

6 - Bioética e biodireito

quem defende os interesses da criança?

Heloisa Helena Barboza

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BARBOZA, HH. Bioética e biodireito: quem defende os interesses da criança? In: SCHRAM, FR., and BRAZ, M., orgs. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Criança, mulher e saúde collection, pp. 125-138. ISBN: 978-85-7541-540-5. Available from: doi: [10.7477/9788575415405](https://doi.org/10.7477/9788575415405). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/wnz6g/epub/schramm-9788575415405.epub>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

BIOÉTICA E BIODIREITO: QUEM DEFENDE OS INTERESSES DA CRIANÇA?

6

Heloisa Helena Barboza

INTRODUÇÃO

Parecem indiscutíveis as maravilhas que as denominadas biotecnociências trouxeram a uma sociedade talvez ainda não preparada para assimilá-las por completo. Exatamente por esse aspecto, parece também não haver dúvida quanto às angústias e aos confrontos que as mesmas vêm gerando em diversos campos do conhecimento humano.

Do mesmo modo, em nenhuma outra época a medicina se especializou tanto e encontrou meios diagnósticos e terapêuticos tão sofisticados, ou dispôs de aparato tecnológico tão avançado. Na mesma medida, porém, aumentaram os conflitos dos médicos: até quando devem ser utilizados os recursos disponíveis e em que medida? Permanece uma obrigação do médico manter a vida a qualquer custo, ainda que os benefícios sejam diminutos em relação à probabilidade de danos ou seqüelas provocados, ou quando se está diante de um quadro irreversível? Neste último caso, é possível se admitir a distanásia?

A orientação hoje vigente é no sentido de respeitar, sempre que possível, a vontade do paciente, embora sejam rejeitados, na maioria dos países, o suicídio assistido e a eutanásia, só permitida na Suíça, Holanda e Bélgica. Se o doente está impossibilitado de manifestar-se, a família – em geral considerada a guardiã do enfermo – tem assumido tal responsabilidade. Deve-se advertir, contudo, que esse entendimento está longe de ser pacífico, merecendo análise específica.

De qualquer modo, tratando-se de adulto, pessoa maior e capaz, a observância da sua vontade encontra amparo no princípio bioético da autonomia, nos cânones do biodireito (Barboza, 2003) e no Código de Ética Médica, cumpridas que sejam as regras sobre a eficácia das declarações de vontade e as limitações estabelecidas à disponibilidade sobre o próprio corpo.

A questão cresce em complexidade se o paciente é criança ou adolescente, incapaz, portanto (ainda que em estado de consciência), de se autodeterminar e de expressar sua livre vontade de forma válida. Além de indagar o que, quando e como fazer, impõe-se verificar se o procedimento cabível 'pode' ser adotado, isto é, se o médico tem pleno poder de decisão ou se depende de autorização para adoção das práticas entendidas cabíveis. Os pais têm o poder para conceder tal autorização? Em qualquer caso? Para qualquer fim?

Considerado o princípio da beneficência, que deve orientar as práticas médicas, é de presumir-se que todas as medidas adotadas em relação aos pacientes sejam para o seu bem-estar. E com mais razão ainda em se tratando de pessoa menor de idade, em que 'todas' as ações, médicas ou não, devem estar voltadas para sua proteção. Portanto, surge a indagação: quem protege, quem defende os interesses da criança?

As breves considerações que se seguem possuem fundamento jurídico, tendo em vista o papel reconhecido ao direito de regulamentador, por excelência, das relações sociais, não só dirimindo conflitos, mas, igualmente, orientando condutas e mesmo promovendo novos comportamentos nessas relações.

A abordagem não compreenderá aspectos penais, em razão de escaparem à ambiciosa proposta do presente: contribuir, ainda que pela mera apresentação de pontos de reflexão, para a solução dos complexos problemas que emergem da relação médico-paciente, sendo a criança ou o adolescente matéria que ainda não mereceu a necessária atenção dos estudiosos do Direito.

Observe-se que a lei cuidou expressamente da proteção à vida e à saúde da criança, a ser atendida mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso,

em condições dignas de existência, assegurando cuidados à gestante, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido (ECA, 1990). Contudo, a proteção da criança já em desenvolvimento, especialmente no que diz respeito a sua saúde, está contida em cláusulas gerais que exigem a necessária interpretação.

A PROTEÇÃO DO INCAPAZ

A lei brasileira, no que diz respeito à “capacidade natural de entendimento, inteligência e vontade própria da pessoa natural” (Amaral, 2003: 230), estabelece duas categorias de pessoas humanas: 1) as capazes, ou seja, as que podem agir por si próprias, gerenciando seu corpo e seus bens; 2) as incapazes, isto é, pessoas a quem a lei não reconhece o poder de se autodeterminar, por força de uma das causas indicadas pelo legislador, como idade ou doença, e que dependerão de outra que ‘decida’, ‘fale’ ou ‘atue’ em seu lugar – em outras palavras, que as represente ou assista até que cesse a causa da incapacidade.

Em função da causa e da menor ou maior possibilidade de consciência dos seus atos, a lei considera, respectivamente, absolutamente incapazes para os atos da vida civil: 1) os menores de 16 anos; 2) os que, por enfermidade ou deficiência mental, não têm discernimento para tais atos; 3) os que, mesmo por causa transitória, não possam exprimir sua vontade. Já os relativamente incapazes são: 1) os maiores de 16 e menores de 18 anos; 2) os ébrios habituais; 3) os toxicômanos; 4) os que, por deficiência mental, tenham discernimento reduzido; 5) os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo (Código Civil, 2002).

O instituto da incapacidade tem por fim a proteção dos incapazes ou, como afirmava a lei civil anterior, a “proteção da pessoa e bem dos incapazes” (Lei 3071/16, 1916). Esta lei atribui a determinadas pessoas poderes sobre os incapazes, para que exerçam diretamente essa proteção. Tais poderes têm como fim e limite, portanto, o interesse do incapaz.

O exercício do poder de representação e assistência encontra-se regulamentado no Código Civil de 2002. A lei civil é razoavelmente clara no que diz respeito à gerência dos bens dos incapazes. O mesmo não se

pode afirmar em relação à pessoa dos incapazes, ou seja, sobre o poder de interferência e decisão que se admite ao representante ou assistente em relação aos interesses não-patrimoniais do incapaz, inclusive seu corpo físico, sobressaindo as questões relativas à sua saúde.

Sob esse último aspecto, a matéria suscita acesa divergência, cujo exemplo é o problema da esterilização cirúrgica de mulheres alienadas mentais. Em alguns casos em que foi requerida autorização judicial para realização da cirurgia, visto reconhecer-se que a matéria é de alta indagação e não se inclui nos limites da representação, as decisões foram contrárias: no caso de portadora de esquizofrenia irreversível, que costumava fugir e retornar grávida, autorizou-se a cirurgia, entendendo-a como “remédio necessário para minorar o mal causado” – no caso, a gravidez (Tribunal de Justiça de São Paulo, 1988). Em outros dois casos, foi negada a autorização: no primeiro, por inexistir “amparo legal, moral ou científico para a pretensão de laqueadura das trompas da interdita” (Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, 1997); no segundo, “por abrir um precedente perigoso e terrível”, sob o fundamento de que o avanço da Ciência poderá mais tarde até curar a psicose de que padecia a mulher, que perderá a possibilidade de procriar, visto não haver garantia de reversão dos efeitos do ato cirúrgico (Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, 1997).

Em todos os casos, sob diferentes argumentos, se objetivava proteger o interesse da mulher incapaz. Destaca-se, contudo, um aspecto comum: a intervenção no corpo da pessoa incapaz, por seus efeitos irreversíveis, ultrapassou o poder de decisão do médico e dos representantes legais dos pacientes, cabendo aos tribunais decidir. A divergência das decisões judiciais, tomadas com o mesmo objetivo – defesa dos interesses do incapaz –, demonstra a dificuldade de encontrar orientação adequada, em face da multiplicidade de fatores envolvidos.

A ação sobre o próprio corpo é matéria que tem posto em confronto os limites do consentimento livre e esclarecido, mesmo de pessoas capazes, visto que se questiona até que limite pode alguém dispor do próprio corpo, quer para fins terapêuticos e experimentais, quer meramente estéticos, aqui incluídas desde cirurgias plásticas, implantes diversos até tatuagens,

para não se falar nas amputações voluntárias (*voluntary amputation*) (Geocities, 2000). Não se cogita, no momento, ações relativas à preservação ou ao prolongamento da própria vida, questão de alta complexidade que merece tratamento distinto.

No caso de pessoas incapazes, a afirmativa de que o seu representante ou assistente – do encarregado, portanto, da defesa dos seus interesses pessoais e patrimoniais – pode autorizar os procedimentos necessários para proteção revela-se de todo insuficiente, como visto no exemplo anteriormente citado.

Em relação ao tratamento, é razoável entender-se que seu poder se restringe aos procedimentos normais, indicados pelo médico como necessários ou convenientes à preservação da saúde da pessoa incapaz. A dificuldade reside em saber o que se deve entender por ‘procedimentos normais’. É também razoável considerar, de modo geral, que os procedimentos de natureza irreversível, que impliquem supressão permanente de órgão, sentido ou função, bem como aqueles que acarretem risco de vida ou de comprometimento grave das aptidões vitais, da saúde mental, mutilação ou deformidade fogem à normalidade.

Nesse sentido, serve de exemplo a lei sobre a disposição de tecidos, órgãos e partes do corpo humano vivo para fins de transplante ou tratamento. A regra impede a disposição por pessoa juridicamente incapaz, exceção feita ao autotransplante, para o qual basta a autorização de um de seus pais ou responsáveis legais. Observe-se que a doação de medula óssea, admitida na forma da lei, por exceção, também aos juridicamente incapazes, desde que o ato não ofereça risco à sua saúde, exige, além do consentimento dos responsáveis legais, autorização judicial.

À evidência, devem ser tomados os procedimentos em caso de emergência ou urgência, destinados a salvar a vida do paciente ou mesmo evitar um dano maior à sua saúde física ou mental, em que há impossibilidade ou dificuldade de se obter a autorização do responsável legal pelo incapaz. Fora dessas hipóteses, a falta de autorização, quando necessária, poderá sujeitar o médico à responsabilização.

O PODER DOS PAIS: LIMITES

A Constituição da República vigente incorporou, ao ordenamento jurídico brasileiro, a denominada doutrina da proteção integral, que se pode traduzir, em síntese, pelo atendimento ao princípio do melhor interesse da criança e do adolescente (Pereira, 2000), assegurando, com absoluta prioridade, direitos próprios à sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (Oliveira, 1996). Entre esses direitos, inclui-se a saúde, devendo o Estado promover programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, considera-se criança a pessoa até 12 anos incompletos e adolescente, o maior de 12 e menor de 18 anos. A lei, na linha da Constituição, além de assegurar a essas pessoas em desenvolvimento todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, determina que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Os pais têm o dever constitucional de assistir, criar e educar os filhos menores (Oliveira, 1996), competindo-lhes representá-los até os 16 anos e assisti-los, após essa idade, até os 18 anos, momento em que se tornam plenamente capazes para todos os fins de direito (Código Civil, 2002).

Os pais exercem, com exclusividade e em igualdade de condições, o poder familiar, anteriormente denominado pátrio poder, sendo os representantes legais das pessoas menores de 18 anos. Havendo discordância entre os pais, qualquer um deles pode recorrer ao juiz para solução da divergência. Não havendo titular do poder familiar, por serem falecidos os pais ou por terem decaído do poder familiar, nos termos da lei, a representação dos menores deve ser feita por um tutor, nomeado pelo juiz.

Como ressaltado, a atuação do representante (ou assistente) dos incapazes, deve pautar-se pela guarda e defesa dos interesses pessoais e patrimoniais daqueles. No caso de criança e adolescente, há determinações

constitucionais e legais específicas que não podem ser preteridas, ou seja, mesmo os pais devem observá-las.

Contudo, afirma-se, de modo corrente, que os pais têm ‘direito’ sobre seus filhos, visto caber-lhes o pátrio ‘poder’ – hoje poder familiar. Já se assinalou, com propriedade, que o senso comum costuma legitimar todas as ações paternas/maternas, presumidamente exercidas no interesse do filho, ainda que tais ações sejam violentas, visto serem as crianças e os adolescentes “detentores do privilégio da clarividência dos pais, definidores do que é melhor para seus filhos”, compreensão essa que foi durante muitos anos assimilada pelas instituições públicas e privadas, redundando em um sistema cheio de “boas intenções” e lotado de “infernos” (Marques, 2000: 467). Esse entendimento de que os pais ‘sabem tudo o que é melhor para os filhos’ se mantém legitimando, ainda, desde regimes de educação repressivos e punições até o trabalho infantil, considerado ‘educativo’, quando não se encontram ambos conjugados.

O senso comum, no caso, deve ser de todo rejeitado e não encontra qualquer amparo no direito vigente. Na verdade, os pais são titulares de um ‘poder jurídico’ que se revela um conjunto de deveres. As faculdades ou ‘poderes’ sobre os filhos, que são legalmente atribuídos aos pais, têm o fim exclusivo de permitir ou facilitar o cumprimento desses deveres. Assim, os pais devem exercer o poder familiar exclusivamente no interesse do filho.

Caso exerçam esse poder em benefício próprio ou de modo prejudicial aos interesses pessoais ou patrimoniais do filho, seu poder pode ser suspenso ou até retirado. O melhor interesse do filho (Barboza, 2000) é a medida e o limite do poder dos pais e estará atendido à medida que sejam observados, pela família, pela sociedade e pelo Estado, os direitos que lhe foram constitucionalmente assegurados. As decisões dos pais quanto aos procedimentos a serem adotados com seus filhos devem ser respeitadas levando em conta essa nova compreensão do poder sobre os filhos.

RESPONSABILIDADE DO MÉDICO

A alteração de entendimentos também se fez sentir na atuação médica, que não ficou imune às profundas modificações socioculturais e

tecnológicas ocorridas no último século, indicando-se um conflito de pelo menos três paradigmas nos códigos brasileiros de ética médica: o tecnocientífico, o comercial-empresarial e o benigno-humanitário (Martin, 2002).

Essa mudança decorreu, também, da crescente interferência dos direitos humanos nas relações médico-paciente, especialmente no reconhecimento dos direitos do paciente que acabou assimilado pelo Código de Ética Médica de 1988. Tem o doente, entre outros: 1) o direito de tornar-se paciente; 2) o direito ao sigilo; 3) o direito à verdade; 4) o direito de decidir sobre seu tratamento e sua vida; 5) o direito de não ter seu tratamento complicado (Martin, 2002).

Nessa linha, estabelece o Código de Ética Médica (1988) ser vedado ao médico efetuar qualquer procedimento sem o esclarecimento e consentimento prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente perigo de vida (art. 46). O médico também é impedido de exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar (art. 48). Igualmente é vedado ao médico desprezar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida (art. 56).

Pode-se identificar duas conseqüências diretas dessa nova orientação, que acabam por se imbricar: altera-se, em parte, a responsabilidade do médico e cresce a importância do consentimento livre e esclarecido, que assume o papel de pressuposto para os procedimentos médicos, salvo havendo risco de vida.

O médico que não observar o direito dos pacientes de decidir livremente, além de afrontar o Código de Ética Médica, está sujeito à responsabilização civil e, dependendo do fato e das circunstâncias, também penal e administrativa. Ao lado das causas normais que ensejam a responsabilização do médico, inscreve-se mais uma: a de agir, exceto nos casos de iminente perigo de vida, sem ou contra a vontade do paciente.

O médico, contudo, não fica submetido à vontade do paciente, pois, como já se esclareceu, o profissional da saúde pode, por razões éticas,

valendo-se da denominada 'cláusula de consciência', opor-se aos desejos do paciente de realizar certos procedimentos, tais como técnicas de reprodução assistida e aborto, ainda que exista amparo legal ou deontológico para tais ações (Muñoz & Fortes, 1998).

Para emitir um consentimento realmente livre e tomar sua decisão, o doente deve ter sido suficientemente esclarecido, em linguagem acessível a uma pessoa leiga, sobre o procedimento proposto pelo médico, a forma e o tempo do seu desenvolvimento, os desconfortos e riscos a se enfrentar, os possíveis benefícios ou malefícios, os métodos alternativos existentes, os custos etc. Enfim, tudo o que razoavelmente possa interferir na decisão, não sendo aconselhável adotar-se um padrão ante as inúmeras variáveis existentes (Muñoz & Fortes, 1998).

É indispensável que o paciente seja capaz de compreender os esclarecimentos e de consentir. Juridicamente, em termos formais, em se tratando de criança ou adolescente, o consentimento será dado por seus representantes legais, normalmente pelos pais. Contudo, impõe-se observar que o ECA (1990) lhes 'deu voz', determinando expressamente em vários dispositivos que sejam ouvidos nas ações de seu interesse. Ainda que assim não fosse, os menores têm assegurados todos os direitos humanos, o que seria o bastante para tornar necessária sua manifestação de vontade.

Parece razoável a orientação no sentido de que, sempre que possível, se cumpra a regra do ECA, ou seja, que se ouça a criança ou o adolescente, respeitando sua vontade, desde que não agrave seu estado ou ponha sua vida em perigo. Em outras palavras, consideradas as condições pessoais do paciente menor (sua idade, capacidade de percepção e de cumprir as prescrições médicas), deve-se respeitar, o quanto possível e razoável, seu consentimento livre e esclarecido.

Já se assinalou, em estudo sobre o princípio da autonomia, que esta deva ser particularizada no caso dos adolescentes. Cita-se, como exemplo, a incorporação ao Código de Ética da noção de 'maioridade sanitária', embora de modo não expresso, possibilitando aos profissionais ocultarem informações a respeito de seus pacientes menores de idade a seus pais ou responsáveis legais, quando julgarem que os adolescentes tenham

competência para decidir a partir de uma avaliação adequada de seus problemas de saúde, salvo quando a ocultação possa causar danos ao paciente (art. 103) (Muñoz & Fortes, 1998).

Embora tal compreensão não seja, à primeira vista, adequada em se tratando de criança – ou seja, de menor de 12 anos –, não se deve afastar, sempre que possível, sua manifestação de vontade, principalmente para aferir seu real estado e suas necessidades, pondo-a, não raro, a salvo da ‘clarividência dos pais’ antes referida.

A avaliação das condições pessoais da criança e do adolescente, assim como o maior ou menor respeito à sua vontade, inclusive no que diz respeito ao sigilo, em face da vontade dos representantes legais, estão a cargo exclusivo do médico. O médico assume, desse modo, papel de grande relevo social: o de defensor da criança e do adolescente, de guardião de seus interesses e direitos. Este talvez seja um dos aspectos mais relevantes e delicados de sua responsabilidade.

CONFLITO ENTRE O MÉDICO E OS PAIS

Na prática, certamente haverá conflito entre a orientação médica e a dos pais. Se por um lado, como visto, os pais não ‘dispõem’ dos filhos segundo o que entendem que lhes seja melhor, por outro, o médico – ainda que no interesse do menor – deve agir com cautela, de modo a não ultrapassar os limites éticos e legais, sob pena de responsabilização.

Deve-se observar que em determinadas situações, como as referidas de início, que comprometem ou põem em risco a vida e/ou a integridade psicofísica do paciente, a decisão caberá ao poder judiciário. Tome-se como exemplo a necessidade de autorização judicial para tratamentos experimentais, mesmo que em busca de benefício para a criança ou o adolescente, que tenham esse tipo de comprometimento.

Em alguns casos, a solução encontra-se na lei, como a vacinação obrigatória das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias. Não podem os pais, em regra, impedir a vacinação em tais casos. À evidência, poderão criar empecilhos de fato, não levando seus filhos aos locais de vacinação, mas se esses forem vacinados em aões

coletivas – por exemplo, em escolas – não poderão os pais se insurgir e acionar os responsáveis pela vacinação, que terão agido francamente no melhor interesse pela criança.

Há outras hipóteses mais tormentosas, como a transfusão de sangue para crianças pertencentes a famílias cuja religião não admite tal procedimento, como testemunhas de Jeová. O que deve prevalecer é a decisão dos pais ou mesmo do próprio adolescente, no sentido de não admiti-la, ou a determinação médica que a entende necessária? Do mesmo modo, deve o médico acatar o pedido dos pais, no caso de hermafroditismo verdadeiro, e definir cirurgicamente o sexo da criança, ou aguardar seu crescimento, assegurando-lhe o direito de opção em face do sexo (ou do gênero) que estiver vivenciando? Questões como essas exigem exame específico, particularmente por colocarem em confronto outras garantias constitucionais, como a dignidade da pessoa humana, o princípio da liberdade de credo, também assegurado de modo expresso à criança e ao adolescente (ECA, 1990), e o direito à identidade, que inclui a opção sexual, escapando, portanto, dessas breves considerações.

Afastadas as hipóteses de maior complexidade, constata-se que a solução dos conflitos cotidianos deve ter como objetivo único o melhor interesse do paciente menor. A defesa desse melhor interesse compete aos pais ou representantes legais, mas também ao médico.

Deve-se observar que o ECA (1990) determina que sejam obrigatoriamente comunicados ao conselho tutelar da respectiva localidade os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, sem prejuízo de outras providências legais. Na ausência ou inoperância do conselho tutelar, a comunicação deve ser feita ao ministério público ou ao próprio juiz responsável pela localidade. Mas não só nestes casos devem ser tomadas providências. Contundentes relatos de médicos testemunham a importância desse tipo de atuação. Além disso, dão um bom exemplo de atendimento à vontade da criança. Em um deles, um menino de um ano e dois meses chegou aos médicos apresentando infecções de repetição, sendo constatado em alguns meses que o mesmo sofria de doença congênita, que evoluiu com infecções de repetição até a morte. Não havia tratamento à

época, mas as infecções poderiam ser atenuadas com medicação apropriada. Ocorreram seguidos períodos de internação e, por longo período, a criança ficou com cateter semi-implantado para alimentação parenteral domiciliar e sonda nasogástrica, que ficava permanentemente em seu nariz. “Nunca aceitou gastrostomia e o respeitamos”. Os médicos assistentes evitavam também fazer procedimentos ou interná-lo “quando o time do seu coração jogava”. Repentinamente, a criança desapareceu. Os pais não mantinham mais contato. Sem esperanças e cansados, haviam entregado o filho “nas mãos de Deus”, nada mais fazendo. Os médicos, “após várias tentativas e com muito constrangimento”, os ameaçaram com denúncia ao conselho tutelar por maus-tratos, caso não procurassem ajuda para o filho. A criança retornou pior, desnutrida e com severa infecção, que resultou na amputação de um pé. Mesmo assim, não houve melhora. Havia passado cinco anos desde o primeiro atendimento. O menino faleceu (Kipper & Clotet, 1998: 37-39).

Não há dúvida quanto a terem os médicos respeitado a vontade do paciente, ainda que criança. Também parece não haver dúvida quanto a terem minorado o sofrimento de seu pequeno paciente e de lhe terem proporcionado uma morte mais digna.

CONCLUSÃO

Após 15 anos da promulgação da Constituição Brasileira de 1988, parece ser tempo de efetivar, na medida do possível, os direitos ali consagrados. Esta efetivação se inicia pela compreensão do alcance de suas normas. No caso da criança e do adolescente, impõe-se reconhecer a nova feição das relações familiares, notadamente entre o menor e seus representantes legais. Mais do que isso, é imperativo que se compreenda que a defesa da criança e do adolescente é dever de todos e que a lei fornece os instrumentos para tanto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, F. Introdução. In: *Direito Civil*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- BARBOZA, H. H. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a disciplina da filiação no Código Civil. In: PEREIRA, T. S. (Org.) *O Melhor Interesse da Criança: um debate interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.
- BARBOZA, H. H. Princípios do biodireito. In: *Novos Temas de Biodireito e Bioética*. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.
- CÓDIGO CIVIL. Lei 10.406, 10 jan. 2002. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.
- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. *Resolução CFM n. 1.246/88*, 8 jan. 1988 (D.O.U. 26.01.88), 1988.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei 8.069, 13 jul. 1990.
- GEOCITIES. *What kind of individual seeks voluntary amputation?*, 2000. Disponível em: http://www.geocities.com/starstranger_2000/who.html. Acesso em: 14 jan. 2004.
- KIPPER, D. J. & CLOTET, J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: COSTA, S. I. F. et al. (Orgs.) *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- MARQUES, M. T. S. Melhor interesse da criança: do subjetivismo ao garantismo. In: PEREIRA, T. S. (Org.) *O Melhor Interesse da Criança: um debate interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.
- MARTIN, L. M. *Os Direitos Humanos nos Códigos Brasileiros de Ética Médica*. São Paulo: Loyola, 2002.
- MUÑOZ, D. R. & FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: IBIAPINA, S. F. C. et al. (Orgs.) *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- OLIVEIRA, J. *Constituição da República*. São Paulo: Saraiva, 1996.
- PEREIRA, T. S. O 'melhor interesse da criança'. In: PEREIRA, T. S. (Org.) *O Melhor Interesse da Criança: um debate interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO. *Apelação* 92.948-1, 14 abr. 1988. RT 630/87. Disponível em: <http://www1.tj.rs.gov.br/jprud/documento.php>. Acesso em: 13 maio 2002.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL. *Apelação* 596210153, 6 ago. 1997. Disponível em: <http://www1.tj.rs.gov.br/jprud/documento.php>. Acesso em: 13 maio 2002.