

Submetido: 22/01/2026

Aprovado: 12/06/2026

Terminalidade e ortotanásia em UTI neonatal: aspectos éticos e jurídicos

End-of-life care and orthothanasia in the neonatal ICU: ethical and legal aspects

Cuidados al final de la vida y ortotanasia en la UCI neonatal: aspectos éticos y legales

Filipe Bezerra Macedo^{1,2,3,4}

1. Perícia Forense do Estado do Ceará, Médico Legista - Juazeiro do Norte-CE, Brasil.
2. Hospital Geral Padre Cícero, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - Juazeiro do Norte-CE, Brasil.
3. Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte, Medicina Legal e Pediatria - Juazeiro do Norte-CE, Brasil.
4. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5253-2750>

Autor correspondente

Filipe Bezerra Macedo

E-mail: filipemped@gmail.com

RESUMO

Introdução: O avanço tecnológico na neonatologia expandiu os limites da viabilidade, mas intensificou dilemas sobre obstinação terapêutica e distanásia. **Objetivo:** Analisar a terminalidade em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) sob as perspectivas da segurança jurídica, da bioética clínica e o papel da comunicação mediadora. **Fontes de dados:** Revisão normativa e bibliográfica (PubMed, SciELO e Google Scholar) utilizando os descritores DeCS: “Bioética”, “Cuidados Paliativos”, “Neonatologia”, “Eutanásia Passiva” e “Legislação Médica”, abrangendo o período de 2000 a 2025. **Síntese dos dados:** A medicina defensiva e o sofrimento moral das equipes, agravados pela carência de Comitês de Bioética Clínica no Brasil, induzem a manutenção de suportes fúteis. Protocolos de comunicação (SPIKES e PACIENTE) e o redirecionamento do esforço terapêutico, amparados pela Resolução CFM nº 1.805/2006 e pelo princípio constitucional da dignidade humana, são essenciais para alinhar o “Melhor Interesse da Criança” à ortotanásia. O respaldo médico-legal reside na transparência documental e no rompimento do nexo causal via diagnóstico de irreversibilidade. **Conclusões:** A segurança jurídica do pediatra fundamenta-se no compartilhamento decisório e no registro pormenorizado em prontuário. São imperativos o fortalecimento institucional e o treinamento em cuidados paliativos para assegurar a dignidade do morrer e o pleno amparo ético-legal do profissional.

Palavras-chave: Bioética; Cuidado Paliativo; Neonatologia; Eutanásia Passiva; Legislação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Technological advances in neonatology have expanded viability limits but intensified dilemmas regarding therapeutic obstinacy and dysthanasia. **Objective:** To analyze end-of-life care in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) from the perspectives of legal certainty, clinical bioethics, and the role of mediating communication. **Data source:** Normative and bibliographic review (PubMed, SciELO, SBP manuals, and CFM resolutions) covering the 2000-2025 period. **Data synthesis:** Defensive medicine and the moral distress of healthcare teams, exacerbated by the lack of Clinical Bioethics Committees in Brazil, drive the maintenance of futile life support. Communication protocols (SPIKES and PACIENTE) and the redirection of therapeutic efforts, supported by CFM Resolution No. 1,805/2006 and the constitutional principle of human dignity, are essential to align the “Best Interest of the Child” with orthothanasia. Medico-legal backing rests on documentary transparency and the disruption of the causal link through the diagnosis of



irreversibility. **Conclusions:** The pediatrician's legal certainty is grounded in shared decision-making and detailed medical record documentation. Strengthening institutional frameworks and palliative care training is imperative to ensure the dignity of dying and the professional's full ethical-legal protection.

Keywords: Bioethics; Palliative Care; Neonatology; Euthanasia, Passive; Legislation, Medical.

RESUMEN

Introducción: Los avances tecnológicos en neonatología han ampliado los límites de viabilidad, pero han intensificado los dilemas en cuanto a la obstinación terapéutica y la distanasia. **Objetivo:** Analizar la atención al final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) desde las perspectivas de la seguridad jurídica, la bioética clínica y el papel de la comunicación mediadora. **Fuentes de datos:** Revisión normativa y bibliográfica (PubMed, SciELO y Google Scholar) utilizando los descriptores DeCS: "Bioética", "Cuidados Paliativos", "Neonatología", "Eutanasia Pasiva" y "Legislación Médica", que abarcan el período de 2000 a 2025. **Síntesis de datos:** La medicina defensiva y el sufrimiento moral de los equipos de atención médica, agravados por la falta de Comités de Bioética Clínica en Brasil, conducen al mantenimiento de medidas de soporte fútiles. Los protocolos de comunicación (SPIKES y PATIENT) y la reorientación de los esfuerzos terapéuticos, respaldados por la Resolución n° 1.805/2006 de la CFM y el principio constitucional de dignidad humana, son esenciales para alinear el "Interés Superior del Niño" con la ortotanasia. El respaldo médico-legal radica en la transparencia documental y la ruptura del vínculo causal mediante un diagnóstico de irreversibilidad. **Conclusiones:** La seguridad jurídica del pediatra se basa en la toma de decisiones compartida y el registro detallado en las historias clínicas. El fortalecimiento institucional y la capacitación en cuidados paliativos son imperativos para garantizar la dignidad del final de la vida y el pleno respaldo ético y legal del profesional.

Palabras clave: Bioética; Cuidados paliativos; Neonatología; Eutanasia pasiva; Legislación médica.

Rev Pediatría SOPERJ 2027;27(1): e20270408

Terminalidade e ortotanásia em UTI neonatal: aspectos éticos e jurídicos.

Macedo FB.

INTRODUÇÃO

A medicina intensiva neonatal vivenciou, nas últimas décadas, um avanço tecnológico sem precedentes, deslocando o limite da viabilidade e possibilitando a sobrevivência de recém-nascidos extremamente prematuros ou com malformações graves. Esse poder de intervenção, contudo, trouxe consigo dilemas éticos complexos sobre o momento em que a manutenção do suporte vital deixa de ser um benefício e passa a configurar obstinação terapêutica ou distanásia.¹⁻³ No cenário brasileiro, a interface entre a autonomia dos pais e o dever médico de beneficência em casos de prognóstico reservado é um dos pontos centrais de conflito nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).^{1,4,5}

A transição do cuidado curativo para o paliativo é frequentemente dificultada por dois pilares críticos: o medo de processos judiciais e a dificuldade na comunicação de más notícias.⁶⁻⁸ O receio de implicações legais na retirada de suporte vital (LST - *Life-Sustaining Treatment*) muitas vezes impulsiona o médico a realizar procedimentos desnecessários, resultando no prolongamento artificial da vida em condições de irreversibilidade.^{6,9,10} Essa prática não apenas desconsidera as diretrizes internacionais sobre a "Dignidade do Morrer" e o "Padrão do Melhor Interesse da Criança", mas também gera um profundo sofrimento moral nas equipes assistenciais e nas famílias.¹¹⁻¹⁴

Internacionalmente, a literatura bioética e as diretrizes de cuidados paliativos reforçam que a terminalidade e a substituição de suportes ventilatórios invasivos por métodos que priorizem o conforto não representam abandono terapêutico, mas sim um redirecionamento do cuidado focado na dignidade do neonato.¹⁵⁻¹⁷ No Brasil, a Resolução CFM n° 1.805/2006 alinha-se a essa tendência global, ao permitir a limitação de suporte em casos de doença terminal e incurável, oferecendo o respaldo ético necessário para a prática da ortotanásia.^{18,19} Esta revisão narrativa e normativa da literatura foi guiada pela questão: "Quais os principais entraves éticos e jurídicos para a prática da ortotanásia em UTINs brasileiras?". Diante desse cenário, objetiva-se analisar os principais entraves éticos e jurídicos para a prática da ortotanásia em UTINs



brasileiras, investigando as perspectivas da segurança jurídica, da bioética clínica e o papel da comunicação mediadora.

MÉTODO

Esta pesquisa é uma revisão narrativa e normativa da literatura. Para garantir o rigor metodológico e a transparência no processo de seleção das fontes, a busca foi estruturada em dois fluxos distintos:

1. Literatura científica (fluxo narrativo)

A busca por evidências científicas foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e Google Scholar. Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Bioética”, “Cuidados Paliativos”, “Neonatologia”, “Eutanásia Passiva” e “Legislação Médica”, cruzados com o operador booleano AND. Os critérios de inclusão selecionaram artigos publicados entre 2000 e 2025, nos idiomas português e inglês. Foram priorizados estudos que abordassem dilemas de terminalidade, protocolos de comunicação e aspectos médico-legais da assistência neonatal. A triagem inicial foi feita por título e resumo, seguida de leitura integral para validar a aderência ao tema.

2. Documentos normativos (fluxo normativo)

A análise normativa contemplou o levantamento de resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), manuais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a legislação brasileira vigente (Constituição Federal e Código Penal). Foram selecionados documentos que estabelecem as diretrizes éticas para a ortotanásia, cuidados paliativos perinatais e a responsabilidade civil e penal do médico no Brasil.

SÍNTESE DOS DADOS

Apresenta-se, a seguir, a síntese dos principais documentos e achados que fundamentam a limitação de suporte de vida em neonatologia no Brasil (Quadro 1).

Quadro 1. Principais documentos e achados que fundamentam a limitação de suporte de vida em neonatologia no Brasil

Categoria	Fonte	Principal Achado / Recomendações
Ética Médica	Resolução CFM nº 1.805/2006	Permite a limitação ou suspensão de procedimentos que prolonguem a vida de pacientes terminais, garantindo cuidados de conforto e o consentimento da família.
Assistência	Manual de Cuidados Paliativos SBP (2025)	Define protocolos de manejo da dor e reforça o redirecionamento do cuidado como estratégia de dignidade neonatal.
Comunicação	Protocolos SPIKES e PACIENTE	Oferecem estrutura ética para a transmissão de más notícias, mitigando conflitos e o sofrimento moral da equipe.

Categoria	Fonte	Principal Achado / Recomendações
Jurídico	Constituição Federal (Art. 1º, III)	O Princípio da Dignidade da Pessoa Humana fundamenta o direito a uma morte digna, afastando a obstinação terapêutica.
Bioética	Padrão do Melhor Interesse da Criança	Preconiza que intervenções devem ser avaliadas sob o prisma da proporcionalidade e do alívio do sofrimento biológico.

Delimitação terminológica e a controvérsia internacional

A literatura científica brasileira utiliza frequentemente o termo ortotanásia para descrever a morte natural, sem interferência da ciência para prolongar ou abreviar o processo. É fundamental reconhecer, contudo, que esse conceito não possui reconhecimento universal em diretrizes internacionais de bioética. Organizações como a Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁰ e a Associação Europeia de Cuidados Paliativos priorizam expressões como “limitação de suporte de vida” (LST - *life-sustaining treatment*) ou “adequação do esforço terapêutico”.

Nesse contexto, o uso da expressão “eutanásia passiva” é cada vez mais desencorajado, por gerar confusão conceitual com a prática criminosa da eutanásia ativa.²¹ O foco real deve ser a cessação de intervenções que impõem um ônus desproporcional ao neonato sem benefícios reais.

Medicina defensiva e fragilidade institucional: barreiras à ortotanásia

Como discutido, a persistência da distanásia está intrinsecamente ligada à “medicina defensiva”.^{8,21} O receio de que a limitação do suporte vital gere implicações cíveis ou penais impulsiona médicos a adotar uma postura de futilidade terapêutica, prolongando artificialmente o processo de morrer sob o pretexto de resguardo jurídico.^{6,9,19,22} Esse cenário é agravado quando a equipe de saúde carece de treinamento específico em protocolos de comunicação ética, resultando em uma percepção de insegurança que impede o estabelecimento de um consenso com a família sobre o redirecionamento do cuidado.²³

Internacionalmente, o conceito de “Sofrimento Moral” (*Moral Distress*)^{12,22} é utilizado para descrever a angústia vivenciada por profissionais que, mesmo reconhecendo a irreversibilidade de um quadro clínico, sentem-se compelidos a manter intervenções invasivas por pressão externa ou medo de judicialização.^{15,22,24} Relatórios globais indicam que a discordância entre médicos e pais sobre intervenções críticas é um dos maiores gatilhos para conflitos éticos em UTIN,^{4,12,25} sendo fundamental o papel mediador dos Comitês de Bioética para oferecer o suporte técnico e a segurança jurídica necessária para a interrupção de terapias fúteis.^{3,14,25}

Tal cenário de insegurança é agravado por uma lacuna institucional crítica: a escassez de Comitês de Bioética Clínica (ou Ética Hospitalar) estruturados no Brasil. Enquanto os comitês voltados à pesquisa são difundidos, os colegiados de suporte assistencial são quase inexistentes na maioria das UTINs nacionais.²⁶ Essa ausência sobrecarrega o médico intensivista, que, sem o respaldo de uma instância mediadora, tende a postergar decisões paliativas por receio de isolamento ético e judicial.^{4,12,27} Relatórios globais reforçam que o papel desses comitês é fundamental para oferecer o suporte técnico necessário para a interrupção de terapias fúteis e mitigar o sofrimento moral das equipes.^{4,12,25}

Nesse contexto de fragilidade institucional, o respaldo da Resolução CFM nº 1.805/2006 reafirma o dever de priorizar os cuidados paliativos, garantindo que a abstenção de tratamentos extraordinários não configure infração ética ou crime, desde que haja consentimento do representante legal.^{18,28} A prática da ortotanásia, portanto, não deve ser vista como um risco, mas como o cumprimento do “padrão do melhor

interesse da criança”, assegurando que o recém-nascido seja poupado de sofrimentos desnecessários quando a cura não é mais um objetivo alcançável.^{13,29}

Protocolos de comunicação e a transição para o cuidado paliativo

A transição do modelo de cuidado estritamente curativo para o paliativo em neonatologia exige uma mudança de paradigma: o foco deixa de ser a sobrevida a qualquer custo e passa a ser a qualidade de vida e a ausência de sofrimento.^{2,12,30} Protocolos de cuidados paliativos perinatais são ferramentas essenciais para guiar essa transição, garantindo que o recém-nascido receba manejo adequado da dor e suporte de conforto térmico, nutricional e afetivo.^{1,10,31} A aplicação dessas diretrizes assegura a dignidade do processo de morrer e oferece à família um ambiente de acolhimento, permitindo a construção de memórias e a despedida humanizada.³²

Entretanto, observa-se significativa dificuldade na padronização de protocolos de palição nas UTINs brasileiras. A fragmentação das condutas e a ausência de diretrizes institucionais claras resultam em decisões heterogêneas, muitas vezes baseadas na subjetividade do médico plantonista, o que gera insegurança na equipe e descontinuidade no cuidado ao neonato.³³

Para superar a dificuldade de comunicação identificada como causa de distanásia, a aplicação do Protocolo SPIKES (*Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy, Strategy/Summary*) fornece uma estrutura em seis etapas que auxilia o médico a transmitir informações complexas de forma empática e organizada, reduzindo a assimetria de compreensão entre a equipe e os pais.^{17,33} Ao alinhar as expectativas sobre a irreversibilidade do quadro, o método atua como um facilitador do consenso ético e previne a manutenção de terapias desnecessárias.^{17,22}

No cenário nacional, destaca-se o Protocolo PACIENTE (P-reparo, A-avaliação, C-onvite, I-nformação, E-mpatia, N-otícia, T-empo, E-stratégia), uma adaptação que valoriza as nuances culturais brasileiras na comunicação de notícias difíceis.³⁴ Ambos os métodos são essenciais para padronizar condutas que, muitas vezes, acabam baseadas na subjetividade do plantonista, o que gera insegurança e descontinuidade no cuidado ao neonato.^{31,35}

Essa transição deve ser acompanhada por medidas de suporte de conforto – como analgesia otimizada e o contato pele a pele – que estão em plena conformidade com as diretrizes internacionais recentes.^{16,36} Tais ações reafirmam que o redirecionamento do cuidado é uma decisão tecnicamente embasada e eticamente superior à manutenção de uma vida puramente biológica desprovida de bem-estar.³⁷

Tensões bioéticas: autonomia, melhor interesse e incerteza

O processo decisório na UTI Neonatal é atravessado por tensões complexas entre o “padrão do melhor interesse da criança” e a autoridade parental^{13,14}. Embora os pais sejam os representantes legais, o princípio da beneficência e da não maleficência impõe ao médico o dever de não infringir sofrimentos desnecessários (distanásia). A incerteza prognóstica emerge aqui como o maior entrave clínico; a dificuldade em determinar o ponto exato da irreversibilidade patológica gera insegurança na equipe e pode levar ao adiamento de decisões paliativas fundamentais.

A proporcionalidade terapêutica deve ser, portanto, reavaliada continuamente. O que é benéfico em um momento pode tornar-se fútil em outro. Para navegar nessa complexidade, a atuação transdisciplinar é indispensável:

- **Enfermagem:** identifica sinais precoces de dor e desconforto, sendo a ponte contínua entre a tecnologia e a humanidade.³⁵
- **Psicologia e serviço social:** atuam na mediação da comunicação e no suporte ao luto antecipatório dos pais.
- **Assistência espiritual:** amparada pela Lei Federal nº 9.982/2000³⁷ e pela Constituição Federal (Art. 5º),³⁸ a manifestação religiosa deve ser assegurada como direito fundamental da família, respeitando os protocolos institucionais de segurança e controle de infecção.



Segurança jurídica e a interface médico-legal na terminalidade

Conforme discutido, a insegurança jurídica persiste como a principal barreira para a implementação efetiva da ortotanásia em UTINs brasileiras. No entanto, o receio de que a limitação terapêutica seja interpretada como homicídio por omissão ou negligência ignora o consolidado arcabouço normativo que diferencia o abandono de cuidado do redirecionamento do esforço terapêutico.^{3,24,36,39} No Brasil, esse respaldo ético-profissional já está pacificado pela Resolução CFM nº 1.805/2006, que diferencia claramente o abandono de cuidado do redirecionamento do esforço terapêutico.¹⁸

A efetividade dessa norma, contudo, esbarra na fragilidade institucional já mencionada. Diante da ausência dos Comitês de Bioética para mediar decisões de alta carga emocional, o setor jurídico hospitalar assume papel relevante, podendo atuar não apenas na prevenção, mas na consultoria ético-jurídica, auxiliando na redação de Termos de Consentimento Esclarecido e garantindo que o processo decisório cumpra os requisitos de validade jurídica, mitigando riscos de judicialização e oferecendo uma camada extra de proteção ao profissional.^{40,41}

Além da normativa do CFM, o ordenamento jurídico brasileiro oferece pilares de proteção baseados na Constituição Federal, que ao garantir a dignidade da pessoa humana (Art. 1º, III), fundamenta o direito a uma morte digna.³⁸ No campo penal, as condutas que visam evitar o tratamento desumano ou degradante não configuram crime, pois carecem de natureza ilícita quando o objetivo é a preservação da dignidade no processo de morrer.^{3,18,36} Sob o prisma da Medicina Legal, a segurança do profissional reside na documentação adequada da irreversibilidade do quadro clínico; o registro pormenorizado em prontuário é imprescindível. A documentação deve evidenciar não apenas a decisão técnica, mas o processo de compartilhamento de informações com a família, validado por termos de consentimento que cumpram os requisitos de validade jurídica. Dessa forma, a correta documentação atua na redução do risco de processos e da percepção de omissão pelos familiares, ao evidenciar que a interrupção de medidas desnecessárias não guarda correlação com a causa do óbito, devendo este ser atribuído à evolução natural da patologia de base.^{11,12,29,42}

Assim, ao alinhar a prática clínica às diretrizes internacionais (ESPR)¹⁶ e aos marcos regulatórios nacionais, o médico transita de uma postura defensiva para uma medicina baseada em evidências éticas, em que a dignidade do morrer é preservada com o respaldo do Direito.^{4,14,26}

A complexidade médico-legal e a mitigação de riscos

As afirmações sobre a proteção jurídica do médico no cenário de terminalidade devem ser interpretadas com prudência. Embora a Resolução CFM nº 1.805/2006¹⁸ ofereça um norte ético-profissional robusto, o risco de judicialização no Brasil nunca é nulo. A conformidade normativa não garante “imunidade”, mas maior robustez defensiva baseada na transparência documental.

A tese de que o diagnóstico de irreversibilidade rompe o vínculo fisiopatológico baseia-se na premissa de que a *causa mortis* é a evolução da enfermidade preexistente,^{36,42} e não a omissão de um tratamento extraordinário. Entretanto, essa interpretação exige um registro impecável em prontuário, evidenciando o consentimento livre e esclarecido dos pais e a concordância da equipe assistencial para que a tipicidade de condutas omissivas possa ser devidamente afastada em eventuais análises periciais.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta as limitações inerentes ao desenho de revisão narrativa, não permitindo uma análise estatística da prevalência da distanásia. Além disso, a análise normativa foca no cenário brasileiro, podendo haver variações significativas em outros ordenamentos jurídicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



A gestão da terminalidade em UTI Neonatal transcende a habilidade técnica e exige uma postura ética pautada na prudência e no diálogo transdisciplinar. Conclui-se que a adoção de protocolos de comunicação, como o SPIKES e o PACIENTE, associada ao fortalecimento dos Comitês de Bioética Clínica, pode mitigar o isolamento decisório do médico e reduzir o sofrimento moral das equipes assistenciais.

Embora o arcabouço normativo brasileiro, fundamentado na dignidade da pessoa humana e nas resoluções do CFM, forneça um caminho para a adequação do esforço terapêutico, o profissional deve manter cautela documental e ética. O foco primordial deve permanecer no alívio do sofrimento e na garantia de que o processo de morrer seja tão respeitado quanto o nascimento, assegurando que a tecnologia sirva à vida, e não ao prolongamento artificial e doloroso de um processo irreversível.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Cuidados Paliativos Pediátricos: O que são e qual sua importância? Cuidando da criança em todos os momentos. Rio de Janeiro: SBP; 2021.
2. Azevedo CTO, Junqueira-Marinheiro MF, Gomes MASM. Cuidados paliativos perinatais no Brasil: práticas e barreiras na perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde debate*. 2025;49:e202514710474P. doi: 10.1590/2358-289820241408338P.
3. Brasil. Código Penal. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Rio de Janeiro; 1940.
4. Conselho Federal de Medicina. O Papel do Comitê de Bioética nas Decisões de Terminalidade. Brasília: CFM; 2024. [acesso em 22 jan 2026]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>.
5. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217/2018. Brasília: CFM; 2018.
6. ALVES, Rosana; SILVA, Valmin Ramos da. Dilemas bioéticos em neonatologia. *Residência Pediátrica*. 2016;6(Supl 1):52-57.
7. QU, Ke-Yi; ZHU, De-Juan; YANG, Peng-Fei, et al. Moral distress of intensive care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*. 2026;25:108. doi:10.1186/s12912-025-04274-4.
8. Kovács MJ. Morte e Desenvolvimento Humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1992.
9. MORILLO PALOMO, Ana; ESQUERDA ARESTÉ, Montse; RIVEROLA DE VECIANA, Antoni; CAMBRA LASAOSA, Francisco José. End-of-life decision-making in the neonatal intensive care unit. *Frontiers in Pediatrics*. 2024;11:1352485. doi:10.3389/fped.2023.1352485.
10. Santos FS. Cuidados Paliativos: Diretrizes Clínicas. São Paulo: Atheneu; 2021.
11. ZANIN, Anna; SALERNO, Annalisa; CAVICCHIOLO, Maria Elena, et al. A systematic review of perinatal palliative care models: challenges and opportunities for the future. *European Journal of Pediatrics*. 2025;184:678. doi:10.1007/s00431-025-06459-0.
12. AKYEMPON, Abena N.; ALADANGADY, Narendra. Neonatal and perinatal palliative care pathway: a tertiary neonatal unit approach. *BMJ Paediatrics Open*. 2021;5:e000820. doi:10.1136/bmjpo-2020-000820.
13. Nuffield Council on Bioethics. Critical care decisions in fetal and neonatal medicine: ethical issues. London: Nuffield Council; 2006.
14. Silva AL, Pereira ML. Bioética e Neonatologia no Brasil: dilemas éticos contemporâneos. *Rev Bioet*. 2023;31(2):210-22. doi: 10.1590/1983-80422023312615.
15. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG); AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). ACOG Committee Opinion No. 786: Perinatal Palliative Care. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;134(3):e89-e95.
16. Rufo R. Neonatal pain in the end of life. *Journal of Anesthesia and Pain Medicine*, v. 7, n. 1, 2022.



17. Baile WF, Buckman R, Lenz R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.
18. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.805/2006. Dispõe sobre a ortotanásia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 28 nov. 2006. Seção 1, p. 169.
19. Moritz RD. *Ética e Terminalidade em Terapia Intensiva*. 2. ed. São Paulo: AMIB/Atheneu; 2020.
20. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers: WHO; ISBN 978-92-4-151445-3 2018.
21. Araujo TF. Aspectos controvertidos da eutanásia e da ortotanásia pensados sob a ótica da bioética e do biodireito. In: Bussinguer ECA, coordenadora. *Bioética*. Vitória: FDV Publicações; 2016. p. 342-59
22. Mills M, Cortezzo D. Moral distress in the neonatal intensive care unit: what is it, why it happens, and how we can address it. *Front Pediatr*. 2020;8:581. doi: 10.3389/fped.2020.00581
23. Gesser AM, Santos MS, Gambetta MV. Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(11):103334-45. doi: 10.34117/bjdv7n11-111.
24. Conrado CM, Lopes FG, Dadalto L. Deliberação moral em cuidados paliativos neonatais: análise bioética de um caso judicializado. *Lat Am J Palliat Care*. 2025;4:e2025LAPC0098. doi: 10.59679/LAPC20250098.
25. Vasconcelos M. *Direito Médico e Perícia: interface entre a clínica e o direito*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2023.
26. Alves R, Tavares EC, Falanghe PT, Iglesias SBO. O que são comissões de ética médica, de ética em pesquisa e de bioética clínica? *Residência Pediátrica*. 2021.
27. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Bioética. Manual de orientação: constituição de comitês de bioética clínica nos serviços de pediatria. Rio de Janeiro: SBP; 2018.
28. D'Alessandro MPS, Barbosa LC, Anagusko SS, Maiello APMV, Conrado CM, Messias AA, et al. *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; 2023.
29. Dadalto L. *Testamento Vital*. 5. ed. Indaiatuba: Foco; 2020.
30. ANCP. *Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos*. 3. ed. Rio de Janeiro: ANCP; 2024.
31. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Abordagem da dor no Recém-nascido*. Rio de Janeiro: SBP; 2025.
32. Pires LC, Costenaro RGS, Gehlen MH, Pereira LA, Hausen CF, Neves ET. Luto parental: vivências da equipe de enfermagem em terapia intensiva neonatal. *Cogitare Enferm*. 2023;28:e89837. doi: 10.1590/ce.v28i0.89837.
33. Pereira MR, Panobianco MS, Silva CP, Borges ML, Pardo GRS, Reis APA. Ética e dignidade nos cuidados paliativos: manejo do sofrimento e tomada de decisões dos profissionais de saúde, paciente e família. *Rev Acadêmica Online*. 2025;11(57):1-22. doi: 10.36238/2359-5787.2025.V11N57.1473.
34. Pereira CR, Calônego MAM, Lemonica L, Barros GAM. The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: an instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Rev Assoc Med Bras*. 2017;63(1):43-49. doi: 10.1590/1806-9282.63.01.43.
35. Corrêa MCB, Nunes TMV. Cuidado paliativo em neonatologia: uma revisão de literatura. *Studies in Health Sciences*. 2025;6(2):1-26. doi: 10.54022/shsv6n2-021.
36. Bitencourt CZ. *Tratado de Direito Penal: Parte Especial*. 18. ed. São Paulo: Saraiva; 2024.
37. Brasil. Lei nº 9.982, de 14 de julho de 2000. Dispõe sobre a prestação de assistência religiosa nas entidades hospitalares de internação coletiva, públicas ou privadas, bem como nos estabelecimentos prisionais civis ou militares. *Diário Oficial da União*, Brasília, 17 jul. 2000.



38. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
39. Siqueira JE, Pessini L, Siqueira CE. Olhar bioético sobre a terminalidade da vida e os cuidados paliativos. In: Freitas GBL, coordenador. Bioética e saúde pública. 1. ed. Vol 2. Irati: Pasteur; 2020. p. 248-268.
40. Bonamigo EL. Manual de bioética: teoria e prática. 5. ed. Joaçaba: Editora Unoesc; 2023.
41. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução Cremesp nº 355, de 23 de agosto de 2022. Estabelece diretrizes éticas para o auxílio médico da tomada de decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que enfrentam a fase final da vida [Internet]. Diário Oficial da União, 4 nov. 2022, Seção 1, p. 149-150. [acesso em 15 maio 2026]. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=20041&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=%20Conselho%20Regional%20de%20Medicina%20do%20Estado%20de%20S%C3o%20Paulo&numero=355&situacao=VIGENTE&data=23-08-2022&vide=sim>.
42. França GV. Medicina Legal. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.

Editor Associado: Ana Lúcia Ferreira. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9672-7452>
Editor científico: Fernanda Pinto Mariz. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6981-2352>
Editora: Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro – SOPERJ
E-mail de contato: secretaria@soperj.org.br

Financiamento:

Não há.

Disponibilidade de dados da pesquisa:

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no artigo.

Conflito de interesses:

Não há.

Contribuições do autor:

Macedo FB: coleta de dados, conceitualização, gerenciamento de recursos, investigação, metodologia, redação - preparação do original, redação - revisão e edição, supervisão, validação, visualização

Rev Pediatria SOPERJ 2027;27(1): e20270408

