

Autonomia bioética de crianças e adolescentes e o processo de assentimento livre e esclarecido

Mônica Aguiar

Doutora em Direito das Relações Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Mestre em Direito Econômico pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduada em Direito pela UFBA, em Ciências Econômicas pela Universidade Católica do Salvador (UCSAL), e em Psicologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Bahia (EBMSP). Atualmente é professora associada da UFBA, professora do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFBA e da Especialização em Direito Médico da UCSal. Líder do grupo de pesquisa Vida. E-mail: monicaaguiarpsi@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7536438369531146>

Amanda Souza Barboza

Advogada em Direito Médico e da Saúde. Doutoranda em Direito pela UFBA. Mestre em Direito pela UNISINOS. Especialista em Processo Civil (LFG) e Pós-Graduada em Direito Médico (UCSAL). Professora de Biodireito, Direito Civil e Metodologia na UNIFACS e Faculdade Ruy Barbosa. Membro dos Grupos de Pesquisa Vida (UFBA), Transformações nas relações jurídicas processuais (UFBA) e Clínica de Direitos Humanos (UFPR). Membro do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (UFBA). Email: amanda@cvadv.com.br. Lattes:

Resumo: Este trabalho tem como objetivo principal analisar o instituto do assentimento livre e esclarecido, propondo diretrizes para que ele seja aplicado como meio de empoderamento de crianças e adolescentes, tanto no contexto assistencial quanto no de pesquisas envolvendo seres humanos. Para tanto, adotou-se a metodologia dialética e realizou-se pesquisas bibliográfica e documental. Tem-se como objetivos específicos: a) apresentar a disciplina jurídica da capacidade civil referente às pessoas menores de idade; b) estudar as críticas doutrinárias quanto à insuficiência do modelo legal em face da autonomia bioética; c) analisar o assentimento livre e esclarecido, com atenção a dados de pesquisas na área das ciências da saúde, os quais apontam algumas limitações quanto à apreensão adequada das

informações por parte das crianças e adolescentes. Ao final, analisou-se criticamente o instituto, no intuito de aumentar o seu potencial enquanto meio de empoderamento de crianças e adolescentes no processo de tomada de decisão a respeito de sua própria saúde.

Palavras-chave: capacidade; autonomia; assentimento; crianças; adolescentes.

1. Introdução

O consentimento livre e esclarecido é um dos temas mais estudados desde o surgimento da Bioética enquanto área do saber, na década de 1970. Ainda hoje, há circunstâncias que representam um verdadeiro desafio aos profissionais de saúde, dos quais é exigido conferir ao paciente ou participante da pesquisa as informações e meios necessários para que possa decidir de forma livre e consciente a respeito da intervenção que lhe é proposta. Esse desafio é ainda maior quando se está diante de crianças ou adolescentes pois, em regra, exige-se a obtenção de assentimento do menor e do consentimento dos pais, situação ética e juridicamente mais complexa do que aquela envolvendo pessoas adultas.

Diante dos desafios inerentes a esse contexto, este trabalho tem como objetivo geral analisar o instituto do assentimento livre e esclarecido, propondo diretrizes para que ele seja aplicado como meio de empoderamento de crianças e adolescentes, tanto no contexto assistencial quanto no de pesquisas envolvendo seres humanos. Para tanto, adotou-se a metodologia dialética e realizou-se pesquisas bibliográfica e documental. Foram traçados como objetivos específicos, correspondentes aos itens de desenvolvimento do texto: a) apresentar a disciplina jurídica da capacidade civil referente às pessoas menores de idade; b) estudar as críticas doutrinárias quanto à insuficiência do modelo legal em face da autonomia bioética; c) analisar o assentimento

livre e esclarecido, com atenção a dados de pesquisas na área das ciências da saúde, os quais apontam algumas limitações quanto à apreensão adequada das informações por parte das crianças e adolescentes.

No primeiro item, foi apresentado o regime jurídico da capacidade civil em vigor, no tocante às crianças e adolescentes. Apontou-se que o Código Civil (CC) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) adotaram critérios etários diversos, de modo que não há coincidência entre as categorias “criança” e “adolescente” e as categorias “absolutamente incapaz” e “relativamente incapaz”. Destacou-se as restrições impostas pelo regime exclusivamente legal quanto ao exercício da autonomia do indivíduo menor de idade no campo das decisões a respeito de sua própria saúde e foi sinalizada a teoria de base a ser adotada neste trabalho, a saber, a Bioética de Proteção.

Em seguida, no segundo item de desenvolvimento do presente texto, foram abordados aportes teóricos que colocam em xeque a suficiência da disciplina legal sobre capacidade civil na determinação da capacidade decisória para a tomada de decisões no campo da saúde, seja nos planos assistencial ou de pesquisas envolvendo seres humanos. Os(as) estudiosos(as) consultados(as) podem ser divididos em duas correntes: aqueles(as) que adotam um marco etário para reconhecimento da capacidade decisória, e outros(as) que sustentam a avaliação casuística de tal capacidade, independentemente da idade. Passa a análise crítica, passou-se à análise do assentimento enquanto via adequada para o empoderamento de crianças e adolescentes.

No terceiro e último item de desenvolvimento, apresentou-se os contornos do assentimento livre e esclarecido do ponto de vista normativo, bem como os fundamentos da Bioética de Proteção. Foram apontados, ainda, estudos interdisciplinares que se debruçaram sobre a (in)adequação do alargamento da autonomia das pessoas menores de idade e do processo de assentimento livre e esclarecido. Feitas tais considerações, ao final, analisou-se criticamente o instituto do assentimento, no intuito de aumentar o seu potencial enquanto meio de empoderamento de crianças e adolescentes no processo de tomada de decisão a respeito de sua própria saúde.

2. Disciplina jurídica da capacidade civil da criança e do adolescente no direito brasileiro

A capacidade civil é manifestação da personalidade jurídica e atributo conferido pelo ordenamento jurídico, sendo classificada em capacidade de direito e capacidade de fato. A primeira, titularizada por toda e qualquer pessoa de acordo com o art. 1º do CC, se refere à aptidão para ser titular de direitos e obrigações. A segunda, por sua vez, corresponde à habilidade de exercício dos direitos e cumprimento das obrigações de que se é titular diretamente, de forma livre e consciente (FERRAZ; LEITE, 2012, p. 36-38). A capacidade civil plena é presumida, contudo, verificadas as circunstâncias presentes nos arts. 3º e 4º do CC, estar-se-á diante de uma pessoa absoluta ou relativamente incapaz respectivamente.

Em relação à criança e ao adolescente, a determinação da incapacidade relativa ou absoluta obedece a um critério etário. De acordo com o art. 3º do CC, é absolutamente incapaz para a prática dos atos da vida civil os menores de 16 anos. Serão relativamente incapazes, por outro lado, aqueles com idade entre 16 e 18 anos, como disciplina o art. 4º, I do CC. Recentemente, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) produziu mudanças importantes na teoria das incapacidades, ao retirar toda menção às pessoas com transtornos psíquicos dos artigos referidos. Em razão do corte epistemológico do presente trabalho, tais alterações não serão comentadas, pois as disposições que adotam o critério etário permaneceram inalteradas.

Não existe uma coincidência entre o marco etário para determinação da (in)capacidade civil e aquele adotado para a definição de criança e de adolescente, constante no art. 2º do ECA. De acordo com este último, será considerada criança a pessoa com até 12 anos incompletos. Será considerada adolescente, por sua vez, aquela que tiver entre 12 e 18 anos incompletos. Portanto, a criança e o adolescente com até 16 anos incompletos são considerados relativamente incapazes para a prática dos atos da vida civil, enquanto adolescentes com idade entre 16 e 18 anos incompletos são considerados relativamente incapazes para tanto.

A disparidade no marco etário adotado pelo CC e pelo ECA pode ser atribuída às finalidades subjacentes a esses diplomas legais. Enquanto o primeiro é vocacionado à disciplina jurídica de natureza patrimonial, o segundo cuida especificamente dos direitos da criança e do adolescente em uma perspectiva protetiva e com caráter predominantemente existencial. Como se verá adiante, é curiosa a exigência do consentimento do adolescente – pessoas com doze anos ou mais – para colocação em família substituta, enquanto essas mesmas pessoas não poderiam praticar outros atos da vida civil sem contar com a representação via assistência ou representação em sentido estrito.

Os deveres de representação e de assistência à prática dos atos da vida civil, conforme se trate de um menor absoluta ou relativamente incapaz respectivamente, emanam do poder familiar (arts. 21 e 22 do ECA c/c art. 1.634 do CC). Este último consiste em encargo titularizado pelos pais, cujo exercício é obrigatório e personalíssimo. O termo “poder familiar” veio em substituição ao termo “pátrio poder” a partir da Lei nº 12.010/2009. A mudança foi inspirada pelo princípio da plena isonomia entre os gêneros ou igualdade na chefia familiar, além de conferir ao seu exercício nota democrática, devendo-se levar em consideração a opinião dos(as) filhos(as) inclusive (ROSSATO; LÉPORE; SANCHES, 2012, p. 171-172).

Como esclarece Aguiar (2014, p. 248-249), o poder familiar, exercido por ambos os pais sobre os seus filhos menores, veio em substituição ao pátrio poder, o qual consistia em atribuição do marido durante o casamento, tido como chefe da família. Essa mudança é fruto de uma sucessão de inovações legislativas, desde o Estatuto da Mulher Casada (Lei nº 4.121/1962) até a Constituição de 1988, a qual consagrou a igualdade formal de direitos e deveres entre pai e mãe na educação de seus filhos. Antes, embora fosse admitida a colaboração da mulher no exercício do pátrio poder, em caso de conflito a decisão do homem prevalecia. A mudança, portanto, mais do que uma alteração linguística, promove um giro simbólico, evidenciando sem margem para dúvidas que a titularidade do poder familiar é do casal, em igualdade de condições.

Embora o termo “poder” sugira a noção de autoridade, é preciso destacar que o instituto está permeado por uma série de deveres e deve ser concebido à luz do princípio da proteção integral de crianças e adolescentes (DIAS, 2013, p. 436). O princípio da proteção integral emana de normas constitucionais e infraconstitucionais que conferem à criança e ao adolescente, enquanto pessoas em desenvolvimento, o *status* de sujeito de direito cujos interesses devem ser tutelados pela família, sociedade e Estado (ROSSATO; LÉPORE; SANCHES, 2012, p. 80-81). Mais adiante, essa noção será retomada a partir da Bioética de Proteção, teoria que propicia a ressignificação do exercício da autonomia por menores de idade.

Neste momento, é importante destacar que, no tocante ao critério etário, a teoria das incapacidades está assentada em presunções absolutas. Fixa-se uma idade a partir da qual se presume que a pessoa se torna capaz de praticar pessoalmente os atos da vida civil. Essa idade limite, hoje de 18 anos, já o fora 21 anos no Código Civil anterior. A escolha legislativa por um marco geral e abstrato, que ignora a coincidência ou não da maioridade civil com a maturidade ontológica, é justificada pela necessidade de segurança jurídica, sobretudo porque o Direito Civil é vocacionado a disciplinar a prática de atos e negócios jurídicos de natureza patrimonial (AGUIAR, 2012, p. 87-88).

A ausência de previsão legal que ampare a participação efetiva de crianças e adolescentes no processo de decisão a respeito de sua própria saúde configura um empecilho ao exercício da autonomia por parte desses sujeitos, nos limites de suas possibilidades (ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2016, p. 456). Pode-se dizer que a legislação vigente a respeito é eminentemente paternalista, pois transfere aprioristicamente aos pais ou ao tutor a competência para tomar decisões a respeito da saúde do menor, transferência esta que é completa no caso das crianças e adolescentes com menos de 16 anos, e parcial para os adolescentes com idade entre 16 e 18 anos.

As situações de conflito entre os pais/tutor e a criança/adolescente a respeito do início ou continuidade da assistência à saúde bem representam o predomínio de uma postura paternalista nesse cenário, sobretudo em circunstâncias de

recusa do tratamento por parte do(a) menor. Como apontam Albuquerque e Garrafa (2016, p. 456-457), o profissional de saúde dificilmente admitirá a recusa, seja por se sentir contrariando a sua missão, seja pelo temor de futura responsabilização jurídica. Os autores destacam a necessidade de se pensar “instrumentos que proporcionem respeito progressivo à autonomia de crianças e adolescentes, situação que – se trabalhada com participação e cuidado – não representa ameaça aos profissionais e responsáveis” (ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2016, p. 457).

Nessa linha, pretende-se analisar algumas das principais propostas de revisão da percepção legalista de capacidade, chegando-se ao processo de assentimento livre e esclarecido como mecanismo que pode vir a ser utilizado para propiciar uma maior participação da criança e do adolescente no processo decisório sobre questões a respeito de sua própria saúde. Essa análise será conduzida sob a ótica da Bioética de Proteção, como desenvolvida por Schramm e Kottow. Isso implica que a capacidade decisória da criança e do adolescente será abordada à luz do princípio de proteção, a ser distinguido do princípio de respeito à autonomia do princípalismo, bem como do paternalismo.

3. Propostas de revisão da percepção legalista de capacidade da criança e do adolescente

A teoria das (in)capacidades vem sendo alvo de críticas por parte da doutrina jurídica e bioética. Diversos autores, como Pithan, Bernardes e Pires Filho (2005, p. 121-132) destacam a não correspondência entre a capacidade civil e o que denominam de autonomia bioética. Haverá situações em que pacientes legalmente capazes, por estarem expostos a fatores de vulnerabilidade, não estarão em condições de tomar decisões sobre a própria saúde de maneira livre e consciente. Da mesma forma, pessoas legalmente incapazes podem demonstrar aptidão para tomar tais decisões em um determinado contexto.

As leis civis, por serem gerais e abstratas, não permitem essa análise individualizada, daí a sua insuficiência como

parâmetro para a análise da capacidade decisória do paciente. Essa inadequação é explicada pela vocação patrimonial da teoria das incapacidades. Em outras palavras, esta última foi concebida com vistas a se conferir segurança jurídica no trânsito de relações jurídicas de ordem patrimonial, e não existencial (RODRIGUES, 2003, p. 25-26). Portanto, deve-se buscar na Bioética o aporte teórico necessário para se chegar a diretrizes adequadas de como lidar adequadamente com pacientes menores de idade na prática da assistência à saúde, sobretudo em relação ao consentimento e autonomia do paciente.

A Bioética principialista, como cunhada por Beauchamp e Childress (2002, p. 138-141), é pródiga no estudo da autonomia. Para os autores, o indivíduo autônomo é aquele que age de acordo com seus próprios planos, capaz de se autogovernar. Porém, o cerne da análise reside na ação autônoma, na medida em que se reconhece que pessoas autônomas podem estar sujeitas a fatores que restrinjam a sua liberdade de ação, como a ignorância, coerção e enfermidades. Uma ação autônoma pressupõe intencionalidade e graus substanciais de entendimento e ausência de influências controladoras. Sendo assim, haveria graus de autonomia. Como exemplo de sujeitos com graus variados de autonomia os autores indicam as crianças e as pessoas idosas.

Contudo, os autores negam a aplicação de tal princípio às pessoas que não podem agir de forma substancialmente autônoma, a exemplo de crianças e dependentes químicos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 145). Isto significa que, perante crianças, não existiria o dever de respeitar a decisão tomada, abstendo-se de intervenções, bem como o dever de conferir ferramentas para o bom exercício da autonomia, faces negativa e positiva do princípio de respeito à autonomia. Contudo, entende-se que os modelos de decisão desenvolvidos pelos autores apresentam um importante potencial explicativo do problema posto. Por isso, passa-se a expor brevemente cada um deles (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 195).

No modelo do julgamento substituto, indica-se uma pessoa para tomar decisões por um paciente incapaz, devendo ela ser fiel à decisão que o paciente tomaria caso estivesse em

condições de se manifestar de forma autônoma. Tal somente será possível quando o paciente tenha gozado de período de capacidade anterior e caso haja razões para crer ser possível tomar a decisão que ele tomaria. O modelo dos melhores interesses, por sua vez, implica na tomada de decisão com base em avaliação dos benefícios e custos das alternativas terapêuticas possíveis, privilegiando-se o que se entender melhor para o paciente, a partir de critério de qualidade de vida extraído indiretamente das preferências porventura conhecidas do paciente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 196-207).

Observe-se que, de alguma forma, os modelos já apresentados guardam em si uma tentativa de observância da autonomia do paciente, na medida do possível. Eles se voltam, portanto, ao modelo da pura autonomia, de acordo com o qual devem ser respeitadas as decisões autônomas dos pacientes (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 204-207). Se analisada juridicamente a condição do paciente menor de idade, cuja capacidade decisória é restrita e transferida para seus pais ou responsável legal, tem-se que nenhum dos modelos se faz adequado. A uma pessoa menor de idade consciente, em condições de se manifestar, é retirado total ou parcialmente o direito de decidir, transferindo-se esse papel para seu representante legal, em um modelo decisório que poderia ser denominado de “heteronomia pura”.

Para contornar esse estado de coisas, no intuito de empoderar as crianças e adolescentes nesse processo, foram desenvolvidas propostas a respeito de sua capacidade decisória. Nesse sentido, uma forma alternativa de maioridade, relativa à tomada de decisões sobre o próprio corpo e à saúde, foi proposta por Aguiar (2012, p. 98-101) e denominada de maioridade bioética. Para a autora, com base no art. 28, §§ 1º e 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a idade de 12 anos representa um marco adequado para gerar a presunção absoluta de capacidade para a prática de atos relacionados ao direito à vida e à saúde. Os dispositivos mencionados se referem aos processos de colocação em família substituta previstos no ECA, a saber, guarda, tutela e adoção.

Os parágrafos dos artigos referidos determinam que,

sempre que possível, a criança e o adolescente devem ser previamente ouvidos por equipe interprofissional sobre as implicações da medida, respeitado o seu estágio de desenvolvimento e grau de compreensão. Enquanto a opinião da criança deverá ser devidamente considerada, do adolescente requer-se o consentimento, colhido em audiência. Ainda de acordo com Aguiar (2012, p. 101), essa percepção também seria ratificada pelo art. 74 do Código de Ética Médica (CEM), que garante ao adolescente o direito ao sigilo profissional. Dessa forma, mantém-se a lógica das presunções adotada pelo Direito brasileiro, conferindo-se base legal para uma mudança de marco etário.

Nessa linha, passaria a haver mais uma hipótese de capacidade específica, ao lado da capacidade eleitoral, tributária, penal, dentre outras. Trata-se de uma saída factível, justamente por guardar proximidade com o regime atualmente vigente, e que confere ao adolescente plena capacidade para decidir a respeito de seu próprio corpo e saúde. A autonomia bioética não poderia, portanto, ser identificada com a capacidade civil, de modo que “as questões referentes à vida e à saúde da pessoa devem ser por ela mesma decididas, quando ainda não atingida a maioridade civil” (AGUIAR, 2016, p. 352). O ordenamento jurídico dá sinais em direção a essa análise diferenciada, a exemplo do Estatuto da Pessoa com Deficiência, cujo art. 6º garante o exercício de direitos sexuais e reprodutivos.

Para Aguiar (2016, p. 352), em síntese, a autonomia bioética já estaria albergada na ordem jurídica brasileira, embora não referida expressamente dessa forma. A noção de capacidade civil seria restrita às questões de ordem patrimonial. Conferir um tratamento diferenciado a jovens compreendidos na faixa entre os 16 e 18 anos é apontado por Szaniawski (2005, p. 501-503) como uma tendência em países democráticos, pois se entende que nesta fase a pessoa já possui discernimento pleno sobre os fatos e circunstâncias que a cerca, sendo a sua manifestação essencial para a legitimidade do consentimento informado.

Alguns países, a exemplo de Portugal, adotam o critério etário para fins de reconhecimento da capacidade decisória no campo da saúde. Rodrigues (2001, p. 87) aponta que o Código

Deontológico da Ordem Médica (CDOM) portuguesa explicita o dever de esclarecer o paciente e sua família (ou representante) a respeito dos métodos, prognóstico e terapêuticas pretendidas, mesmo em se tratando de crianças ou incapazes, cujas opções devem ser respeitadas na medida do discernimento que apresentem. Da lei penal extrai-se o parâmetro etário de 14 anos, condicionado à apresentação do discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance da intervenção proposta.

O modelo que parte de uma idade indicativa para reconhecimento da capacidade decisória em matéria de saúde é considerado por Pereira (2004, p. 316-318) mais adequado do que os regimes totalmente abertos e casuísticos. De acordo com ele, o marco português de 14 anos constitui uma presunção de capacidade, havendo também a aferição do discernimento necessário. Isso significa que, deparando-se o profissional com uma pessoa menor de 14 anos que demonstra discernimento para tomar suas próprias decisões, o profissional terá o ônus de provar tal capacidade decisória.

A despeito dos esforços da doutrina portuguesa em transferir esse critério etário para o âmbito do Direito Civil, Rodrigues (2001, p. 171) acredita que deve prevalecer a aferição do discernimento do indivíduo, independentemente de sua idade: “[...] no caso dos menores, a incapacidade decorre da lei, podendo ocorrer uma perfeita capacidade de discernimento independentemente de idade [...]”. Para o autor, tal discernimento se perfaz mediante a compreensão pelo paciente das informações oferecidas e adequada ponderação dos efeitos, consequências e alternativas existentes. Em relação aos menores de idade, refere ser positivo a associação do consentimento destes com o de seus pais ou responsáveis (RODRIGUES, 2001, 221-222).

Outros(as) autores(as), a exemplo de Dadalto (2013, p. 224-226), também propõem a utilização do discernimento como critério, desta vez ao lado das noções de capacidade de direito e de fato. A presença ou não de discernimento seria identificada pelo médico e estaria sujeita a controle jurisdicional. Por meio desta relativização do regime legal, seria possível que uma pessoa legalmente incapaz tomasse decisões sobre sua saúde, exercendo diretamente seus direitos da personalidade.

Em sentido semelhante, Wierzba (2014, p. 218-219) privilegia o critério da competência em detrimento da capacidade legal. A autora atribui ao consentimento livre e esclarecido a natureza jurídica de manifestação de vontade não negocial, o que o desvincularia da teoria das incapacidades, representação e regime de nulidades do Direito Civil. Com isso, a pessoas legalmente incapazes, poderia ser reconhecida a capacidade decisória, avaliando-se sua autonomia e razoabilidade no processo decisório. Em relação aos menores, ganha relevância as situações em que pedem a preservação do sigilo em relação aos seus pais, casos em que a solicitação de autorização impediria o próprio tratamento.

Outras propostas visam substituir a concepção de uma “capacidade global” por outra, específica em relação à decisão a ser tomada. Martins *et al.* (2009, p. 311-312) apontam que o tipo de tarefa e seu grau de complexidade interferem na definição da capacidade de realizar. De acordo com os autores, a capacidade de decidir sobre a própria vida e saúde pressupõem, a rigor, a presença de três habilidades: a) compreender o diagnóstico, opções de tratamento, riscos associados e prognóstico; b) apreciar o impacto dessas ações sobre si próprio; c) formular e comunicar a decisão, pautada em seus valores individuais. Seria preciso, portanto, desenvolver ferramentas de avaliação da capacidade decisória, ponto a ser retomado mais adiante.

A teoria do menor maduro também é pautada na percepção de uma capacidade específica e casuisticamente avaliada. De acordo com ela, um indivíduo será considerado maduro “quando [este] possui uma capacidade natural de juízo ou suficiente maturidade para compreender a natureza e transcendência do ato ao qual consente e as consequências mais relevantes que se derivarão dele” (CASABONA, 2005, p. 150). A essa teoria se aproxima o art. 12 da Convenção dos Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil por meio do Decreto nº 99.710/1990. De acordo com ele, deve ser assegurado aos menores de 18 anos o direito de expressar livremente as suas opiniões sobre os assuntos relacionados a si, as quais devem ser levadas em consideração em função de sua idade e maturidade.

A incompatibilidade da atual teoria das incapacidades com

o exercício de direitos de natureza existencial é apontada por Schiocchet (2006, p. 4). Para a autora, ela não se coaduna com a linguagem dos direitos humanos e da proteção integral. Em relação ao menor de idade, incorre-se no paradoxo de reconhecê-los como dignos de proteção e, ao mesmo tempo, lhes retirar a possibilidade de exercício direto dos seus direitos em nome desta mesma proteção. Para ela, reconhecer os adolescentes como sujeitos de direito pressupõe viabilizar o exercício de direitos e a edificação de sua autonomia. Logo, deve-se reconhecer a autonomia plena dos adolescentes para a prática de direitos fundamentais (SCHIOCCHET, 2011, p. 397-398).

Percebe-se que as propostas apresentadas conferem, sobretudo ao adolescente, a capacidade decisória para decidir a respeito de sua própria saúde. Em relação às crianças, a saber, pessoas com menos de 12 anos, são escassas na doutrina considerações a respeito do exercício da autonomia, talvez porque se compreenda que as crianças em geral, de fato, não possuem tal capacidade empiricamente. Hirschheimer, Constantino e Osalka (2010, p. 128 -129) indicam que há relatos científicos de que a compreensão sobre as consequências de seus atos é uma capacidade adquirida, em regra, entre os 6 anos e o final da adolescência, de forma progressiva, período que abrange também parte da infância.

Existem diversas teorias sobre o processo de amadurecimento do ser humano, cujo detalhamento excede os limites desse artigo. Faz-se importante destacar que, apesar de diversas entre si, as críticas e propostas apresentadas têm em comum a conferência de uma maior importância às manifestações da criança e do adolescente nos processos decisórios sobre sua saúde. Nessa linha, acredita-se que o assentimento livre e esclarecido é via importante para consolidar essa prática, se concebido à luz da Bioética de Proteção. Por isso, no tópico seguinte, serão analisados aportes teóricos que auxiliarão na percepção do assentimento enquanto via adequada para o empoderamento de crianças e adolescentes.

4. O assentimento livre e esclarecido como via de empoderamento da criança e do adolescente

Tanto no contexto da assistência médica em saúde, quanto no contexto de pesquisas envolvendo seres humanos, requer-se a obtenção do consentimento dos pais ou responsável legal e do assentimento do menor, seja criança ou adolescente. A Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), principal norma brasileira a respeito de pesquisas envolvendo seres humanos, é bastante elucidativa ao definir o assentimento livre e esclarecido como:

[...] anuência do participante da pesquisa, criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades.

Esta e outras diretrizes éticas nesse campo sugerem que o menor deve ser envolvido no processo de tomada de decisão, respeitados os limites de sua capacidade, estando a intervenção condicionada à sua anuência e prévio esclarecimento. Sugere-se que o instituto seja concebido sob as lentes da Bioética de Proteção, como desenvolvida por Schramm e Kottow, corrente que visa oferecer ferramentas capazes de lidar com situações conflituosas que envolvem sujeitos vulnerados, a saber, aqueles desprovidos de empoderamento para gerir elementos essenciais de sua própria vida por razões diversas (KOTTOW, 2011, p. 92-94; SCHRAMM, 2012, p. 138-139).

As pessoas menores de idade apresentam características inerentes a uma pessoa em desenvolvimento, o que as tornam vulneradas biologicamente, socialmente e psicologicamente, em menor ou maior medida (GAIVA, 2009, p. 138). Sendo assim, entende-se que a Bioética de Proteção é corrente adequada para análise do problema proposto. Tal perspectiva surgiu em reação

ao princípalismo norte-americano, considerado insuficiente para o enfrentamento de determinadas questões, sobretudo aquelas relacionadas à saúde pública e impactos da atividade humana no ambiente natural (SCHRAMM, 2012, p. 128-129). Aqui, frise-se a importância do princípio da proteção na análise de questões envolvendo sujeitos vulnerados que não tem condições de realizar seus projetos de vida, como as crianças e adolescentes.

A proteção é apresentada como a satisfação de necessidades essenciais, que condicionam a possibilidade do afetado de atender a outras necessidades e interesses. Tal princípio encerraria as seguintes características: a) gratuidade, no sentido de não haver uma obrigação *a priori* de assumir condutas protetoras; b) vinculação, pois uma vez assumida livremente uma atitude protetora ela se torna uma obrigação irrenunciável; c) satisfação das necessidades, sendo estas compreendidas pela ótica do afetado (SCHRAMM; KOTTOW, 2001, p. 950-953). *In casu*, o compromisso de obter o assentimento livre e esclarecido dos menores de idade emanam de normas éticas e jurídicas, tornando-se um imperativo tanto na assistência à saúde quanto no contexto de pesquisas envolvendo seres humanos.

A proteção não se confunde com as noções de beneficência, nem de paternalismo, justamente porque inspira ações pautadas na ótica do afetado. Ela se aproxima da ideia de empoderamento, descrita por Garrafa (2005, p. 127) como o conjunto de meios para amplificar as vozes dos grupos alijados do poder de decisão, inserindo-os socialmente. O assentimento livre e esclarecido se presta, justamente, a integrar a criança ou o adolescente nos processos decisórios a respeito de sua saúde, respeitando-se o seu grau de maturidade e desenvolvimento. Dúvidas há, contudo, a respeito do quão vinculante o assentimento é em relação ao profissional de saúde.

Para Villen Sarmiento e Vieira da Motta (2013, p. 53), o assentimento ou dissentimento deve ser levado em consideração pelos representantes legais e pelos médicos na tomada de decisão, com vistas aos melhores interesses da criança ou do adolescente. Tal análise deve ser atravessada pela percepção sobre a capacidade do menor em compreender o seu

estado de saúde, as possibilidades de tratamento, os riscos e benefícios a eles inerentes, o que varia de pessoa para pessoa. O desenvolvimento das habilidades emocionais e cognitivas é progressivo e variável. Portanto, para as autoras, o assentimento ou dissentimento do menor de idade não seria vinculante, consistindo apenas em mais um elemento a ser considerado no processo decisório.

Contudo, há autores que sustentam o necessário respeito ao dissentimento, a exemplo de Gaiva (2009, p. 141), Hirschheimer, Constantino e Oselka (2010, p. 129). Para estes últimos, deve-se reconhecer o direito do menor de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos, sendo necessário associar o seu assentimento com o consentimento dos pais nas situações de maior risco e complexidade. A situação ideal consistiria no equilíbrio entre assentimento e consentimento, necessário para que haja uma relação de empatia entre a equipe médica, o paciente pediátrico e seus pais/representantes.

Ao se tratar de um processo decisório complexo, que envolve o consentimento dos pais ou representante legal e o assentimento do menor, dois problemas se impõem à primeira vista: a legitimidade deste assentimento e as situações em que há divergência entre as posições do representante e do menor. Em relação à primeira questão, Partridge (2013, p. 409-410) salienta a necessidade de análise crítica da tendência de se conferir aos sujeitos com menos de 18 anos o reconhecimento legal de sua capacidade decisória, de forma equiparada à capacidade de pessoas com idade superior, já adultas e maduras. De acordo com ele, dados psicológicos e neurofisiológicos indicam inexistir tal equiparação.

Três são as condições necessárias para que seja aferida a capacidade decisória de uma pessoa, de acordo com Partridge (2013, p. 410-415): a) avaliação intelectual das conexões causais entre as escolhas e suas consequências prováveis; b) capacidade afetiva e avaliativa realista de examinar as consequências das escolhas; c) capacidade de escolher autonomamente, sem ser tomado por impulsos. Os adolescentes não atendem aos dois últimos critérios, pois o subdesenvolvimento de seu córtex pré-frontal tende a perturbar o processo decisório: tendem a valorizar

mais os benefícios imediatos e a valorizar menos os custos mediatos e riscos distantes. Ademais, esse grupo apresenta uma capacidade mais limitada de conter comportamentos impulsivos.

Ocorreria por volta dos 21 anos a passagem de um perfil que privilegia recompensas para outro mais maduro, que propicia uma melhor avaliação dos custos e benefícios envolvidos em escolhas que envolvem riscos. Por isso, essa faixa etária seria mais adequada para a presunção de capacidade decisória, refere ainda Partridge (2013, p. 416-417). O autor aponta que há pesquisas indicando a importância desse processo biológico de maturação da estrutura cerebral, sendo este elemento mais decisivo do que o processo de consentimento esclarecido, pois o fornecimento de informações não se perfaz de forma plena se o sujeito não tem condições de processá-las adequadamente. A expansão da teoria do menor maduro, portanto, seria infundada.

Tal percepção parece ser ratificada por estudo que analisou a qualidade do assentimento livre e esclarecido obtido de participantes de pesquisa com idade entre 7 e 15 anos. Lobato et al. (2016, p. 543-544) identificaram deficiências importantes na compreensão das informações sobre a pesquisa. Primeiramente, realizou-se uma reunião com as crianças/adolescentes e seus pais que demonstraram interesse em participar do estudo, em escolas municipais nas localidades em que a pesquisa fora realizado. Mantido o interesse na participação, marcou-se uma reunião conjunta com os pais e o menor para obtenção do consentimento e do assentimento livres e esclarecidos.

No estudo supramencionado, a abordagem se deu mediante a leitura do TALC por um membro da equipe da investigação, em conjunto com o potencial participante da pesquisa. Por meio de questionário aplicado individualmente a 142 participantes de ambos os sexos, 10 minutos após terem passado pelo processo de assentimento livre e esclarecido, Lobato *et al.* (2016, p. 544-545) aferiram o conhecimento dos participantes sobre a pesquisa e sobre a doença alvo da investigação, além de dados sociodemográficos. Os dados demonstram que o processo de assentimento não foi eficaz.

Apenas 9,5% responderam que o objetivo do estudo era

aprender mais sobre a doença. A maioria (32,1%) compreendeu que o objetivo era curar a enfermidade de que são portadores. Sobre a existência de riscos na pesquisa, 73,3% declarou a inexistência deles. Identificou-se, em maior ou menor medida, a compreensão dos direitos de receber o tratamento ao participar da pesquisa (83,1%), de declinar da sua participação (66,9%) e das necessidades de realizar exame de sangue (56,3%) e fezes (63,1%). Praticamente todos acreditavam que a pesquisa melhoraria a sua saúde (99,3%) e admitiram que outras pessoas poderiam influenciar em sua decisão, sobretudo sua mãe (69,1%) e seu pai (13,2%) (LOBATO et al., 2016, p. 456-457).

A partir da análise dos dados, Lobato *et al.* (2016, p. 547) concluiu que houve uma baixa compreensão sobre o objetivo da investigação clínica, a necessidade de participar de reuniões, os riscos de participar da investigação e o direito de receber o tratamento mesmo não participando da investigação. O único elemento em que se verificou uma alta compreensão se refere ao direito de receber tratamento na investigação. Portanto, não houve a devida compreensão sobre aspectos essenciais da pesquisa, o que torna o ALC destituído de validade ética para os autores. Sugerem, para reversão de resultados como esse, o uso de recursos pedagógicos adequados à idade, de linguagem mais simples e adequada à escolaridade do possível participante.

Sendo assim, autores como Partridge (2013, p. 417-418) apontam que somente em situação de urgência ou emergência, em que não seja possível o contato imediato com os pais ou responsável legal e o adolescente esteja apenas ratificando a indicação médica, a sua autorização poderá ser considerada validade. Inclusive, a teoria do menor maduro foi construída a partir de situações como esta, tendo sido ampliada na década de 1970 a partir do ganho de importância do princípio de respeito à autonomia na Bioética, sobretudo de matriz norte-americana. Vê-se, portanto, que o respeito à autonomia da criança e do adolescente deve ser efetuado com cautela, em atenção às limitações decisórias inerentes a essas etapas da vida humana.

A segunda questão que merece análise se refere aos possíveis conflitos entre a posição do menor e de seus representantes, Casabona (2005, p. 152) esboça algumas soluções. De acordo

com o autor, tratando-se de um caso urgente e grave, deve-se recorrer ao Poder Judiciário. Não havendo tempo hábil para tanto, prevalecerá a decisão do responsável, desde que tomada no melhor interesse do menor. Se o caso não for urgente, o médico deverá buscar a resolução do impasse em concurso com as partes. No Brasil, o Ministério Público e o Conselho Tutelar poderiam participar dessa mediação, inclusive no sentido de evitar a judicialização da questão. A discordância ou dissentimento pode advir dos pais ou do menor de idade, a depender das circunstâncias fáticas.

Diante do dissentimento do menor, podem ser apontadas duas posturas possíveis, com base nas lições de Pereira (2004, p. 320-322): a) a primeiro, de ordem paternalista, sugere que seja buscado consentimento dos pais para que a intervenção proposta seja realizada, exceto em situações de terminalidade da vida em que o menor padeça de um sofrimento insuportável; b) a outra, de perfil liberal, entende que se há capacidade para consentir, deve haver também para dissentir, sob pena de ser violado o respeito à autonomia. Para o autor, deve ser privilegiada a livre realização da personalidade do menor maduro, avaliando-se rigorosamente seu discernimento, inclusive com auxílio de seus pais ou representante legal.

Em situações em que o dissentimento é externado pelos pais, por sua vez, Pereira (2004, p. 323-326) aponta ser dever do profissional a realização da intervenção, sempre que a negativa implicar em evidente prejuízo à pessoa do menor. Exemplo comumente referido na doutrina é o de recusa de transfusão sanguínea por motivação religiosa. Nesses casos, sendo a intervenção necessária e urgente, poderá o magistrado suprir tal autorização, garantindo-se a realização do tratamento em prol dos melhores interesses do menor. O ideal, contudo, é que a vontade dos pais e do menor estejam em harmonia, e que o processo de consentimento livre e esclarecido permita o atingimento desse estado de equilíbrio.

Pode-se vislumbrar, ainda, o conflito entre a vontade dos responsáveis legais e a do profissional de saúde. De acordo com Hirschheimer, Constantino e Osalka (2010, p. 129), a vontade dos primeiros pode ser contestada na Justiça da

Infância e Juventude se o profissional que atende o paciente verifica que a decisão por eles tomada está em conflito com o melhor interesse do paciente menor de idade – a exemplo de situações em que a não realização de algum procedimento implicaria em risco de morte, perda da qualidade de vida ou de função de um determinado órgão ou sistema. Feitas essas considerações, passa-se à análise do potencial do assentimento livre e esclarecido enquanto mecanismo de empoderamento.

5. Considerações finais

Lidar com pacientes ou participantes de pesquisa menores de idade é um desafio para os profissionais de saúde. Esta é uma relação que, em regra, envolve não só o paciente, mas também o seu representante legal, geralmente seus genitores. Juridicamente, tem-se que pessoas menores de idade devem ser representadas ou assistidas na prática de atos da vida civil, a depender de sua faixa etária – se menor de 16 anos ou entre os 16 e 18 anos respectivamente. Ocorre que essas disposições não foram delineadas com o escopo de refletir a adequada capacidade para o exercício de direitos existenciais, mas sim para conferir segurança jurídica ao tráfego de relações patrimoniais.

Diversos autores da Bioética, como já referido, denunciam a insuficiência da noção legalista de capacidade de fato enquanto parâmetro para aferição da autonomia bioética. Até mesmo pessoas legalmente capazes podem, quando expostas a fatores de vulnerabilidade, não apresentar as condições necessárias para decidir de forma livre e consciente. A Bioética principialista, ao propor uma análise focada nas ações, e não nos agentes, autônomos deixa claro que essa avaliação deve ser individualizada em relação ao sujeito e à decisão a ser tomada. Aos menores de idade, contudo, Beauchamp e Childress negam a aplicação do princípio de respeito à autonomia.

Mesmo ao se debruçarem sobre os modelos de decisão substituta, nenhum deles se mostra adequado para a tomada de decisões a respeito da terapêutica proposta a crianças ou

adolescentes, seja na assistência à saúde, seja no contexto das pesquisas envolvendo seres humanos. A necessidade peremptória de autorização dos pais ou representante, seja na qualidade de assistente ou de representante legal, leva à conclusão de que se está diante de um modelo de “heteronomia pura”. Ignora-se se uma dada pessoa, ainda que menor de idade, apresenta maturidade que a permite decidir se forma livre e consciente a respeito de sua própria saúde. Diante da rigidez do tratamento jurídico da matéria, surgiram diversas teorias para torna-lo permeável a outros elementos.

As propostas analisadas ao longo do trabalho podem ser reunidas em duas correntes distintas: a) de um lado, aquelas que indicam um critério etário, a partir do qual a capacidade decisória será presumida; b) de outro, os estudiosos que sustentam uma aferição casuística do discernimento ou competência do menor, desvinculando-o dos parâmetros jurídicos. A partir das propostas realizadas, entende-se que a adoção de um marco etário é importante em termos de segurança jurídica, mas este deve ser acompanhado de uma avaliação individual quanto à capacidade decisória do paciente. No Brasil, sugere-se a adoção do marco de 12 anos presente no ECA, por ser diploma legal vocacionado para questões de ordem existencial, diferentemente do CC.

Tal marco representaria uma presunção relativa de capacidade, podendo ser afastada se, no caso concreto, seja verificado que o menor não tem o discernimento necessário para decidir a respeito da terapêutica proposta. Essa avaliação deve ser feita já no processo de consentimento livre e esclarecido, tendo os pais um papel importante nesse ínterim, salvo se o menor requerer sigilo ao profissional de saúde. Nesse momento, ganha relevo o princípio da proteção, como delineado pela Bioética de proteção. É preciso adotar estratégias que conduzam o menor a exercer sua autonomia, empoderando-o para que tenha condições de decidir a respeito de sua saúde ou que, dentro das suas capacidades, possa participar desse processo o máximo possível.

Sendo assim, na sistemática ora proposta, a partir dos 12 anos existe uma presunção relativa de autonomia bioética, devendo-se

colher o consentimento livre e esclarecido do indivíduo. Contudo, se o sujeito menor de idade não apresenta o discernimento e maturidade necessários para tanto, ou se tratar de pessoa com menos de 12 anos, deverá ser providenciado o assentimento livre e esclarecido e, paralelamente, o consentimento dos pais ou representante legal. Essas etapas devem ser registradas em prontuário de maneira circunstanciada e estão sujeitas a controle jurisdicional. Tratando-se de intervenções e maior risco, deverão ser assinados termos de consentimento e assentimento livre e esclarecido, a depender do caso.

Independentemente do nome conferido a essa etapa da relação médico-paciente, tem-se que se trata de momento no qual o paciente menor deve participar ativamente, dentro de suas aptidões. O assentimento é concebido como mera anuência, o que pode conduzir o profissional a conferir menor importância ao contato com o menor, pois a decisão está quase que irremediavelmente nas mãos de seus pais ou representante legal. Para que seja atendido o respeito à autonomia deste grupo, é importante que o instituto seja percebido pelos profissionais de saúde como instrumento de proteção do menor – não uma proteção paternalista, mas sim aquela que confere ao sujeito meios necessários para que possa decidir ou participar da decisão na medida do possível.

A melhor forma de fazê-lo ainda é uma incógnita e, como visto, há pesquisas apontando que o processo de assentimento livre e esclarecido não tem sido exitoso, em termos de provocar nos sujeitos uma apreensão realista dos riscos e benefícios envolvidos na intervenção indicada. Esse é um ponto que demanda maiores estudos, tanto no aprimoramento da abordagem, quanto na análise da interferência de fatores biopsicológicos que podem implicar em restrições ao agir autônomo de crianças e adolescentes, a depender da fase de desenvolvimento em que se encontrem. Apesar disso, entende-se que o processo de assentimento livre e esclarecido é o momento propício para aferição da capacidade decisória do menor de idade, sendo ela relativamente presumida a partir dos 12 anos de idade.

6. Referências

AGUIAR, Mônica. 2002+10. Para além da capacidade: o impacto da vulnerabilidade em matéria de autonomia em questões de saúde. In: LOTUFO, Renan; NANNI, Giovanni Ettore; MARTINS, Fernando Rodrigues. (Coord.) *Temas relevantes do direito civil contemporâneo: reflexões sobre os 10 anos do Código Civil*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 86-101.

_____. O arquétipo da alteridade como paradigma necessário ao afastamento da alienação parental. In: FERRAZ, Carolina Valença; OLIVEIRA, José Sebastião de; POLI, Luciana Costa. (Coord.) *Direito de Família I*. Florianópolis: Conpedi, 2014. p. 241-256. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=b80d1ec3ddec44d0>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

_____. O paradoxo entre a autonomia e a beneficência nas questões de saúde: quando o poder encontra a vulnerabilidade. In: ALBUQUERQUE, Letícia; SILVA, Mônica Neves Aguiar; POZZETTI, Valmir César. (Org.) *Biodireito e direito dos animais*. Florianópolis: Conpedi, 2016. p. 347-363. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/publicacoes/y0_ii48h0/tvu736t8/V23M4aJu4nz88o20.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2016.

ALBUQUERQUE, Raylla; GARRAFA, Volnei. Autonomia e indivíduos sem a capacidade para consentir: o caso dos menores de idade. *Revista Bioética*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 452-458, 2016. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1148/1526>. Acesso em: 22 dez. 2016.

ANJOS, Márcio Fabri dos. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 2, n. 2, p. 173-186, 2006.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. Tradução Luciana Pudenzi. Tradução de: *Principles of Biomedical Ethics*. São Paulo: Loyola, 2002.

CASABONA, Carlos Maria Romeo. O consentimento informado na relação entre médico e paciente: aspectos jurídicos. In:

CASABONA, Carlos Maria Romeo; QUEIROZ, Juliane Fernandes (Coord.) *Biotecnologia e suas implicações ético-jurídicas*. Belo Horizonte: Del Rey, 2005. p. 128-172.

DADALTO, Luciana. Capacidade versus discernimento: quem pode fazer diretivas antecipadas de vontade? In: DADALTO, Luciana. (Coord.) *Diretivas antecipadas de vontade: ensaios sobre o direito à autodeterminação*. Belo Horizonte: Letramento, 2013. p. 223-230.

DIAS, Maria Berenice. *Manual de direito das famílias*. 9. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2013.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. Pesquisa envolvendo crianças: aspectos éticos. *Revista Bioética*, Brasília, v. 17, n. 1, p. 135-146, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/85/88>. Acesso em: 23 dez. 2016.

GARRAFA, Volnei. Inclusão social no contexto político da bioética. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 122-132, 2005. Disponível em: <<http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografia/garrafa.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

HIRSCHHEIMER, Mário Roberto; CONSTANTINO, Clóvis Francisco; OSELKA, Gabriel Wolf. Consentimento informado no atendimento pediátrico. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 128-133. jun. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/4060/406038933001.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

KOTTOW, Miguel. Bioética y Biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília, v. 1, n. 2, p. 110-121, 2005. Disponível em: <<http://bioetica.org/cuadernos/bibliografia/kottow.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

LOBATO, Lucas et al. Conhecimento de crianças sobre o termo de assentimento livre e esclarecido. *Revista Bioética*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 542-556, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3615/361548490015.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2016.

MARTINS, José Carlos Amado et. al. Capacidade do doente para

decidir. Avaliar para maximizar a autonomia. *Revista Portuguesa de Bioética*, Lisboa, a. 51, n. 9, p. 307-319, dez. 2009.

PARTRIDGE, Brian C. A criança como agente de decisão: novas perspectivas a partir da psicologia. In: PESSINI, Leo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. (Org.) *Bioética clínica e pluralismo*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2013. p. 407-422.

PEREIRA, André Gonçalo Dias. *O consentimento informado na relação médico-paciente*: estudo de direito civil. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.

RODRIGUES, João Vaz. *O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português*: elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente. Coimbra: Coimbra Editora, 2001.

RODRIGUES, Rafael Garcia. A pessoa e o ser humano no novo código civil. In: TEPEDINO, Gustavo. *A parte geral do novo código civil*: estudos na perspectiva civil-constitucional. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Renovar, 2003. p. 1-34.

ROSSATO, Luciano Alves; LÉPORE, Paulo Eduardo; CUNHA, Rogério Sanches. *Estatuto da criança e do adolescente comentado: Lei 8.069/1990*. 3. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

SCHIOCCHET, Taysa. Autonomia do adolescente e interrupção voluntária da gestação: aspectos sócio-jurídicos. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 7: gênero e preconceitos, 2006, Florianópolis. *Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 7: gênero e preconceitos*. Florianópolis, Mulheres, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/T/Taysa_Schiocchet_11.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2016.

_____. Exercício de direitos sexuais e reprodutivos por adolescentes no contexto brasileiro: repensando os fundamentos privatistas de capacidade civil a partir dos direitos humanos. In: ASENSI, Felipe Dutra; PINHEIRO, Roseni. (Org.) *Direito sanitário*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. v. 1. p. 382-401.

SCHRAMM, Fermin Roland; KOTTOW, Miguel. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 949-956, jul.-ago. 2001. Disponível em: <http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/3_4.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2016.

_____. É pertinente e justificado falar em bioética de proteção? In: PORTO, Dora et al. (Coord.) *Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois*. Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012. p. 127-141.

SZANIAWSKI, Elimar. *Direitos da personalidade e sua tutela*. 2. ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005.

VILLENA SARMIENTO, Rita; VIEIRA DA MOTTA, Marcia. Clinical Research involving Children: consideration relating to assent. *Revista de Bioética y Derecho*, Barcelona, n. 29, p. 51-61, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/783/78339732006.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2016.

WIERZBA, Sandra. Consentimiento. 2. Capacidad. In: TEALDI, Juan Carlos (Dir.) *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Unesco – Red Latinoamericana y Caribe de Bioética/Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 217-219. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2016.