

O FIM DA VIDA EM PEDIATRIA E A BIOÉTICA: PARÂMETROS ÉTICO-JURÍDICOS PARA AS DECISÕES SOBRE A TERMINALIDADE INFANTIL

*END OF LIFE IN PEDIATRICS AND BIOETHICS: ETHICAL AND LEGAL
PARAMETERS FOR DECISION-MAKING ON PEDIATRIC TERMINALITY.*

ANDERSON FERNANDES VIEIRA

Mestrando em Direitos Fundamentais e Democracia, no Programa de Pós-Graduação em Direito do Centro Universitário Autônomo do Brasil (2024-2026). Graduado em Direito pela Universidade Estadual do Norte do Paraná. Especializado em Direito e Processo Penal pela Universidade Estadual de Londrina. Especializado em Direito Judicial pela Faculdade Garça Branca Pantanal.

Atualmente é Juiz de Direito do Tribunal de Justiça de Mato Grosso.

<https://orcid.org/0009-0007-0405-4232>

RESUMO

O presente artigo analisa os limites éticos e jurídicos das decisões relativas à terminalidade infantil no ordenamento jurídico brasileiro, diante dos desafios decorrentes dos avanços da medicina contemporânea e da crescente judicialização dos conflitos envolvendo a limitação terapêutica em pacientes pediátricos. Busca responder quais critérios podem orientar decisões legítimas acerca da suspensão ou limitação de tratamentos quando inexistir perspectiva de benefício clínico proporcional. Utiliza-se o método dedutivo, mediante pesquisa bibliográfica e documental, com base na Constituição da República, no Estatuto da Criança e do Adolescente, na literatura especializada em Bioética e em precedentes judiciais paradigmáticos, especialmente os casos Charlie Gard e Alfie Evans. O estudo demonstra que a proteção da vida deve ser interpretada em harmonia com a dignidade da pessoa humana, a proteção integral da criança e o princípio do melhor interesse, afastando tanto a obstinação terapêutica quanto o abandono assistencial. Conclui que a limitação terapêutica mostra-se compatível com a ordem constitucional brasileira quando fundada em evidências científicas, na proporcionalidade terapêutica, na irreversibilidade do quadro clínico, na oferta de cuidados paliativos e em processo deliberativo compartilhado, transparente e orientado pela preservação da dignidade da criança.

Palavras-chave: bioética. terminalidade infantil. limitação terapêutica.

ABSTRACT

This article examines the ethical and legal limits of decision-making concerning pediatric end-of-life care within the Brazilian legal system, considering the challenges arising from advances in contemporary medicine and the increasing judicialization of disputes involving the limitation of life-sustaining treatment for children. It seeks to identify the criteria capable of guiding legitimate decisions

regarding the withholding or withdrawal of treatment when no proportionate therapeutic benefit can be expected. The study adopts a deductive method based on bibliographical and documentary research, drawing upon the Brazilian Constitution, the Child and Adolescent Statute, specialized bioethical literature, and landmark judicial precedents, particularly the Charlie Gard and Alfie Evans cases. The findings demonstrate that the protection of life must be interpreted in harmony with human dignity, the doctrine of the comprehensive protection of children, and the best interests of the child, rejecting both therapeutic obstinacy and any form of abandonment of care. The article concludes that the limitation of treatment is consistent with the Brazilian constitutional framework when supported by scientific evidence, therapeutic proportionality, the irreversibility of the clinical condition, comprehensive palliative care, and a transparent, shared decision-making process aimed at safeguarding the child's dignity.

Keywords: bioethics. pediatric end-of-life care. therapeutic limitation.

SUMÁRIO

1 Introdução. 2 Bioética, fim da vida e a proteção da dignidade humana. 3 A terminalidade da vida em pediatria: especificidades éticas e clínicas. 4 A legitimidade das decisões sobre a terminalidade infantil: parâmetros ético-jurídicos. 5 Considerações finais. Referências.

1 INTRODUÇÃO

Os extraordinários avanços da medicina contemporânea transformaram profundamente a forma como a sociedade vivencia o processo de morrer. Recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados permitem prolongar funções vitais por períodos antes inimagináveis, ampliando significativamente as possibilidades terapêuticas disponíveis. Esse cenário representa inegável conquista científica. Ao mesmo tempo, porém, inaugura dilemas éticos e jurídicos inéditos: se a medicina pode prolongar biologicamente a vida, em que circunstâncias deve fazê-lo? Existe dever jurídico de manter tratamentos que já não oferecem benefício clínico ao paciente? Quais são os limites da intervenção médica quando a cura deixou de ser possível?

As controvérsias tornam-se ainda mais complexas quando envolvem crianças gravemente enfermas. Na terminalidade pediátrica, a decisão sobre a continuidade ou limitação do tratamento ultrapassa a esfera clínica e passa a envolver valores constitucionais como a dignidade da pessoa humana, a proteção integral da criança, o direito à vida, a autonomia familiar, a responsabilidade da

equipe de saúde e o princípio do melhor interesse. Como a criança se encontra em peculiar condição de desenvolvimento, diferentemente do paciente adulto plenamente capaz, o processo decisório exige maior cautela e especial fundamentação ética e jurídica.

É nesse contexto que surgem alguns dos conflitos mais sensíveis da bioética contemporânea. Com frequência, a equipe médica considera desproporcional ou fútil a continuidade do tratamento, enquanto os pais defendem sua manutenção por esperança, convicções religiosas ou dificuldade em aceitar a finitude do filho. Em outras situações, são os próprios familiares que recusam intervenções clinicamente indicadas. Nessas hipóteses, o conflito ultrapassa a esfera médica e exige a definição dos limites da autoridade parental, da autonomia profissional e da atuação do Estado.

Embora o ordenamento jurídico brasileiro proteja a vida, a dignidade da pessoa humana e os direitos da criança, inexistente disciplina legislativa específica para os conflitos envolvendo a limitação terapêutica na terminalidade pediátrica. Assim, sua solução depende da interpretação da Constituição, do Estatuto da Criança e do Adolescente, das normas éticas da medicina e dos princípios da bioética, conferindo à doutrina e à jurisprudência papel central na definição dos parâmetros aplicáveis.

O presente estudo busca responder à seguinte questão: quais são os limites éticos e jurídicos da limitação terapêutica em pacientes pediátricos no ordenamento jurídico brasileiro e quais critérios podem orientar decisões legítimas acerca da terminalidade infantil? Parte-se da hipótese de que a limitação terapêutica, quando fundamentada em evidências científicas, na proporcionalidade terapêutica, na proteção integral da criança, no princípio do melhor interesse e na garantia de cuidados paliativos, revela-se compatível com a Constituição da República e com a dignidade da pessoa humana.

A investigação desenvolve-se a partir de um marco teórico interdisciplinar. No plano jurídico-constitucional, adota-se a concepção de dignidade da pessoa humana formulada por Ingo Wolfgang Sarlet, compreendida como fundamento dos direitos fundamentais e parâmetro de limitação da atuação estatal e privada. No plano bioético, toma-se como referência a tradição principialista sistematizada por Tom L. Beauchamp e James F. Childress, complementada pelas contribuições de Hans Jonas acerca da responsabilidade ética diante do avanço

tecnológico e pela reflexão de Elio Sgreccia sobre a centralidade da pessoa humana e da proporcionalidade terapêutica no fim da vida.

Nesse contexto, o objetivo do artigo é identificar os parâmetros éticos e jurídicos que legitimam as decisões relativas ao fim da vida em pediatria, mediante o exame dos fundamentos da bioética, da disciplina constitucional e infraconstitucional aplicável e dos precedentes paradigmáticos representados pelos casos Charlie Gard e Alfie Evans.

Para tanto, adota-se o método dedutivo, com pesquisa bibliográfica e documental, baseada na literatura especializada, na Constituição da República, no Estatuto da Criança e do Adolescente, nas normas éticas da atividade médica e em precedentes judiciais nacionais e estrangeiros. A opção pelo método dedutivo justifica-se porque a pesquisa parte de premissas constitucionais, bioéticas e normativas gerais para extrair critérios aplicáveis aos conflitos concretos envolvendo a terminalidade pediátrica. A pesquisa bibliográfica permite o exame crítico da produção doutrinária nacional e estrangeira, enquanto a pesquisa documental fundamenta-se na análise de diplomas normativos, resoluções éticas e precedentes judiciais paradigmáticos.

A pesquisa justifica-se pela crescente judicialização das decisões envolvendo a terminalidade pediátrica e pela necessidade de estabelecer parâmetros jurídicos compatíveis com a proteção integral da criança. O trabalho estrutura-se em três partes: inicialmente, examina os fundamentos bioéticos do fim da vida; em seguida, analisa as especificidades da terminalidade em pediatria; e, por fim, propõe critérios ético-jurídicos para orientar as decisões sobre limitação terapêutica no direito brasileiro.

2 BIOÉTICA, FIM DA VIDA E A PROTEÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA

Falar em fim da vida é tocar uma das zonas mais sensíveis da experiência humana. É nesse território-limite que a medicina revela, simultaneamente, sua grandeza e sua insuficiência: grandeza, porque dispõe de meios técnicos cada vez mais sofisticados para intervir sobre o corpo; insuficiência, porque nenhuma tecnologia é capaz de eliminar a condição humana da vulnerabilidade, da finitude e do sofrimento.

A própria reflexão filosófica já advertia que o avanço técnico sobre os limites naturais da vida não elimina, mas antes aprofunda, os dilemas éticos da condição humana, especialmente no que se refere ao sentido da finitude e aos riscos de um prolongamento artificial da existência.¹

A bioética nasce, precisamente, desse ponto de fricção. Não como discurso lateral ou decorativo, mas como linguagem crítica destinada a impedir que a racionalidade técnico-científica, fascinada por sua própria potência, se converta em prática cega diante da pessoa concreta. Ela consolida-se como resposta à insuficiência dos modelos tradicionais de ética médica diante dos novos desafios impostos pelo avanço das ciências biomédicas, especialmente no que se refere à autonomia do paciente, ao consentimento informado e à limitação do paternalismo.² No fim da vida, a pergunta decisiva já não é apenas o que a medicina pode fazer, mas, sobretudo, o que a medicina deve fazer diante de alguém cuja existência não pode ser reduzida a parâmetros fisiológicos.

Essa inversão é o verdadeiro ponto de partida de qualquer reflexão séria sobre dignidade humana.

A bioética, desde suas formulações iniciais, apresenta-se como campo necessariamente interdisciplinar, voltado à integração entre o conhecimento científico e os valores éticos, conforme destacado por Sgreccia ao analisar sua origem e desenvolvimento histórico.³ Sua evolução, porém, não pode ser compreendida apenas como desenvolvimento acadêmico.

Ela representa uma reação histórica à constatação de que nem todo avanço biomédico se traduz, necessariamente, em progresso civilizatório. A partir da segunda metade do século XX, especialmente após a revelação de práticas abusivas em pesquisas envolvendo seres humanos, tornou-se evidente a insuficiência de uma racionalidade meramente técnico-científica dissociada de parâmetros éticos.⁴ Nesse contexto, emergiu a necessidade de submeter o

¹ JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica (tradução de Mariane Lisboa, Luiz Barros Montez). Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio, 2006, p. 57-58.

² BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 7. ed. Oxford: Oxford University Press, 2013, p. 1.

³ SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética**. México: Editorial Diana, 1996, p. 15-17.

⁴ UNITED STATES. **The Belmont Report**: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. Washington, D.C.: Department of Health, Education, and Welfare, 1979. Disponível em: https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf. Acesso em: 03 abr. 2026.

desenvolvimento biomédico a balizas normativas capazes de conter sua instrumentalização indevida, afirmando-se um núcleo axiológico estruturado no respeito à pessoa, na beneficência e na justiça, como forma de assegurar a proteção da dignidade humana no âmbito da pesquisa e da intervenção sobre o corpo humano.

Mais tarde, esse horizonte foi ampliado por uma compreensão mais abrangente da bioética, vinculada aos direitos humanos, à vulnerabilidade e à proteção de grupos historicamente expostos a maior risco de invisibilidade moral. A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, de 2005,⁵ é emblemática nesse ponto ao aproximar explicitamente bioética e direitos humanos.

No contexto do fim da vida, essa aproximação entre bioética e direitos humanos é particularmente relevante, porque impede que a questão seja tratada apenas como problema médico ou privado. A terminalidade não é mera etapa biológica; é situação existencial e jurídica em que se concentram questões relativas à liberdade, ao sofrimento, à proteção contra intervenções inúteis, ao consentimento, à responsabilidade familiar e profissional e ao próprio sentido da dignidade.

O debate, portanto, não pode ser reduzido a uma oposição simplista entre preservar a vida e abreviá-la. O que está em jogo é muito mais sofisticado: trata-se de distinguir entre o dever de cuidado e a imposição de tratamentos desproporcionais; entre a proteção da vida e a obstinação terapêutica; entre o respeito ao paciente e a sua captura por uma lógica tecnocrática que transforma a pessoa em objeto de prolongamento biológico. A complexidade das decisões bioéticas não se reduz a oposições simplistas, como também observa Dworkin ao analisar controvérsias morais profundas, nas quais diferentes posições não decorrem de meras divergências racionais, mas de compreensões distintas sobre o valor da vida.⁶

Nesse quadro, a dignidade humana deixa de ser mera fórmula retórica e passa a funcionar como critério material de limitação do agir médico e

⁵ UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 03 abr. 2026.

⁶ DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida**: aborto, eutanásia e liberdades individuais (tradução de Jefferson Luiz Camargo). São Paulo: Martins Fontes, 2003, p. 3.

institucional. A noção de dignidade, aqui, não pode ser compreendida em chave abstrata ou puramente ornamental. Em matéria de fim da vida, dignidade significa reconhecer que a pessoa humana possui valor intrínseco que não depende de utilidade, produtividade, prognóstico favorável ou capacidade plena de autodeterminação.

Significa, ainda, admitir que a proteção da vida não se confunde com a imposição de toda e qualquer medida disponível para estender o processo de morrer. Uma vida humana é digna não porque se mantenha biologicamente a qualquer custo, mas porque permanece envolvida por relações de respeito, cuidado, escuta e proteção contra sofrimento evitável. A crítica ao reducionismo biologicista é amplamente desenvolvida na bioética contemporânea, especialmente ao se evidenciar que o prolongamento artificial da vida, por meio de intervenções desproporcionais, pode representar apenas a extensão do sofrimento, e não a preservação da dignidade do paciente.⁷

O direito à vida, portanto, não pode ser convertido em dever de suportar intervenções fúteis ou cruéis.

Essa compreensão se projeta diretamente no campo dos cuidados paliativos. Seu objetivo não é abreviar a vida, tampouco prolongá-la artificialmente, mas garantir qualidade de vida diante de doenças ameaçadoras. Trata-se de prevenir e aliviar o sofrimento físico, psicossocial e espiritual, deslocando o foco da medicina da cura impossível para o cuidado possível.

É nesse ambiente que se insere a discussão sobre proporcionalidade terapêutica. Nem todo tratamento tecnicamente possível é eticamente devido. A tradição bioética e a prática clínica responsável passaram a distinguir procedimentos proporcionais — aptos a oferecer benefício real ao paciente — daqueles desproporcionais ou fúteis, que apenas prolongam a agonia sem perspectiva razoável de reversão do quadro.

O prolongamento artificial da vida biológica, quando desacompanhado de benefício humano concreto, pode representar não cuidado, mas violência institucionalizada sob aparência terapêutica. A crítica à chamada obstinação terapêutica — ou distanásia — nasce exatamente dessa percepção: o uso

⁷ PESSINI, Leocir. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2007, p. 30.

insistente de meios extraordinários pode converter a medicina, de prática de cuidado, em mecanismo de prolongamento do sofrimento.

Daí decorre a importância de distinguir conceitos que frequentemente aparecem confundidos no debate público: eutanásia, ortotanásia e distanásia. A eutanásia envolve a provocação direta da morte para pôr fim ao sofrimento;⁸ a ortotanásia refere-se à aceitação do curso natural da morte, com limitação de intervenções inúteis; e a distanásia consiste no prolongamento artificial e penoso do morrer.

Essas distinções são fundamentais porque revelam que o debate bioético sério não se organiza entre “defensores da vida” e “defensores da morte”, mas entre modelos distintos de compreensão do cuidado. Um modelo reduz a vida à sua dimensão biológica e tende a impor todas as intervenções possíveis. Outro compreende que proteger a vida exige respeitar a integralidade da pessoa.

Nessa segunda perspectiva, reconhecer limites ao poder terapêutico não significa abandono, mas a reorientação do cuidado em direção à pessoa. Trata-se de reencontrar o paciente como sujeito de cuidado, e não como objeto de intervenções técnicas. A medicina paliativa, nesse contexto, afirma-se como prática de presença, voltada à dignidade e ao alívio do sofrimento. Como destaca Pessini, nas situações de obstinação terapêutica, “com essa conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer”.⁹

A bioética do fim da vida também exige superar uma leitura estreita da autonomia. A tradição principialista destacou autonomia, beneficência, não maleficência e justiça como pilares.¹⁰ Contudo, no contexto da terminalidade, especialmente em situações de maior vulnerabilidade, essa concepção mostra-se insuficiente.

Pacientes gravemente enfermos decidem sob condições de fragilidade física, emocional e relacional. Dependem de informação clara, apoio familiar, confiança na equipe e contexto institucional adequado. A autonomia, portanto, não pode ser compreendida como independência absoluta, mas como autodeterminação situada.

⁸ FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico**. 12. ed. ver. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2014, p. 503.

⁹ PESSINI, Leocir. **Distanásia**: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2007, p. 29-30.

¹⁰ BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics**. 7. ed. Oxford: Oxford University Press, 2013, p. 12-15.

Nesse cenário, o princípio da vulnerabilidade assume papel decisivo.¹¹ No fim da vida, todos são vulneráveis, mas alguns o são de modo intensificado: crianças, pacientes inconscientes, pessoas em sofrimento extremo e famílias emocionalmente abaladas.

A vulnerabilidade, longe de reduzir a proteção, exige seu reforço. É precisamente quando a voz do paciente se enfraquece que se torna mais necessária uma estrutura decisória prudente, compartilhada e orientada pelo melhor interesse da pessoa.

Essa condição de vulnerabilidade assume contornos ainda mais sensíveis quando se trata de pacientes pediátricos em situação de terminalidade. Diferentemente do paciente adulto plenamente capaz, a criança encontra-se em peculiar condição de desenvolvimento físico, emocional e cognitivo, circunstância que torna mais complexa a identificação de sua vontade e a definição dos limites da atuação terapêutica. As decisões médicas não envolvem apenas aspectos clínicos, mas também questões jurídicas relacionadas ao exercício da autoridade parental, à proteção integral e ao princípio do melhor interesse da criança, exigindo permanente diálogo entre bioética, direito e medicina.

Essas considerações assumem relevância ainda maior no contexto da terminalidade pediátrica. A criança gravemente enferma não pode ser tratada como objeto passivo de decisões, nem como adulto em miniatura. Trata-se de sujeito de direitos, pessoa em desenvolvimento e titular de dignidade plena, o que impõe um modelo decisório ainda mais cuidadoso e protetivo.¹²

Tal compreensão encontra sólido fundamento no ordenamento jurídico brasileiro. O art. 227 da Constituição da República¹³ consagrou a doutrina da proteção integral ao estabelecer que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à dignidade e ao respeito.

Em consonância com a Doutrina da Proteção Integral, o Estatuto da Criança e do Adolescente promoveu uma profunda alteração paradigmática na compreensão jurídica da infância e da adolescência, reconhecendo crianças e

¹¹ UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180> por. Acesso em: 4 abr. 2026.

¹² ELIAS, João Roberto. **Direitos fundamentais da criança e do adolescente**. São Paulo: Saraiva, 2005, p. 1.

¹³ BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, art. 227.

adolescentes como sujeitos de direitos e destinatários de proteção prioritária. Como destaca Veronese, tal mudança representa o compromisso institucional de superação dos modelos jurídicos que historicamente subestimavam a infância, passando a exigir da família, da sociedade e do Estado a garantia efetiva dos direitos fundamentais daqueles que se encontram em condição peculiar de desenvolvimento.¹⁴

A incorporação da linguagem dos direitos humanos ao debate bioético reforça esse raciocínio. O ordenamento jurídico brasileiro estabelece, com absoluta prioridade, a proteção da vida, da saúde e da dignidade da criança. Essa proteção não pode ser interpretada de forma biologicista, mas deve ser compatível com o cuidado integral e com a vedação de práticas que imponham sofrimento desnecessário.

Nessa moldura, o fim da vida deve ser compreendido como campo em que a dignidade humana opera sob dupla dimensão: como fundamento de proteção e como limite à intervenção.¹⁵ Protege porque impõe o dever de cuidado integral, alívio do sofrimento e respeito à pessoa. Limita porque impede a transformação do paciente em objeto de intervenções inúteis.

A dignidade não autoriza a eliminação da vida por critérios utilitaristas, tampouco legitima o prolongamento cruel do morrer. Sua função é mais exigente: manter a decisão ética fiel à humanidade concreta da pessoa. Essa realidade se evidencia de forma emblemática na crítica de Pessini à distanásia, ao compará-la a uma experiência de agonia prolongada e torturante, potencializada pelo uso indiscriminado de tecnologia médica.¹⁶

As dificuldades tornam-se ainda mais complexas quando há divergência entre os sujeitos envolvidos no processo decisório. Em determinadas situações, a equipe médica pode concluir que a manutenção de determinado tratamento apenas prolonga o sofrimento da criança sem perspectiva razoável de benefício clínico, enquanto os pais insistem em sua continuidade por razões afetivas, morais ou religiosas.

¹⁴ VERONESE, Josiane Rose Petry; COSTA, Marli Marlene Moraes da. **Diálogos entre o Direito da Criança e do Adolescente e o Direito de Família**. Florianópolis: Habitus, 2026, p. 10 e 21.

¹⁵ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 4. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006, p. 77.

¹⁶ PESSINI, Leocir. **Distanásia: até quando prolongar a vida?** São Paulo: Loyola, 2007, p. 31.

Nesses casos, emerge uma questão jurídica particularmente sensível: quem deve decidir acerca da continuidade ou da limitação do tratamento? A autoridade parental autoriza a imposição de medidas consideradas fúteis pela equipe médica? Pode o Estado intervir para proteger o melhor interesse da criança quando houver conflito entre familiares e profissionais de saúde?

A resposta a essas indagações exige a articulação entre bioética, direito constitucional, proteção integral e teoria dos direitos fundamentais, especialmente porque a criança, embora incapaz para os atos da vida civil, é sujeito de direitos e titular de dignidade própria. É precisamente nesse ponto que se situam os principais dilemas contemporâneos relacionados à terminalidade infantil.

A relevância prática dessas questões tornou-se particularmente evidente em casos paradigmáticos da experiência internacional, como os litígios envolvendo Charlie Gard e Alfie Evans no Reino Unido. Em ambas as situações, equipes médicas e familiares divergiram acerca da continuidade de tratamentos em crianças gravemente enfermas, levando a controvérsia ao Poder Judiciário. Conforme observam Wilkinson e Savulescu, tais casos revelam que os conflitos relacionados ao tratamento médico de crianças não se restringem à esfera clínica, mas envolvem discussões complexas acerca dos direitos dos pais, do melhor interesse da criança e do papel das instituições estatais na resolução de desacordos sobre decisões terapêuticas.¹⁷

Esses casos demonstram que a proteção integral não elimina os conflitos decisórios, mas exige a construção de critérios jurídicos capazes de harmonizar autoridade parental, conhecimento médico e melhor interesse da criança. É precisamente a busca por esses critérios que orientará a análise desenvolvida nos capítulos seguintes.

Em síntese, a bioética, aplicada ao fim da vida, atua como instância crítica de humanização do cuidado. Seu papel é recordar que a medicina existe para a pessoa, e não o contrário; que proteger a vida não significa prolongar o sofrimento; e que a dignidade humana só se realiza quando o cuidado respeita, simultaneamente, os limites da técnica e a profundidade da condição humana. É a partir desse marco que se pode avançar para o problema específico da

¹⁷ WILKINSON, Dominic; SAVULESCU, Julian. **Ethics, Conflict and Medical Treatment for Children: From Disagreement to Dissensus**. London: Elsevier, 2018, p. ix-xi.

terminalidade em pediatria, onde essas tensões se intensificam e exigem ainda maior rigor ético e sensibilidade jurídica.

3 A TERMINALIDADE DA VIDA EM PEDIATRIA: ESPECIFICIDADES ÉTICAS E CLÍNICAS

A terminalidade em pediatria apresenta especificidades que impedem sua equiparação ao fim da vida em pacientes adultos. Embora a finitude seja inerente à condição humana, a morte de uma criança rompe expectativas familiares, sociais e institucionais. Associada ao desenvolvimento e às possibilidades futuras, a infância faz com que a doença grave e incurável ultrapasse a esfera clínica, projetando seus efeitos sobre as dimensões afetiva, simbólica e jurídica que permeiam o cuidado.

Basta imaginar uma criança acometida por doença neuromuscular degenerativa, dependente de ventilação mecânica e sem perspectiva terapêutica curativa. A cada intercorrência clínica renova-se a dúvida sobre a conveniência de novas intervenções invasivas ou da adoção de medidas centradas exclusivamente no conforto. É precisamente nesse contexto que a terminalidade pediátrica revela sua singular complexidade ética e jurídica.

Essa particularidade não autoriza, contudo, que a criança seja tratada como objeto de compaixão ou como extensão emocional da vontade dos adultos. A criança gravemente enferma continua sendo pessoa humana, sujeito de direitos e titular de dignidade própria,¹⁸ ainda que se encontre em condição peculiar de desenvolvimento e, muitas vezes, sem plena capacidade para compreender a complexidade das decisões terapêuticas que lhe dizem respeito. A terminalidade pediátrica, portanto, exige uma ética do cuidado que reconheça simultaneamente a vulnerabilidade da criança e sua condição de sujeito, evitando tanto o abandono quanto a obstinação terapêutica.

A centralidade do melhor interesse da criança impede que as decisões médicas sejam reduzidas exclusivamente à vontade dos pais ou dos profissionais de saúde, exigindo que o benefício esperado para o paciente pediátrico seja

¹⁸ ISHIDA, Valter Kenji. **A infração administrativa no Estatuto da criança e do adolescente**. São Paulo: Atlas, 2009, p. 7, grifo do autor.

avaliado a partir de seus próprios interesses e necessidades, ainda que estes eventualmente entrem em tensão com as convicções dos adultos responsáveis.¹⁹

A dificuldade maior reside no fato de que, em pediatria, a tomada de decisão raramente se estrutura a partir de uma manifestação autônoma plena do paciente. Ao contrário do adulto capaz, que pode consentir ou recusar tratamentos com base em sua autodeterminação, a criança depende de uma rede de proteção composta pela família, pela equipe de saúde e, em situações de conflito, pelo próprio Estado. Essa rede, todavia, não pode ser compreendida como espaço de substituição absoluta da criança, mas como estrutura destinada a promover seu melhor interesse, sua dignidade e sua proteção integral.²⁰

Não são incomuns situações em que adolescentes compreendem plenamente a gravidade de sua enfermidade e manifestam preferências acerca de procedimentos dolorosos ou de medidas de conforto, enquanto crianças menores expressam suas percepções por meio do sofrimento, da recusa a determinados procedimentos ou da necessidade de permanecer próximas de seus familiares. Em ambos os casos, a escuta da criança assume relevância ética, ainda que não corresponda a um consentimento juridicamente válido.

A participação da criança nas decisões relacionadas à sua saúde não constitui mera liberalidade dos adultos responsáveis, mas decorre do reconhecimento de sua condição de sujeito de direitos. Nesse sentido, Eekelaar sustenta que a construção de uma teoria dos direitos da criança pressupõe a criação de mecanismos que lhe permitam expressar suas percepções, sendo indispensável que suas manifestações sejam consideradas com seriedade e respeito.²¹

Ainda que a capacidade decisória infantil se desenvolva progressivamente, a escuta da criança deve integrar o processo deliberativo sempre que sua idade e maturidade permitirem, em consonância com o paradigma contemporâneo da proteção integral e da autonomia em desenvolvimento.

¹⁹ DIEKEMA, Douglas S. **Parental refusals of recommended medical interventions**. In: DIEKEMA, Douglas S.; MERCURIO, Mark R.; ADAM, Mary B. (ed.). *Clinical Ethics in Pediatrics: A Case-Based Textbook*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011, p. 14-17.

²⁰ BRASIL. Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990. **Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 nov. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm. Acesso em: 21 jun. 2026.

²¹ EEKELAAR, John. **The importance of thinking that children have rights**. *International Journal of Law and the Family*, Oxford, v. 6, n. 1, p. 221-235, 1992.

Nesse ponto, o assentimento infantil assume papel relevante. Diferentemente do consentimento informado, que pressupõe capacidade jurídica e compreensão suficiente para autorizar ou recusar determinada intervenção, o assentimento corresponde à participação possível da criança no processo decisório. Trata-se de reconhecer que, mesmo quando a decisão formal caiba aos responsáveis legais, a criança não deve ser reduzida ao silêncio. Sua percepção sobre dor, medo, sofrimento, cansaço, desconforto e desejo de permanência junto à família possui significado ético próprio.

A escuta da criança gravemente enferma não deve ser confundida com a transferência indevida do peso da decisão para quem ainda se encontra em desenvolvimento. O que se exige não é que a criança suporte sozinha a responsabilidade por escolhas trágicas, mas que sua subjetividade seja preservada no processo de cuidado.²²

A proteção integral não se realiza quando os adultos decidem ignorando completamente a experiência concreta da criança. Ao contrário, quanto maior a vulnerabilidade, maior deve ser o esforço de escuta, acolhimento e interpretação prudente de suas necessidades, assegurando sua participação no processo decisório de forma compatível com seu grau de desenvolvimento, sem afastar a responsabilidade ética e jurídica dos pais, responsáveis e da equipe de saúde.²³

A Convenção sobre os Direitos da Criança reforça essa compreensão ao consagrar o direito da criança de expressar sua opinião nos assuntos que lhe digam respeito, atribuindo-se a essa manifestação o devido peso conforme sua idade e maturidade.²⁴ No mesmo sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente reconhece crianças e adolescentes como pessoas em condição peculiar de desenvolvimento e sujeitos de direitos fundamentais, inclusive à dignidade, ao respeito e à liberdade.²⁵ Desse modo, a terminalidade pediátrica deve ser

²² BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Principles of Biomedical Ethics**. 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019, p. 89.

²³ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Bioethics. **Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice**. *Pediatrics*. Itasca, v. 138, n. 2, e20161484, 2016. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/issue/138/2>. Acesso em: 1 jul. 2026.

²⁴ FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 1 jul. 2026.

²⁵ BRASIL. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Arts. 3º, 15, 16 e 100, parágrafo único.

enfrentada a partir de um modelo decisório que una proteção e participação, cuidado e escuta, autoridade adulta e reconhecimento da criança como pessoa.

A autoridade parental, nesse contexto, desempenha papel indispensável, mas não ilimitado. Pais ou responsáveis legais são, em regra, aqueles que melhor conhecem a história, os valores, os medos e os vínculos afetivos da criança. Por isso, sua presença no processo decisório não é apenas juridicamente necessária, mas eticamente valiosa. A família não deve ser tratada como obstáculo à racionalidade médica, mas como parte constitutiva do cuidado, especialmente em situações de sofrimento extremo.²⁶

Todavia, a autoridade parental não se confunde com poder de disposição irrestrita sobre a vida ou o corpo da criança. No paradigma da proteção integral, os pais exercem responsabilidades em favor dos filhos, e não poderes absolutos sobre eles. Isso significa que decisões familiares devem ser respeitadas enquanto compatíveis com a dignidade, a saúde e o melhor interesse da criança. Quando a vontade dos responsáveis se converte em imposição de sofrimento desproporcional, recusa injustificada de cuidados paliativos ou exigência de tratamentos manifestamente fúteis, surge um campo de tensão que exige resposta ética e jurídica qualificada.²⁷

Imagine-se a hipótese em que a equipe médica conclui que sucessivas reanimações cardiopulmonares apenas prolongarão o sofrimento de uma criança em estado irreversível, enquanto os pais, movidos pela esperança de uma recuperação extraordinária, exigem a adoção de todas as medidas disponíveis. Não se trata de ausência de amor parental nem de insensibilidade médica, mas da colisão entre diferentes compreensões acerca da melhor forma de proteger aquela criança.

A equipe de saúde, por sua vez, também não detém poder soberano sobre a decisão. Embora o conhecimento técnico seja indispensável para avaliar diagnóstico, prognóstico e proporcionalidade terapêutica, ele não esgota o conteúdo ético da deliberação. A boa prática exige comunicação transparente,

²⁶ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Bioethics. **Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice.** *Pediatrics*. Itasca, v. 138, n. 2, e20161484, 2016. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/issue/138/2>. Acesso em: 1 jul. 2026.

²⁷ DIEKEMA, Douglas S. **Parental refusals of medical treatment: the harm principle as threshold for state intervention.** *Theoretical Medicine and Bioethics*. Dordrecht, v. 25, n. 4, 2004, p. 243-264.

decisão compartilhada e respeito às perspectivas da família e da criança, conforme seu grau de desenvolvimento.

É justamente nesse ponto que se revela a importância da decisão compartilhada. Em pediatria, a decisão sobre limitação terapêutica deve resultar de processo deliberativo, e não de imposição unilateral. Tal processo envolve diálogo contínuo entre equipe médica, equipe multiprofissional, pais ou responsáveis e, sempre que possível, a própria criança. A finalidade não é produzir consenso artificial, mas construir uma decisão prudente, proporcional e orientada pelo melhor interesse do paciente pediátrico.²⁸

O melhor interesse da criança, entretanto, não pode ser invocado como fórmula vazia. Em contextos de terminalidade, ele deve ser concretizado a partir de critérios clínicos, éticos e jurídicos. Entre esses critérios, destacam-se a possibilidade real de benefício terapêutico, a intensidade do sofrimento imposto, a proporcionalidade entre meios e fins, a irreversibilidade do quadro, a existência de alternativas paliativas, a preservação de vínculos afetivos, a escuta possível da criança e a proteção de sua dignidade. O melhor interesse não é necessariamente aquilo que os pais desejam, nem automaticamente aquilo que a equipe médica recomenda; é o resultado de uma ponderação responsável entre cuidado, proteção e humanidade.

Esse sofrimento múltiplo revela que a obstinação terapêutica em pediatria possui gravidade particular. Quando tratamentos invasivos, dolorosos e sem perspectiva razoável de benefício são mantidos apenas para adiar a morte, a criança pode ser submetida a um processo de morrer tecnologicamente prolongado, mas humanamente empobrecido. Nesses casos, a insistência terapêutica deixa de expressar proteção da vida e passa a representar prolongamento do sofrimento. A pergunta ética fundamental deixa de ser "ainda é possível fazer algo?" e passa a ser "aquilo que ainda é possível fazer beneficia concretamente esta criança?".²⁹

A resposta a essa pergunta exige distinguir tratamento curativo, tratamento de suporte, limitação terapêutica e cuidados paliativos. A limitação ou suspensão de medidas desproporcionais não significa abandono, e sim

²⁸ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Bioethics. **Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice.** *Pediatrics*. Itasca, v. 138, n. 2, e20161484, 2016, p. 3. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/issue/138/2>. Acesso em: 1 jul. 2026.

²⁹ SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética.** México: Editorial Diana, 1996, p. 165-166.

reconhecimento de que determinados recursos deixaram de cumprir finalidade terapêutica legítima.³⁰ O cuidado não termina quando a cura deixa de ser possível. Ao contrário, é justamente nesse momento que o cuidado se torna ainda mais necessário, porque passa a ter como centro o alívio do sofrimento, a preservação da dignidade e o acompanhamento da criança e da família.

Na terminalidade pediátrica, cuidar deixa de significar apenas intervir sobre a doença e passa a significar, sobretudo, permanecer ao lado da criança durante todo o percurso do adoecimento. Ainda que a medicina encontre limites para modificar a evolução clínica, não se esgota o dever de aliviar o sofrimento, preservar a dignidade e oferecer amparo à criança e à sua família. O verdadeiro cuidado, nessa perspectiva, não se mede exclusivamente pela capacidade de prolongar a vida, mas também pela forma como acompanha a pessoa quando a cura já não constitui um horizonte possível.

Também é equivocado compreender os cuidados paliativos como expressão de desistência terapêutica. Eles representam a redefinição dos objetivos do cuidado. Quando a cura deixa de ser possível ou as intervenções se tornam desproporcionais, a prioridade passa a ser o alívio do sofrimento, o acompanhamento da criança e de sua família e a preservação de sua dignidade. O foco deixa de recair exclusivamente sobre a doença e passa a concentrar-se na pessoa e na qualidade do cuidado.³¹

A mudança de paradigma pressupõe comunicação clara, empática e contínua entre a equipe de saúde e a família. Na terminalidade pediátrica, falhas na comunicação podem ampliar a angústia, dificultar a compreensão do quadro clínico e comprometer a participação consciente dos responsáveis nas decisões. Da mesma forma, a omissão ou a criação de expectativas incompatíveis com a realidade tendem a fragilizar a confiança e a tornar o processo decisório ainda mais doloroso.

Muitas controvérsias que posteriormente chegam ao Poder Judiciário têm origem menos na discordância sobre o diagnóstico e mais na ruptura da confiança entre família e equipe médica. Quando os pais não compreendem

³⁰ DADALTO, Luciana. **Testamento vital**. 5. ed. Indaiatuba: Foco, 2020, p. 35-41.

³¹ PESSINI, Leocir. **Dizer adeus à vida com dignidade**. Folha de S.Paulo, São Paulo, 4 out. 2003. Tendências/Debates. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz0410200310.htm>. Acesso em: 2 jul. 2026.

adequadamente o prognóstico ou sentem que não participaram efetivamente do processo deliberativo, a judicialização tende a tornar-se mais provável.

A comunicação deve ser gradual, empática e honesta. Não se trata de eliminar a esperança, mas de ressignificá-la à luz da realidade clínica. Quando a cura deixa de ser possível, a esperança passa a concentrar-se no conforto, na presença da família, no alívio do sofrimento e na preservação da dignidade da criança. Essa transição exige tempo, escuta e acompanhamento contínuo, incompatíveis com abordagens frias ou meramente burocráticas.

Embora a família ocupe posição central no processo decisório, sua atuação encontra limites no melhor interesse da criança. A recusa dos pais à limitação terapêutica pode decorrer do amor, da esperança ou de convicções pessoais, mas não justifica a manutenção de intervenções que apenas prolonguem o sofrimento. O desafio ético consiste em acolher a família sem afastar a criança do centro da proteção e do cuidado.

A equipe médica deve reconhecer que a indicação de cuidados paliativos e a limitação de tratamentos fúteis exigem fundamentação clínica consistente. Não basta afirmar genericamente que não há mais possibilidade de tratamento curativo. É indispensável demonstrar a irreversibilidade do quadro, a ausência de benefício proporcional das intervenções propostas, as alternativas de cuidado disponíveis e os objetivos terapêuticos definidos.³² A decisão deve ser registrada, discutida de forma interdisciplinar e comunicada de maneira clara e compreensível à família.

A terminalidade pediátrica evidencia que as decisões sobre o fim da vida ultrapassam a esfera privada da relação entre médicos e família. Exigem suporte institucional, com atuação multiprofissional, apoio psicossocial e espaços adequados para deliberação e mediação de conflitos. A inexistência desses mecanismos favorece a judicialização de controvérsias que poderiam ser resolvidas de forma mais dialogada.

A judicialização, embora necessária em situações excepcionais, não deve constituir a primeira resposta ao desacordo. Sempre que possível, o conflito deve ser enfrentado por meio do diálogo, da escuta qualificada, da segunda opinião

³² AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Bioethics. **Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice.** *Pediatrics*. Itasca, v. 138, n. 2, e20161484, 2016, p. 2 e 5. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/issue/138/2>. Acesso em: 1 jul. 2026.

médica e da deliberação ética. A intervenção judicial justifica-se quando houver impasse persistente ou risco de comprometimento do melhor interesse da criança. Nessas hipóteses, a decisão judicial deve ser célere, prudente e orientada por critérios técnicos, jurídicos e bioéticos.

A terminalidade pediátrica caracteriza-se pela sobreposição de vulnerabilidades que alcançam a criança, a família, a equipe de saúde e as instituições. Por isso, as decisões relacionadas ao fim da vida exigem deliberação qualificada, incompatível tanto com a simples transposição da autonomia adulta quanto com a concentração do poder decisório em um único sujeito.

Em síntese, a terminalidade da vida em pediatria exige um modelo decisório pautado na proteção integral, no melhor interesse da criança, na escuta possível do paciente, na responsabilidade parental, na proporcionalidade terapêutica e na centralidade dos cuidados paliativos. Mesmo quando a cura deixa de ser possível, permanece o dever de assegurar cuidado humanizado, capaz de preservar a dignidade da criança até o fim da vida.³³

É a partir dessas premissas que se torna possível avançar para o exame dos limites éticos e jurídicos das decisões sobre a terminalidade infantil, especialmente nos casos em que a equipe médica e os responsáveis legais divergem acerca da continuidade, limitação ou suspensão de tratamentos. Nesses conflitos, a questão decisiva não será apenas identificar quem possui autoridade para decidir, mas determinar quais critérios tornam legítima uma decisão tomada em nome da criança.

4 A LEGITIMIDADE DAS DECISÕES SOBRE A TERMINALIDADE INFANTIL: PARÂMETROS ÉTICO-JURÍDICOS

A crescente sofisticação da medicina ampliou significativamente a capacidade de prolongar a vida por meio de recursos artificiais de suporte vital, como ventilação mecânica, terapias dialíticas, dispositivos de assistência circulatória, nutrição artificial e outras intervenções intensivas. Embora esses avanços representem importante conquista científica, também inauguram complexos dilemas éticos e jurídicos, especialmente quando a manutenção

³³ KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução de Paulo Menezes. 10. ed. São Paulo: WMF Martins Fonte, 2017, p. 20-21.

dessas medidas deixa de proporcionar benefício clínico ao paciente e passa apenas a prolongar o processo de morrer.³⁴

No contexto pediátrico, esses dilemas tornam-se ainda mais complexos. Diferentemente do paciente adulto capaz, as decisões envolvem pais ou responsáveis, equipe multiprofissional de saúde e, em situações excepcionais, o Poder Judiciário. Nesse cenário, a legitimidade das decisões depende da harmonização entre direitos fundamentais, princípios bioéticos e o princípio da proteção integral da criança.³⁵

Todas as decisões relativas à terminalidade infantil convergem para uma questão central: identificar qual solução melhor concretiza o interesse da própria criança. Embora diversos princípios bioéticos e constitucionais incidam sobre a matéria, é o princípio do melhor interesse da criança que assume função estruturante no processo decisório. Mais do que um critério interpretativo, ele constitui verdadeiro eixo de legitimação das decisões médicas, familiares e judiciais, orientando a aplicação da dignidade da pessoa humana, da proteção integral, da proporcionalidade terapêutica e dos cuidados paliativos.

Nesse cenário, a primeira questão jurídica consiste em definir se a limitação ou a suspensão de tratamentos pode ser compatível com a Constituição. A resposta pode ser extraída da própria ordem constitucional: embora proteja a vida como direito fundamental, a Constituição de 1988 não impõe a utilização ilimitada de recursos terapêuticos nem a manutenção de intervenções incapazes de proporcionar benefício real ao paciente. A interpretação sistemática dos arts. 1º, III, 5º, caput, 196 e 227 evidencia que a tutela da vida deve ser concretizada em harmonia com a dignidade da pessoa humana, a proporcionalidade e a proteção integral da criança.

Essa compreensão afasta duas interpretações incompatíveis com a Constituição. A primeira equipara a proteção da vida à sua mera manutenção biológica, tratando toda limitação terapêutica como violação ao direito à vida. A segunda reduz a dignidade humana à disponibilidade da própria existência, admitindo decisões baseadas em juízos subjetivos sobre o valor da vida. A

³⁴ JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica (tradução de Mariane Lisboa, Luiz Barros Montez). Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio, 2006, p. 57-59.

³⁵ WILKINSON, Dominic; HERRING, Jonathan; SAVULESCU, Julian. **Medical ethics and law: a curriculum for the 21st century**. 3. ed. Amsterdam: Elsevier, 2019, p. 167-170.

Constituição brasileira não autoriza nenhuma dessas posições:³⁶ protege a vida, mas não impõe a manutenção indefinida de intervenções desproporcionais e sem benefício clínico.

A distinção entre limitação terapêutica e eutanásia é central para a análise jurídica. A eutanásia consiste em provocar intencionalmente a morte do paciente para cessar o sofrimento. Já a limitação terapêutica envolve a suspensão ou não adoção de medidas fúteis ou desproporcionais, permitindo a evolução natural da doença, sem abandono do paciente.³⁷ Nessa hipótese, os cuidados são redirecionados ao controle de sintomas, ao conforto e à preservação da dignidade no processo de morrer.

No âmbito constitucional, essa conclusão decorre da própria concepção de dignidade adotada pela Constituição de 1988. Como observa Ingo Wolfgang Sarlet, a dignidade da pessoa humana exerce simultaneamente função fundamentadora e limitadora da atuação estatal. Ela impõe deveres positivos de proteção, mas também impede que a pessoa seja instrumentalizada em nome de objetivos que deixem de considerar sua concreta condição existencial.³⁸ Em matéria de terminalidade, isso significa reconhecer que a proteção constitucional da vida não se confunde com a obrigação de prolongar biologicamente o organismo mediante intervenções incapazes de restaurar a saúde ou oferecer benefício proporcional ao paciente.

A proporcionalidade terapêutica constitui parâmetro de legitimidade das decisões médicas. Todo tratamento deve manter relação equilibrada entre benefícios, riscos e impactos sobre a qualidade de vida do paciente. Quando a intervenção deixa de oferecer benefício clínico razoável e passa apenas a prolongar o sofrimento, sua manutenção perde justificativa ética e constitucional. A limitação terapêutica, nessas hipóteses, não diminui o valor da vida da criança, mas reafirma que sua dignidade permanece íntegra mesmo quando a cura já não é possível.

Essa compreensão assume relevância ainda maior em pacientes pediátricos. A criança gravemente enferma permanece titular de todos os direitos

³⁶ SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 10. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015, p. 118-124.

³⁷ GOMES, Luiz Flávio. **Eutanásia, morte assistida e ortotanásia**: dono da vida, o ser humano é também dono da sua própria morte? *Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, n. 26, p. 171-179, jul./dez. 2007.

³⁸ SARLET, Ingo Wolfgang, op. cit., p. 118-124.

fundamentais assegurados pela Constituição e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Sua condição peculiar de desenvolvimento não reduz a intensidade da proteção constitucional; ao contrário, amplia os deveres de cuidado da família, da equipe médica e do Estado.³⁹ O princípio da proteção integral exige que toda decisão clínica seja orientada pelo melhor interesse da criança, o que impede tanto a obstinação terapêutica quanto o abandono assistencial.

Os conflitos tornam-se mais complexos quando pais e equipe médica atribuem significados distintos à proteção da vida da criança. Enquanto os profissionais podem concluir que determinado tratamento apenas prolonga sofrimento sem benefício clínico relevante, os responsáveis frequentemente veem sua continuidade como expressão de esperança e dever de cuidado. Nenhuma dessas posições prevalece automaticamente. A legitimidade da decisão depende de demonstrar que a conduta adotada melhor realiza o interesse da criança, à luz das evidências clínicas, dos princípios bioéticos e dos direitos fundamentais envolvidos.

É nesse contexto que se evidencia o papel do Direito nas decisões de fim de vida em pediatria. Embora não lhe caiba substituir a Medicina na avaliação clínica, compete-lhe estabelecer os parâmetros de legitimidade das decisões que envolvem direitos fundamentais. Cabe ao Direito impedir tanto que a limitação terapêutica se converta em abandono quanto que a proteção da vida seja interpretada como dever de prolongar indefinidamente intervenções fúteis. Sua função, portanto, não é escolher entre vida e morte, mas assegurar que as decisões respeitem a dignidade da criança, a proteção integral e a finalidade humanizadora da medicina.⁴⁰

A legitimidade da decisão depende da demonstração de que a alternativa adotada atende ao melhor interesse da criança, à luz das evidências científicas, dos princípios bioéticos e dos direitos fundamentais. Esse princípio exige avaliação individualizada da situação clínica, da proporcionalidade entre riscos e benefícios e da preservação da dignidade da criança, não se confundindo com a

³⁹ VERONESE, Josiane Rose Petry; COSTA, Marli Marlene Moraes da. **Diálogos entre o Direito da Criança e do Adolescente e o Direito de Família**. Florianópolis: Habitus, 2026, p. 112.

⁴⁰ BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Leticia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida**. *Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, n. 40, p. 103-134, abr./jun. 2011.

vontade da família ou com a recomendação médica, mas decorrendo de um processo deliberativo centrado na criança como sujeito de direitos.

A doutrina da proteção integral desloca o foco das decisões para a tutela dos direitos da criança, ampliando os deveres de cuidado da família, da equipe de saúde e do Estado.⁴¹ Nesse contexto, a limitação terapêutica somente se legitima quando decorre de processo deliberativo ético, transparente, fundamentado e devidamente documentado, orientado pelo diálogo e pela busca de consenso.

Quando, apesar desses esforços, o consenso se revela impossível, a controvérsia ultrapassa a esfera clínica e ingressa no âmbito jurisdicional. Nessa hipótese, cabe ao Poder Judiciário não substituir a Medicina na formulação do diagnóstico ou do prognóstico, mas verificar se a decisão proposta observa os parâmetros constitucionais de proteção da criança, encontra respaldo técnico idôneo e concretiza seu melhor interesse. Sua atuação visa assegurar que a limitação terapêutica não se converta em abandono assistencial nem que a proteção constitucional da vida seja interpretada como dever de prolongar indefinidamente intervenções manifestamente fúteis.

Foi precisamente esse tipo de conflito que marcou os casos paradigmáticos Charlie Gard⁴² e Alfie Evans.⁴³ Em ambos, pais e equipes médicas divergiram quanto à continuidade do tratamento de crianças acometidas por enfermidades irreversíveis e sem perspectiva terapêutica reconhecida. As decisões proferidas pelos tribunais ingleses não atribuíram prevalência automática à autoridade médica nem afastaram a relevância da vontade dos pais. O eixo central da controvérsia residiu na aplicação concreta do princípio do melhor interesse da criança como critério de solução para conflitos envolvendo pacientes pediátricos em situação de extrema vulnerabilidade.

Embora inseridos em contexto normativo distinto, tais precedentes oferecem importantes subsídios para a reflexão no direito brasileiro. Mais do que

⁴¹ AMIN, Andréa Rodrigues. **O direito material sob o enfoque constitucional**. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (coord.). *Curso de direito da criança e do adolescente: aspectos teóricos e práticos*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010, p. 10.

⁴² UNITED KINGDOM. High Court of Justice. Family Division. **Great Ormond Street Hospital for Children NHS Foundation Trust v Yates and Gard**. [2017] EWHC 1909 (Fam). Julgado em 24 jul. 2017. Disponível em: <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2017/07/gosh-v-gard-24072017.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2026.

⁴³ ENGLISH, Rosalind. **Seriously sick child and distraught parents – where to draw the line**. UK Human Rights Blog, 26 fev. 2018. Disponível em: https://ukhumanrightsblog.com/2018/02/26/seriously-sick-child-and-distraught-parents-where-to-draw-the-line/?utm_. Acesso em: 4 jul. 2026.

importar soluções estrangeiras, interessa compreender os critérios utilizados para harmonizar proteção integral, dignidade da pessoa humana, responsabilidade parental, proporcionalidade terapêutica e tutela dos direitos fundamentais da criança.

A utilização de precedentes estrangeiros não decorre da intenção de transplantar soluções construídas em contexto normativo diverso, mas da possibilidade de identificar critérios argumentativos compatíveis com o constitucionalismo brasileiro. Em temas relacionados à bioética e aos direitos fundamentais, a experiência comparada desempenha relevante função heurística, permitindo compreender como diferentes ordens jurídicas enfrentam problemas semelhantes sem afastar a necessária observância das peculiaridades do ordenamento nacional.

Entre eles, destaca-se inicialmente o caso Charlie Gard, apreciado sucessivamente pela *High Court of Justice*, pela *Court of Appeal*, pela *Supreme Court of the United Kingdom* e, posteriormente, pela *European Court of Human Rights*.⁴⁴ Sua repercussão internacional decorreu da necessidade de definir, diante do desacordo entre os pais e a equipe médica, se a manutenção de tratamento experimental correspondia ao melhor interesse da criança.

Charlie Gard nasceu em agosto de 2016 e, poucos meses depois, foi diagnosticado com síndrome de depleção do DNA mitocondrial (MDDS), doença genética rara, progressiva e irreversível que lhe ocasionou grave comprometimento neurológico, perda da função muscular e dependência permanente de ventilação mecânica. Internado no *Great Ormond Street Hospital* (GOSH), a equipe médica concluiu que inexistiam tratamentos eficazes capazes de modificar a evolução da enfermidade, razão pela qual a manutenção do suporte artificial de vida apenas prolongaria o processo biológico do morrer, sem perspectiva de recuperação.

Os pais, entretanto, discordaram dessa avaliação e buscaram submeter o filho a tratamento experimental de reposição de nucleosídeos nos Estados Unidos, cuja eficácia jamais havia sido demonstrada para pacientes em estágio clínico semelhante. Diante da impossibilidade de consenso, o hospital submeteu a

⁴⁴ EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS. **Gard and Others v. the United Kingdom**. Application n. 39793/17. Decision of 27 June 2017. Strasbourg: European Court of Human Rights, 2017. Disponível em: <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22%3A%5B%22001-175359%22%5D%7D>. Acesso em: 4 jul. 2026.

controvérsia ao Poder Judiciário, requerendo autorização para substituir as medidas curativas por cuidados exclusivamente paliativos. A questão jurídica, portanto, não consistia em autorizar a morte da criança, mas em definir se seria legítima a continuidade de tratamento considerado clinicamente fútil diante da irreversibilidade da doença.

Ao julgar o caso, a *High Court of Justice* reconheceu a legitimidade da esperança e da dedicação dos pais, mas concluiu, com base em robusta prova pericial, que o tratamento experimental não oferecia perspectiva razoável de benefício clínico e apenas prolongaria o sofrimento da criança. A decisão afirmou que, diante do conflito entre familiares e equipe médica, o critério decisório não é a prevalência automática da vontade dos pais ou da opinião médica, mas a concretização do melhor interesse da criança, aferido à luz das evidências científicas disponíveis e da proteção de sua dignidade.

Na mesma linha, o caso *Alfie Evans*, julgado pelos tribunais ingleses em 2018, envolveu criança acometida por grave doença neurodegenerativa, progressiva e irreversível, mantida em ventilação mecânica e sem perspectiva terapêutica de recuperação. A equipe médica recomendou a limitação do suporte artificial de vida e a adoção exclusiva de cuidados paliativos, enquanto os pais pleiteavam sua transferência para hospital na Itália, onde pretendiam dar continuidade ao tratamento. Diante da ausência de consenso, a controvérsia foi submetida ao Poder Judiciário, que concluiu, em todas as instâncias, que a manutenção do tratamento e a transferência internacional não atendiam ao melhor interesse da criança, diante da inexistência de benefício clínico demonstrado.⁴⁵

Os casos *Charlie Gard* e *Alfie Evans* consolidam a compreensão de que a autoridade parental, embora mereça elevado respeito, não possui caráter absoluto quando confrontada com os direitos fundamentais da criança. Em ambos, os tribunais afirmaram que a legitimidade das decisões em fim de vida decorre da avaliação técnica idônea, da proporcionalidade terapêutica e da concretização do melhor interesse da criança, reafirmando que a intervenção

⁴⁵ UNITED KINGDOM. High Court of Justice (Family Division). **Alder Hey Children's NHS Foundation Trust v. Evans & Others**. [2018] EWHC 308 (Fam). Julgamento de 20 fev. 2018. Londres: Judiciary of England and Wales, 2018. Disponível em: <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2018/02/alder-hey-v-evans.pdf?>. Acesso em: 4 jul. 2026.

judicial busca assegurar a proteção integral do paciente pediátrico, e não substituir a Medicina ou restringir arbitrariamente a autonomia familiar.

O diálogo com esses precedentes revela que, embora estruturados sob sistemas jurídicos distintos, os conflitos relacionados à terminalidade infantil apresentam questões comuns às democracias constitucionais contemporâneas, especialmente quanto à harmonização entre autoridade parental, autonomia técnica da equipe médica, dignidade da pessoa humana e melhor interesse da criança. É precisamente nessa dimensão principiológica, e não na reprodução mecânica das soluções estrangeiras, que reside sua utilidade para a reflexão desenvolvida no direito brasileiro.

Da análise da Constituição da República, do Estatuto da Criança e do Adolescente, da bioética contemporânea e dos precedentes examinados, extrai-se que o ordenamento jurídico brasileiro oferece fundamentos suficientes para orientar as decisões sobre terminalidade infantil, mesmo na ausência de disciplina legislativa específica. Não se trata de importar automaticamente as soluções adotadas pelos tribunais estrangeiros, mas de reconhecer que conflitos semelhantes exigem respostas compatíveis com a proteção integral da criança, a dignidade da pessoa humana e o princípio do melhor interesse.

Nesse contexto, a criança deve ocupar posição central no processo decisório como sujeito de direitos.⁴⁶ A autoridade parental, embora indispensável, não possui caráter absoluto, assim como a autonomia técnica da equipe médica encontra limites na necessidade de respaldo científico consistente e na observância da proporcionalidade terapêutica. A limitação de tratamentos somente se justifica quando demonstrada a irreversibilidade do quadro clínico, a ausência de benefício terapêutico proporcional e a preservação da dignidade da criança, sempre acompanhada da oferta integral de cuidados paliativos e precedida de processo deliberativo transparente, compartilhado e, sempre que possível, consensual.⁴⁷

⁴⁶ LIMA, Fernanda da Silva; VERONESE, Josiane Rose Petry. **A proteção integral de crianças e adolescentes negros no Brasil**: uma abordagem a partir dos instrumentos normativos internacionais de proteção aos direitos humanos. Revista Direitos Fundamentais & Democracia, Curitiba, v. 7, n. 7, p. 425-439, jan./jun. 2010, p. 428.

⁴⁷ CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006**. Dispõe sobre a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de doentes em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 4 jul. 2026.

Persistindo divergência insuperável, a intervenção judicial assume caráter subsidiário, cabendo ao Poder Judiciário assegurar que a decisão observe os parâmetros constitucionais de proteção da criança, sem substituir a avaliação médica. A legitimidade das decisões em fim de vida decorre, assim, da harmonização entre evidências científicas, princípios bioéticos e direitos fundamentais, permitindo afirmar que a limitação terapêutica, quando orientada pelo melhor interesse da criança e pela preservação de sua dignidade, constitui expressão dos deveres constitucionais de cuidado, e não forma de abandono assistencial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O avanço da medicina ampliou significativamente as possibilidades de intervenção sobre o processo de morrer, tornando cada vez mais frequentes os dilemas relacionados à limitação terapêutica, especialmente na terminalidade pediátrica. Nessas situações, as decisões deixam de envolver apenas aspectos clínicos e passam a exigir a harmonização entre valores éticos, direitos fundamentais e responsabilidades compartilhadas entre família, profissionais de saúde e Estado.

A pesquisa demonstrou que, embora o ordenamento jurídico brasileiro não disponha de disciplina específica para todas as hipóteses de terminalidade infantil, a Constituição da República, o Estatuto da Criança e do Adolescente, os princípios da bioética e as normas éticas da atividade médica fornecem bases suficientes para orientar tais decisões. A proteção da vida deve ser compreendida em conjunto com a dignidade da pessoa humana, a proteção integral da criança e o princípio do melhor interesse, afastando tanto a obstinação terapêutica quanto qualquer forma de abandono assistencial.

A análise dos casos Charlie Gard e Alfie Evans evidenciou que a legitimidade das decisões depende de um processo deliberativo fundamentado, baseado em evidências científicas, na proporcionalidade terapêutica e na preservação dos direitos da criança. Embora provenientes de realidade jurídica diversa, esses precedentes oferecem critérios úteis para a reflexão no contexto brasileiro, sem que isso implique a importação automática de suas soluções.

Conclui-se, assim, que a limitação terapêutica é compatível com a ordem constitucional brasileira quando demonstrada a irreversibilidade do quadro clínico, a ausência de benefício terapêutico proporcional e assegurada a oferta integral de cuidados paliativos. Nessas circunstâncias, a suspensão de tratamentos fúteis não representa renúncia ao dever de proteção, mas forma legítima de concretizar a dignidade da pessoa humana, a proteção integral da criança e o compromisso ético e jurídico de cuidar até o fim da vida.

Em última análise, proteger a criança em situação de terminalidade não significa escolher entre a vida e a morte, mas assegurar que o processo decisório permaneça permanentemente orientado pela dignidade da pessoa humana, pela proteção integral e pelo compromisso constitucional de cuidar, mesmo quando a cura já não constitui uma possibilidade terapêutica.

Em uma época em que a medicina dispõe de recursos cada vez mais sofisticados para prolongar biologicamente a existência, talvez o maior desafio do Direito não seja decidir quando um tratamento deve cessar, mas assegurar que nenhuma decisão faça desaparecer a pessoa por trás da doença. A Bioética recorda que a dignidade humana não se mede pela duração cronológica da vida, mas pela forma como ela é respeitada até o seu último instante. No contexto da terminalidade pediátrica, proteger a criança significa reconhecer que, mesmo quando a cura já não é possível, permanece íntegro o dever ético e jurídico de cuidar. É nessa fidelidade à pessoa concreta — e não à simples persistência biológica da vida — que se revela o verdadeiro compromisso do Estado Constitucional com a proteção integral da infância.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Bioethics. **Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice. Pediatrics**. Itasca, v. 138, n. 2, e20161484, 2016. Disponível em: <https://publications.aap.org/pediatrics/issue/138/2>. Acesso em: 1 jul. 2026.

AMIN, Andréa Rodrigues. **O direito material sob o enfoque constitucional**. In: MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (coord.). *Curso de direito da criança e do adolescente: aspectos teóricos e práticos*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2010.

BARROSO, Luís Roberto; MARTEL, Letícia de Campos Velho. **A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida.** *Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, n. 40, p. 103-134, abr./jun. 2011.

BEAUCHAMP, Tom L; CHILDRESS, James F. **Principles of biomedical ethics.** 7. ed. Oxford: Oxford University Press, 2013.

BRASIL. Decreto n. 99.710, de 21 de novembro de 1990. **Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança.** Diário Oficial da União: Brasília, DF, 22 nov. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm. Acesso em: 21 jun. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006.** Dispõe sobre a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida de doentes em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 4 jul. 2026.

DADALTO, Luciana. **Testamento vital.** 5. ed. Indaiatuba: Foco, 2020.

DIEKEMA, Douglas S. **Parental refusals of recommended medical interventions.** In: DIEKEMA, Douglas S.; MERCURIO, Mark R.; ADAM, Mary B. (ed.). *Clinical Ethics in Pediatrics: A Case-Based Textbook.* Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

DWORKIN, Ronald. **Domínio da vida: aborto, eutanásia e liberdades individuais** (tradução de Jefferson Luiz Camargo). São Paulo: Martins Fontes, 2003.

EEKELAAR, John. **The importance of thinking that children have rights.** *International Journal of Law and the Family*, Oxford, v. 6, n. 1, p. 221-235, 1992.

ELIAS, João Roberto. **Direitos fundamentais da criança e do adolescente.** São Paulo: Saraiva, 2005.

ENGLISH, Rosalind. **Seriously sick child and distraught parents – where to draw the line.** *UK Human Rights Blog*, 26 fev. 2018. Disponível em: <https://ukhumanrightsblog.com/2018/02/26/seriously-sick-child-and-distraught-parents-where-to-draw-the-line/?utm>. Acesso em: 4 jul. 2026.

EUROPEAN COURT OF HUMAN RIGHTS. **Gard and Others v. the United Kingdom.** Application n. 39793/17. Decision of 27 June 2017. Strasbourg: European Court of Human Rights, 2017. Disponível em: [https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:\[%22001-175359%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/fre#{%22itemid%22:[%22001-175359%22]}). Acesso em: 4 jul. 2026.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Direito médico.** 12. ed. ver. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>. Acesso em: 1 jul. 2026.

GOMES, Luiz Flávio. **Eutanásia, morte assistida e ortotanásia**: dono da vida, o ser humano é também dono da sua própria morte? *Revista do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, n. 26, p. 171-179, jul./dez. 2007.

ISHIDA, Valter Kenji. **A infração administrativa no Estatuto da criança e do adolescente**. São Paulo: Atlas, 2009.

JONAS, Hans. **O princípio responsabilidade**: ensaio de uma ética para a civilização tecnológica (tradução de Mariane Lisboa, Luiz Barros Montez). Rio de Janeiro: Contraponto; Ed. PUC-Rio, 2006.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer. Tradução de Paulo Menezes. 10. ed. São Paulo: WMF Martins Fonte, 2017.

LIMA, Fernanda da Silva; VERONESE, Josiane Rose Petry. **A proteção integral de crianças e adolescentes negros no Brasil**: uma abordagem a partir dos instrumentos normativos internacionais de proteção aos direitos humanos. *Revista Direitos Fundamentais & Democracia*, Curitiba, v. 7, n. 7, p. 425-439, jan./jun. 2010.

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

PESSINI, Leocir. **Dizer adeus à vida com dignidade**. Folha de S.Paulo, São Paulo, 4 out. 2003. Tendências/Debates. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz_0410200310.htm. Acesso em: 2 jul. 2026.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 4. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2006.

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

SGRECCIA, Elio. **Manual de bioética**. México: Editorial Diana, 1996.

UNESCO. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Paris: UNESCO, 2005. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por. Acesso em: 03 abr. 2026.

UNITED KINGDOM. High Court of Justice (Family Division). **Alder Hey Children's NHS Foundation Trust v. Evans & Others**. [2018] EWHC 308 (Fam). Julgamento de 20 fev. 2018. Londres: Judiciary of England and Wales, 2018.

Disponível em: <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2018/02/alder-hey-v-evans.pdf?>. Acesso em: 4 jul. 2026.

UNITED KINGDOM. High Court of Justice (Family Division). **Great Ormond Street Hospital for Children NHS Foundation Trust v Yates and Gard**. [2017] EWHC 1909 (Fam). Julgado em 24 jul. 2017. Disponível em: <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2017/07/gosh-v-gard-24072017.pdf>. Acesso em: 4 jul. 2026.

UNITED STATES. **The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research**. Washington, D.C.: Department of Health, Education, and Welfare, 1979. Disponível em: https://www.hhs.gov/ohrp/sites/default/files/the-belmont-report-508c_FINAL.pdf. Acesso em: 03 abr. 2026.

VERONESE, Josiane Rose Petry; COSTA, Marli Marlene Moraes da. **Diálogos entre o Direito da Criança e do Adolescente e o Direito de Família**. Florianópolis: Habitus, 2026.

WILKINSON, Dominic; HERRING, Jonathan; SAVULESCU, Julian. **Medical ethics and law: a curriculum for the 21st century**. 3. ed. Amsterdam: Elsevier, 2019.

WILKINSON, Dominic; SAVULESCU, Julian. **Ethics, Conflict and Medical Treatment for Children: From Disagreement to Dissensus**. London: Elsevier, 2018