 170 dispôs que a ordem econômica deve garantir a todos uma existência digna; na esfera social, fundou o planejamento familiar nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável (artigo 226, §7º); assegurou à criança e ao adolescente o direito à dignidade (artigo 227, *caput*), além de consagrar que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (artigo 230).

Dessa forma, a dignidade da pessoa humana não pode ser vista de forma individual ou em contraposição aos direitos fundamentais, mas sim em sentido amplo, da análise da constituição e do ordenamento jurídico como um todo.

Ao defender a necessidade de uma concepção multidimensional, aberta e inclusiva de dignidade da pessoa humana, Ingo Wolfgang Sarlet (2015, posições 1168-1173) assim formulou conceituação:

[...] temos por dignidade da pessoa humana a qualidade intrínseca e distintiva reconhecida em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e corresponsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos, mediante o devido respeito aos demais seres que integram a rede da vida.

Ademais, convém destacar que o princípio da dignidade da pessoa humana impõe limites à atuação estatal com o objetivo de impedir violações, mas também implica, sob uma perspectiva programática ou impositiva, que o poder público deverá assumir metas permanentes de “proteção, promoção e realização de uma vida com dignidade para todos” (SARLET, 2015, posição 2311).

Nesse sentido, pode-se inferir que o princípio da dignidade da pessoa humana impõe um dever de abstenção, do qual deriva a necessidade de respeito, mas também gera a necessidade de efetivação de condutas positivas aos indivíduos, com a objetivo de proteger a sua dignidade.

No tocante às mencionadas condutas positivas, tem-se que a efetivação do programa normativo da dignidade da pessoa humana incumbe aos órgãos estatais, em especial ao legislador, no sentido de conceber uma ordem jurídica condizente com o princípio, promover medidas de precaução procedimentais e organizacionais para evitar lesões à dignidade e aos direitos fundamentais, bem como reconhecer, fazer

cessar ou minimizar os efeitos das violações, inclusive assegurando a reparação do dano (SARLET, 2015, posições 2324, 2331 e 2338).

Nesse contexto, a dignidade humana também merece ser observada no momento da morte, em especial quanto à prática médica, jurídica e assistencial, haja vista a condição de vulnerabilidade das pessoas nesta situação, que deve sempre ser analisada em cotejo com o direito à vida, protegido no artigo 5º, *caput*, da Carta Magna.

Acerca dessa inter-relação entre o direito à vida e a dignidade da pessoa humana, resta evidente o Estado deve assegurar o direito à vida em sua dupla acepção, ou seja, o direito a continuar vivo e o direito de ter vida digna quanto à sua subsistência (MORAES, 2022, p. 64).

Dessa forma, pode-se afirmar que o direito à vida não corresponde somente à sua dimensão biológica, mas também à qualidade de vida dos indivíduos e, nesse sentido, se mostra intimamente relacionado ao conceito de dignidade. Assim, a dignidade da pessoa humana deve ser concebida tanto como o direito à proteção e à assistência estatal, quanto ao direito à autodeterminação.

Como consequência lógica, o direito de morrer com dignidade pode e deve ser visto com parte integrante do direito à vida, haja vista que este não pode ser considerado apenas como o mínimo necessário para a sua manutenção, mas sim interpretado em sentido amplo, do qual decorre o direito de morrer com dignidade, ante a autonomia individual presente na dignidade do ser.

Em suma, a análise do direito à morte digna surge da necessidade de harmonização entre os direitos fundamentais à vida, à dignidade e à liberdade, a partir da sua ponderação no caso concreto, principalmente nos casos em que os avanços tecnológicos podem manter as pessoas vivas por longos períodos de tempo, inconscientes, irreconhecíveis e sem nenhuma perspectiva de melhora ou de cura.

4. Testamento Vital

Inicialmente, mister esclarecer brevemente os conceitos de eutanásia, suicídio assistido, mistanásia, distanásia e ortotanásia, por se tratar de institutos distintos e possuírem implicações diversas.

A eutanásia se subdivide em: ativa, consistente em ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento do paciente, por fins humanitários; passiva, em que a morte ocorre por omissão proposital em iniciar uma ação médica que garantiria a sobrevivência do indivíduo; ou de duplo efeito, nos casos em que a morte é acelerada em decorrência de ações médicas que não visem o auxílio legal, mas o alívio do sofrimento do paciente. Quanto ao consentimento do enfermo pode ser: voluntária, em resposta à vontade expressa do paciente (suicídio assistido); involuntária, nos casos em que o ato é realizado contra a vontade da pessoa; ou não voluntária, quando não se conhece a vontade do paciente (SCHRAMM; SIQUEIRA-BATISTA, 2005, p. 113).

O suicídio assistido ocorre quando uma pessoa solicita o auxílio de outrem para alcançar o óbito, ante a sua incapacidade de praticar o ato sozinha. O enfermo deve estar consciente e manifestar sua opção pela morte (SCHRAMM; SIQUEIRA-BATISTA, 2005, p. 114).

A mistanásia consiste na morte miserável e dolorosa, fora e antes do seu tempo. Pode decorrer em razão da falta de acesso às condições mínimas de vida, da omissão de socorro à multidão de doentes à margem dos sistemas de saúde, das consequências de diferentes tipos de erros médicos, ou das práticas de “eliminação dos indesejados”, como ocorreu no caso dos judeus (SCHRAMM; SIQUEIRA-BATISTA, 2005, p. 114).

Já a distanásia, também denominada obstinação terapêutica, se caracteriza pela aplicação de novas tecnologias à medicina capazes de manter as funções biológicas, com amplas possibilidades de salvar vidas. Ocorre com a manutenção da vida por meio de tratamentos desproporcionais, prolongando a vida com sofrimento físico ou psicológico. Por fim, a ortotanásia seria a morte em seu “tempo certo”, sem tratamentos desproporcionais, como no caso da distanásia, e sem abreviação do

processo de morrer, que caracterizaria a eutanásia (SCHRAMM; SIQUEIRA-BATISTA, 2005, p. 114).

No tocante ao testamento vital, consiste na manifestação de vontade de um paciente em aceitar ou recusar tratamento em caso de doença incurável, estado irreversível e terminal ou estado vegetativo permanente, e que em consequência não possa manifestar livremente sua vontade (DADALTO, 2013).

Desse modo, pode-se aferir que o testamento vital se refere somente à ortotanásia, pois em sua conceituação não há previsão de solicitação que vise abreviar a vida, mas somente a recusa a procedimentos que prolonguem o processo de morte e gerem sofrimento e dor, em detrimento à dignidade da pessoa.

No caso, apenas as terapias paliativas, ou seja, que busquem tratar o paciente, diminuir a dor, aliviar o sofrimento, oferecer amparo e tranquilidade serão mantidas, mas deverão ser suspensos os esforços extraordinários que para a cura do paciente, quando este objetivo não mais puder ser alcançado.

Assim, o objetivo do documento é preservar o direito da pessoa à autodeterminação, de modo a resguardar sua dignidade no final da vida, desde que possua discernimento e capacidade civil, bem como se manifeste previamente em relação a tratamentos quando à sua aceitação, recusa ou imposição de limites. Sobre o tema, pode-se inferir que o paciente:

[...] ao escolher a ortotanásia ou o não tratamento, não escolhe a morte por opção, mas decide como quer viver seus últimos dias. Certamente o doente terminal, ainda lúcido, com base no direito à autonomia da vontade, encara muito melhor seu diagnóstico e decide sobre o tratamento e os procedimentos a que deseja se submeter do que os familiares, que buscam impor o dever de viver ao doente, responsabilizando não apenas este, mas também a equipe de Saúde por dar sobrevida ao moribundo, já que sua função precípua seria ajudar a viver e não dar conforto ao processo de morrer (BERTÉ; XIMENES; SILVA, 2016, posição 149).

Saliente-se que a não oferta e a retirada do suporte vital, e a ordem de não ressuscitação podem integrar a limitação a tratamentos constantes no testamento vital, não obstante a existência de controvérsias se estes atos não consistiriam abreviamento da vida em razão de ação direta do profissional da saúde (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Argumentos contrários à implementação das diretrizes antecipadas de vontade são comumente debatidos na sociedade contemporânea, como a premissa da sacralidade da vida, em qualquer forma e condição que se apresente, a vida seria um bem concedido por uma divindade ou manifestação de um finalismo intrínseco da natureza, de conteúdo sagrado e que, portanto, não seria passível de interrupção, nem mesmo diante de expressa vontade do seu detentor (SCHRAMM; SIQUEIRA-BATISTA, 2005, p. 115-116).

Da mesma forma, o argumento de *slippery slope*, ou ladeira escorregadia em tradução livre, infere que não se deve tomar qualquer atitude com base em potencial desconfiança ou desgaste na relação médico-paciente; motivados por fins não motivados por razões não altruístas, como por exemplo, questões de herança, pensões, seguros de vida; a ocorrência de pressão psíquica, como por exemplo o pensamento de que o enfermo constitui “estorvo” para seus familiares; ou “erosão definitiva do respeito à vida humana”, como foi o caso do nazismo (SCHRAMM; SIQUEIRA-BATISTA, 2005, p. 115).

Por outro lado, deve ser analisada a qualidade de vida a que o enfermo está sendo submetido, inevitavelmente considerada de acordo com as aceções subjetivas do avaliador, bem como respeitada a prioridade do juízo de valor do próprio paciente.

Resta evidente que a análise da qualidade de vida está intimamente relacionada com a questão da autonomia pessoal, entendida como a liberdade de escolha e de disposição acerca daquilo que considera importante, de acordo com seus valores e interesses legítimos, da maneira que lhe aprouver e considerar subjetivamente suportável.

Por seu turno, consoante apontam Fermin Roland Schramm e Rodrigo Siqueira Batista (2005, p. 115), a noção de autonomia apresenta problemas que inviabilizariam sua adoção de forma irrestrita, tais como:

(1) a possibilidade, sempre real, de que haja dificuldade para a compreensão plena de aspectos da *realidade*, o que representa um genuíno "empecilho" para o exercício da autonomia, sobretudo se é colocado em foco um país — como o Brasil — no qual a maior parte da população não tem acesso à educação necessária ao exercício da cidadania e do livre direito de optar pelas melhores alternativas para a sua própria existência; (2) a impossibilidade lógica de se constituir um *nomos* particular, a partir de um indivíduo supostamente capaz de legiferar em nome de seus interesses, sem a necessária dialética estabelecida com um outro de si, uma vez que a tomada de decisões só é levada a cabo no âmbito de coordenadas socialmente determinadas por esta dialética; (3) a probabilidade, à luz da bioética principialista — calcada nos princípios de *autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência*, ou outros — de que sempre é factível a existência de conflitos entre os princípios em pauta; (4) a existência de uma assimetria contingente nas relações entre profissionais de saúde e pacientes, devido às inegáveis competências diferentes entre quem pede ajuda e quem, supostamente, pode atender tal pedido e que pode, em inúmeras oportunidades, tornar inviável a aplicação do princípio, pela influência incontornável exercida por aquele que cuida.

Convém destacar que as diretrizes antecipadas de vontade constituem gênero de manifestação para tratamento médico do qual são espécies o testamento vital e o mandato duradouro, por motivos didáticos o primeiro será objeto de análise mais detalhada, inicialmente no direito comparado e, após, no Brasil.

4.1 Testamento vital no direito comparado

O testamento vital teve origem nos Estados Unidos da América, em 1969, quando Luis Kutner, advogado e defensor dos direitos humanos, propôs a adoção do living will, conhecido no Brasil como testamento vital, com o intuito de proporcionar ao paciente a recusa a ser submetido a tratamento médico cujo objetivo seja somente

prologar a sua vida, em caso de estado clínico irreversível ou vegetativo. Em consequência, em 1991, foi aprovada a lei federal Patient Self-Determination Act 3, que reconheceu o direito à autodeterminação (DADALTO; TUPINAMBÁS; GREGO, 2013, p. 464).

Na época, a legislação americana previa dois tipos de diretivas antecipadas: living will ou testamento vital, por meio do qual a pessoa manifestava a recusa a determinado tratamento em face de um diagnóstico de terminalidade ou de estado vegetativo persistente; ou health care (DPAHV), traduzido como mandato duradouro, consistente na nomeação de pessoa para tomar decisões relativas a tratamentos médicos quando o indivíduo for temporária ou definitivamente incapaz (DADALTO; TUPINAMBÁS; GREGO, 2013, p. 464).

Na Europa, por sua vez, o tema ganhou relevo na Convenção para Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano em face das Aplicações da Biologia e da Medicina, conhecida como Convenção de Direitos Humanos e Biomedicina ou Convênio de Oviedo, ratificada por países como Portugal, Espanha e Suíça (DADALTO; TUPINAMBÁS; GREGO, 2013, p. 464).

A Bélgica foi o primeiro país europeu a legislar sobre o tema (2002), seguida pela Espanha (2002), Inglaterra e País de Gales (2005), França (2005), Áustria (2006), Alemanha (2009) e Portugal (2012). A Itália, signatária do Convênio de Oviedo, possui cinco propostas de lei sobre o tema tramitando no Congresso Italiano (DADALTO, 2013, p. 34). Saliente-se que a Suíça admite receber estrangeiros para a efetivação da morte assistida, desde que seja por motivo altruísta e não tenha fins lucrativos ou dolo (BORCHART; PRUDENTE, 2018, p. 131-132).

Na América Latina, embora não se trate propriamente de país, o primeiro a legislar acerca das diretivas antecipadas de vontade foi Porto Rico, seguido pela Argentina e pelo Uruguai (DADALTO; TUPINAMBÁS; GREGO, 2013, p. 464).

Evidencia-se, assim, tendência global de discussão e viabilização do direito à morte digna, evidenciada pela implementação do processo de morte em consonância com a vontade do titular do direito à vida, possibilitando a abreviação da dor e do sofrimento, ante a constatação da irreversibilidade do resultado.

4.2 Testamento vital no Brasil

Inicialmente, insta esclarecer que a ortotanásia é conduta penalmente atípica no Brasil, uma vez que não constitui a causa da morte da pessoa, pois o processo de morte já teve seu início. Já a eutanásia configura ilícito penal tipificado no Código Penal, a depender da situação, como homicídio, homicídio privilegiado por motivo de relevante valor social ou auxílio ao suicídio. Todavia, ordenamento pátrio não possui legislação federal específica acerca das diretivas antecipadas de vontade.

Quanto à ortotanásia, não obstante a ausência de legislação federal a respeito, o Conselho Federal de Medicina reconheceu a importância das diretrizes antecipadas de vontade através da Resolução nº 1.806/2006, através da qual foi permitido ao médico limitar ou suspender tratamentos que prolonguem a vida do paciente em fase terminal, com enfermidades graves e incuráveis, respeitada a sua vontade ou a do seu representante legal.

Igualmente, na Resolução nº 1.995/2012, o Conselho Federal de Medicina manteve as disposições anteriormente estabelecidas e regulamentou de modo mais abrangente as diretrizes antecipadas de vontade, por meio do estabelecimento de orientações éticas e morais a serem observadas pelos médicos no exercício da profissão.

Convém destacar que a Resolução nº 1.995/2012 foi objeto de ação que questionava sua constitucionalidade (Ação Civil Pública nº 1039.86.2013.4.01.3500/classe710 – Justiça Federal de Goiás), mas, no entanto, foi considerada constitucional.

O Código de Ética Médica também dedica princípios e artigos ao tema da autodeterminação. No Capítulo I, que trata dos princípios fundamentais, estabelece que o profissional deve aceitar as escolhas terapêuticas do paciente, desde que adequadas aos termos técnicos. Já no Capítulo III, impõe ao médico que colha o consentimento expresso em casos de inseminação artificial, transplante de órgãos e tecidos, esterilização, terapia e manipulação genética ou abortamento, conforme disposto na respectiva legislação. No Capítulo IV, proíbe que o profissional atente contra a autonomia de vontade do paciente, uma vez que o mesmo pode se recusar à terapia médico-hospitalar. Por fim, o Capítulo V dispõe que, sempre que houver possibilidade, o paciente será informado sobre as práticas diagnósticas e terapêuticas, bem como que devem ser oferecidas alternativas de tratamento ao paciente, que deve ter liberdade de buscar outra opinião.

Destaque-se que o Código de Ética Médica prevê que o profissional é obrigado a respeitar as diretrizes nele previstas, sob pena de responder disciplinarmente acerca de seus atos. Ou seja, além de regular o que é ético e moral no tocante à profissão, também tem finalidade administrativa.

Relevante mencionar a recente Resolução 2.232/2019 do Conselho Federal de Medicina que dispôs acerca de normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente e trouxe diversas alterações, mas manteve a possibilidade de respeito pelo médico da recusa terapêutica, desde que informados os riscos e as consequências previsíveis de sua decisão (artigo 1º); assegurou ao paciente dotado de capacidade no momento da decisão o direito à recusa terapêutica proposta em tratamento eletivo (artigo 2º); assegurou a possibilidade de proposta, pelo médico, de outro tratamento, quando disponível (artigo 2º, parágrafo único).

Além disso, a Resolução dispôs o dever do médico, em caso de relevante risco à saúde, de não aceitar a recusa terapêutica de paciente menor de idade ou de adulto que não esteja no pleno uso de suas faculdades mentais, independentemente de estarem representados ou assistidos por terceiros (artigo 3º); em caso de discordância

insuperável entre o médico e o representante legal, assistente legal ou familiares do paciente menor ou incapaz quanto ao tratamento proposto, o médico deve comunicar às autoridades competentes (artigo 4º); a recusa terapêutica não deve ser aceita pelo médico quando caracterizar abuso de direito, ou seja, quando colocar em risco a saúde de terceiros ou se referir ao tratamento de doença transmissível ou qualquer outra que exponha a população a riscos de contaminação (artigo 5º).

A Resolução também assegura ao médico a objeção de consciência, consistente no direito de se abster do atendimento, não realizando atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência diante da recusa terapêutica do paciente (artigos 7º e 8º); a interrupção da relação do médico com o paciente por objeção de consciência impõe ao médico o dever de comunicar ao diretor técnico do estabelecimento de saúde, visando garantir a continuidade de atendimento por outro médico, sendo que em caso de assistência prestada em consultório, o médico deve registrar no prontuário a interrupção da relação, dando ciência ao paciente por escrito, podendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina (artigo 9º); na ausência de outro profissional, em casos de urgência e emergência e danos previsíveis à saúde do paciente em razão da recusa terapêutica, a relação não poderá ser interrompida por objeção de consciência, devendo o médico adotar o tratamento indicado, independentemente da recusa terapêutica (artigo 10); em situações de urgência e emergência que caracterizem iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica (artigo 11); a recusa terapêutica deve ser prestada, preferencialmente por escrito e perante duas testemunhas quando a falta do tratamento recusado expuser o paciente a perigo de morte, sendo aceitos outros meios de registro da recusa terapêutica quando o paciente não puder prestá-la por escrito, desde que o meio empregado permita preservação e inserção no respectivo prontuário (artigo 12); e que não caracteriza infração ética de qualquer natureza, inclusive omissiva, o acolhimento, pelo médico, da recusa terapêutica prestada na forma prevista.

Não obstante, a mencionada Resolução apresente disposições controversas entre si e que ainda se encontram pendentes de maiores esclarecimentos por parte do Conselho Federal de Medicina, não houve revogação expressa das Resoluções nº 1.805/2006 e nº 2.231/2012, de modo que é possível entender que a recusa terapêutica no âmbito da terminalidade se mantém possível e deve ser aceita pelo médico mesmo em caso de iminente risco de morte.

No tocante à previsão legislativa, apenas o estado de São Paulo, por meio da Lei Estadual nº 10.241/1999, conhecida como “Lei Covas”, prevê o respeito à autonomia dos usuários dos serviços de saúde, mediante consentimento informado, no qual o enfermo pode, inclusive, escolher o local da sua morte.

Resta esclarecer que, embora esteja em tramitação no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 6.715, que visa alterar a regulamentação do Decreto Lei nº 2.848/1940 sobre o tema, inexistente lei federal específica em vigor acerca do testamento vital no ordenamento jurídico brasileiro. Todavia, a referida manifestação de vontade encontra amparo no respeito à dignidade humana e é, portanto, garantia constitucional.

Ademais, o inciso II do artigo 5º da Constituição Federal dispõe que ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude da lei; bem como o Código Civil, no artigo 15, determina a necessidade de colher o consentimento para a realização de intervenção hospitalar, de forma que ninguém poderá ser constrangido à aderir, com risco de vida, à tratamento médico ou intervenção cirúrgica.

Assim, ninguém pode ser obrigado a se submeter à tratamento médico-hospitalar, salvo se houver consentimento.

Também a Lei nº 10.741/2002 (Estatuto do Idoso), em seu artigo 17, garante ao idoso que esteja no domínio das suas faculdades mentais o direito de optar pelo tratamento de saúde que entender mais favorável e, no caso de não estar em condições de proceder a escolha, esta deverá ser feita por curador quando o idoso for interditado, por familiares quando não tiver curador ou este não puder ser contactado

em tempo hábil, pelo médico em caso de iminente risco de vida e ausência de tempo hábil para contactar curador ou familiar, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público. O mesmo Estatuto prevê, no artigo 10, parágrafo 2º, a garantia da inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, ideias, crenças, espaços e projetos pessoais.

Assim, embora as Resoluções do Conselho Federal de Medicina não possuam força de lei, trazem respaldo profissional aos médicos diante da lacuna legislativa e, em consequência, asseguram a autonomia dos pacientes, ante a possibilidade de atendimento dos seus desejos finais por meio do testamento vital.

Por seu turno, tendo em vista que a declaração pressupõe conhecimentos médicos, principalmente no tocante aos tratamentos disponíveis, bem como os seus benefícios e malefícios, e também conhecimentos técnico-jurídico quanto a amplitude, validade e implicações do testamento vital, também devem ser incluídos em seus pressupostos fundamentais de validade o aconselhamento específico.

Convém destacar que, em países com estrutura jurídica análoga à brasileira, o testamento vital não apresenta forma determinada, podendo ser pública ou privada. Todavia a forma pública garante maior segurança ao ato, que deve contar com a participação de, no mínimo, duas testemunhas (DADALTO, 2013).

A manifestação por escrito é mais comum do que a feita digitalmente e menos comum que a oral, mas o consentimento do paciente deve ser colhido por meio de assinatura, devendo ficar uma via com o profissional ou com o serviço de saúde e a outra com o paciente (MABTUM; MARCHETTO, 2015).

Em decorrência lógica, acredita-se que a eficácia da declaração prévia está condicionada à sua juntada ao prontuário do paciente, haja vista a inequívoca ciência da equipe médica acerca do seu conteúdo e imediata vinculação à vontade do declarante.

Destaque-se que a declaração prévia para o fim da vida só tem aplicabilidade prática como fator inibidor da distanásia, uma vez que o surgimento de nova técnica

hábil a permitir a cura de doença desconhecida no momento da elaboração do documento implica na perda da sua validade, diante da perda da tutela de uma situação de terminalidade e irreversibilidade da doença.

Nesse sentido, o testamento vital poder ser revogado a qualquer momento, seja por mudança de disposição da vontade ou pelo surgimento de nova técnica de cura de enfermidade disposta no documento, motivo pelo qual torna-se desnecessária a fixação de prazo de validade.

Por fim, convém destacar que embora a legislação brasileira vigente permita ao paciente manifestar a sua autonomia, o testamento vital não se mostra suficiente para vincular a atuação médica, pois os profissionais da área possuem discricionariedade em sua conduta. Por outro lado, pode significar elemento de segurança tanto para o declarante quanto para a equipe de saúde, principalmente em caso de conflito ou resistência da família na aceitação do processo de morte, implementação de medidas de conforto e plano de cuidados paliativos, de modo a proporcionar morte sem dor e sofrimento, desde que esta seja previsível e inevitável (BRAGA, 2015, p. 130-131).

Quanto ao conceito de cuidados paliativos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), consistem na assistência promovida por equipe multidisciplinar, para melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, através de prevenção e alívio do sofrimento, consistente na identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Acerca da necessidade de discernimento e sensibilidade do profissional da saúde quanto ao procedimento a ser adotado, Cláudia Burlá, médica especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, infere que:

O médico é treinado para salvar vidas, e a morte de um paciente representa o seu fracasso profissional: a morte é um inimigo a ser derrotado. Há, então, o choque – profissional, ético, moral – quando o médico, treinado para fazer o possível para manter o seu paciente vivo, se vê ante

um indivíduo idoso, com doença crônica em fase avançada, que não mais responde a qualquer terapêutica curativa. Mais do que o conhecimento técnico, é essencial a competência humanística com humildade para perceber o processo de terminalidade da vida. Neste momento, a atuação profissional não visa medidas de prolongamento artificial da vida, mas sim proporcionar o maior conforto possível para que a pessoa doente consiga viver até o momento de sua morte (BURLÁ, 2011, p. 46).

Sobre o tema, convém mencionar a decisão monocrática que negou seguimento ao Agravo de Instrumento nº AI 70065995078 RS, em 03 de setembro de 2015, do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (2015), onde restou consignado que:

[...] O direito à vida, previsto no artigo 5º da Constituição Federal, não é absoluto, razão por que ninguém pode ser obrigado a se submeter a tratamento médico ou intervenção cirúrgica contra a sua vontade, não cabendo ao Poder Judiciário intervir contra esta decisão, mesmo para assegurar direito garantido constitucionalmente. 2. Ademais, considerando que “não se justifica prolongar um sofrimento desnecessário, em detrimento à qualidade de vida do ser humano”, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 1.995/2012, ao efeito de dispor sobre as diretivas antecipadas de vontade do paciente, devendo sempre ser considerada a sua autonomia no contexto da relação médico-paciente. 3. Hipótese em que o paciente está lúcido, orientado e consciente, e mesmo após lhe serem explicados os riscos da não realização do procedimento cirúrgico, este se nega a realizar o procedimento, tendo a madrastra do paciente, a seu pedido, assinado termo de recusa de realização do procedimento em questão, embora sua esposa concorde com a indicação médica. 4. Por essas razões, deve ser respeitada a vontade consciente do paciente, assegurando-lhe o direito de modificar o seu posicionamento a qualquer tempo, sendo totalmente responsável pelas consequências que esta decisão pode lhe causar. Ante o exposto, com base no artigo 557, caput, do CPC, em decisão monocrática, nego seguimento ao agravo de instrumento.

Na decisão acima transcrita, foi assegurado o princípio da autonomia da vontade, sob os aspectos bioético e jurídico e, ainda que não seja o posicionamento majoritário dos tribunais pátrios, constitui inegável espécie de marco inovador.

Desse modo, observa-se que o respeito à dignidade humana e à autonomia de vontade constituem tendência evolutiva da sociedade contemporânea, aplicável também no caso do testamento vital. Ademais, tem-se que:

[...] a própria condição de se admitir, em meio a um padecimento incurável e intratável, que já não vale a pena prosseguir, demonstra, em certo sentido, que o doente atribui alto valor à sua própria vida, não desejando profaná-la ao permitir que ela se esvaia em dias e noites de martírios sem fim. Morrer, neste caso, pode significar também uma clara demonstração de apreço pela própria existência, situando-a em uma dimensão *beatífica*. E, ainda, se este mesmo homem é amparado — e, por que não, protegido — no sentido de se facultar sua inquebrantável disposição para o ocaso, não se corre o risco de estender, escorregar, indevidamente para situações obscuras e danosas em relação à prática da eutanásia, uma vez que a palavra daquele que sofre, o titular da vida, será sempre a última fronteira (SCHRAMM; SIQUEIRA-BATISTA, 2005, p. 117).

Em suma, os mecanismos de controle se fazem presentes em relação à vida e à morte, digna ou não. Todavia, “[...] se por um lado estão os biopoderes atuando sobre a vida, por outro a própria vida pode se manifestar, também por meio de mecanismos de controle, e buscar a retomada de seu protagonismo, visando a sua emancipação” (SERVA; DIAS, 2016, p. 429).

5. Conclusão

Mecanismos de controle atuam diariamente na sociedade contemporânea, em que a máxima de Michel Foucault “fazer viver e deixar morrer” de mostra cada vez mais evidente, principalmente quanto à autonomia de vontade necessária para definir como se quer passar a finitude da vida.

O advento de descobertas médicas e inovações tecnológicas devem ser pautados em princípios da bioética, de forma que o processo de morte não pode ser prolongado quase que indefinidamente em casos de pacientes incuráveis e que se encontrem em sofrimento físico, mental ou psicológico.

Em razão disso, deve ser possibilitada ao enfermo a escolha da forma como deseja passar seus últimos momentos de vida, podendo, inclusive, renunciar a tratamentos médicos desnecessários, mantidos apenas os tratamentos paliativos com o objetivo de mantê-lo confortável.

Essa diretiva antecipada de vontade, denominada testamento vital, vem sendo aplicada em diversos países, em especial nos Estados Unidos da América, como forma de viabilizar a harmonização entre o princípio da dignidade da pessoa humana, o direito fundamental à vida e a autonomia de vontade no momento da morte.

Assim, evidencia-se uma tendência global de discussão quanto à implementação do direito à morte digna, em consonância com a vontade do titular do direito à vida, acerca da abreviação da dor física e psicológica, nos casos de irreversibilidade do resultado morte.

No Brasil, embora ainda não exista legislação federal específica para regulamentar o tema, a possibilidade ética e jurídica do testamento vital se mostra fundamentada na Constituição Federal, em leis federais e estaduais, nas Resoluções do Conselho Federal de Medicina e no Código de Ética Médica, de forma a garantir, nos casos determinados, o direito à morte digna.

Por fim, observa-se que o instituto do testamento vital constitui tendência de comportamento da sociedade contemporânea e possui o inegável objetivo de preservar a dignidade física, mental e psicológica daqueles indivíduos para os quais for constatada a irreversibilidade do processo de morte e que não desejem o seu prolongamento desnecessário, ressalvada a sua autonomia de vontade, em consonância com requisitos éticos e jurídicos previamente determinados.

Isso ocorre porque a dignidade humana tem que ser interpretada de forma bastante abrangente, envolvendo não apenas o período de vida dos seres humanos, mas, também, o momento de sua morte.

Se é verdade que hoje o biopoder deseja “fazer viver e deixar morrer” tais momentos devem ser contemplados pelo irrestrito respeito à dignidade humana, garantindo uma vida digna de ser vivida, bem como uma morte digna.

6. Notas de referências

o aborto seletivo como movimento de eugenia pós-moderna. **Revista Brasileira de Direito Animal**. Salvador, BA, v. 14, n. 3, p. 42-59, Set-Dez. 2019. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/34429/19900>. Acesso em: 06 maio 2022.

BERTÉ, Roberta. XIMENES, Idelcelina Barros. SILVA, Jaqueline de Jesus. **Morte digna: o direito à autonomia de vontade no processo de morrer**. Teresina: Dinâmica Jurídica, 2016. Edição digital

BORCHART, Carolina Bombonato. PRUDENTE, Amanda Juncal. A morte digna como direito fundamental. **Revista de Biodireito e Direito dos Animais**. v. 4, n. 2, p. 11/-140. Jul-Dez. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/330978025_A_MORTE_DIGNA_COMO_DIREITO_FUNDAMENTAL/link/5c5e3f3192851c48a9c48bbe/download. Acesso em: 05 maio 2022.

BRAGA, Pérola Melissa Vianna. O Testamento vital e seus aspectos jurídicos e gerontológicos. **Revista Portal de Divulgação**. 2015, n. 45, ano V, Jun./Jul./Ago. 2015. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/523/562>. Acesso em: 03 mar. 2022.

BURLÁ, Cláudia. **Conflitos bioéticos do viver e do morrer**. Brasília: CFM, 2011. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/conflitos.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2022.

DADALTO, Luciana. Distorções acerca do testamento vital no Brasil (ou o porquê é necessário falar sobre uma declaração prévia de vontade do paciente terminal). **Revista de Bioética y Derecho**, n. 28, p. 61-71, Maio 2013. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n28/articulo5.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2022.

DADALTO, Luciana. TUPINAMBÁS, Unai. GREGO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. *Revista Bioética*. Brasília, v. 1, n. 3, Dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300011&lang=pt. Acesso em 05 mar. 2022.

DIAS, Jefferson Aparecido. OLIVEIRA, Emerson Ademir Borges de. O desemprego e autoatendimento no setor bancário: entre o biopoder e a biopolítica. **Revista de Estudos e Pesquisas Avançadas do Terceiro Setor (REPATS)**. Brasília, v. 4, n. 2, Jul-Dez. 2017. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/REPATS/article/view/8517/pdf>. Acesso em: 04 maio 2022.

DIAS, Jefferson Aparecido. SORRILHA, Rubia Cristina. Biopolítica e o melhoramento genético: uma reflexão na sociedade biotecnológica. **Revista Brasileira de Direito Animal**. Salvador, BA, v. 13, n. 1, Jan-Abr. 2018, p. 149-189. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/RBDA/article/view/26183/15864>. Acesso em: 05 maio 2022.

FERREIRA, Jussara Suzi Assis Borges Nasser Ferreira. Bioética e Biodireito. **Scientia Iuris**, v. 2/3, 1998/1999. Disponível em: <https://www.uel.br/revistas/uel/index.php/iuris/article/view/11274/10040>. Acesso em: 03 mar. 2022

FOUCALT, Michel. **História da sexualidade**: A vontade de saber. Tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

MABTUM, Matheus Massaro. MARCHETTO, Patrícia Borba. **O debate bioético e jurídico sobre as diretrizes antecipadas da vontade**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. Edição digital.

MACHADO, Vinicius Rocha Pinheiro. DIAS, Jefferson Aparecido. FERRER, Walkiria Martinez Heinrich. Pinheiro. Biopolítica e novas tecnologias: o discurso do ódio na Internet como mecanismo de controle social. **Revista de Informação Legislativa**: RIL, Brasília, v. 55, n. 220. Out-Dez. 2018. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/552767/001139717.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 mar. 2022.

MÉDICI, Alejandro. **El Malestar en la cultura jurídica**: ensayos críticos sobre políticas del derecho y derechos humanos. La Plata: Universidade Nacional de La Plata, 2011.

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. São Paulo: Atlas, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. **Acórdão que negou seguimento a Agravo de Instrumento**. Agravo de Instrumento nº 0284885-31.2015.8.21.7000. Fundação Hospital Centenário e José Marcos Freitas de Souza. Relator Des. Sergio Luiz Grassi Beck. 03 de setembro de 2015. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/novo/busca/?tipoConsulta=por_processo&return=proc&client=wp_index&combo_comarca=&comarca=&numero_processo=&numero_processo_desktop=70065995078+&CNJ=N&comarca=&nome_comarca=&uf_OAB=&OAB=&comarca=&nome_comarca=&nome_parte=. Acesso em: 05 maio 2022.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015. 10 ed. Edição digital.

SCHRAMM, Fermin Roland. SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Conversações sobre a “boa morte”: o debate bioético acerca da eutanásia. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Fev. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100013&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 05 mar. 2022

SERVA, Fernanda Mesquita. DIAS, Jefferson Aparecido. Responsabilidade social nas instituições de ensino superior: entre o biopoder e a biopolítica. **Revista Argumentum**, Marília, v. 17, p. 413-433, Jan-Dez. 2016. Disponível em: <http://ojs.unimar.br/index.php/revistaargumentum/article/view/319/64>. Acesso em: 10 mar. 2022.

Como citar:

DIAS, Jefferson Aparecido. SCHRAMM, Josiane da Silva. Dignidade da pessoa humana e testamento vital: entre o biopoder e a bioética. *Revista Brasileira de Direito Animal – Brazilian Animal Rights Journal*, Salvador, v. 18, p. 1-25, jan./dez 2023. DOI: (endereço do DOI desse artigo). Disponível em: www.rbda.ufba.br.

Originals recebido em: 05/05/2022.

Texto aprovado em: 06/05/2022.