



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

RESOLUÇÃO CRM-PR N.º 261/2026, DE 31 DE AGOSTO DE 2026

[Publicado em: 18/09/2026](#) | [Edição: 177](#) | [Seção: 1](#) | [Página: 115](#).

Dispõe sobre os aspectos éticos diante das Diretivas Antecipadas de Vontade no âmbito da medicina paliativa do Paraná, com foco na tomada de decisão médica em relação a pacientes adultos em fase final de vida.

O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ, no uso das atribuições conferidas pela Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, publicada em 1º de outubro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, modificado pelo Decreto n.º 6.821, de 14 de abril de 2009, e pela Lei n.º 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e no exercício das competências estabelecidas em seu Regimento Interno,

## RESOLVE:

Art. 1º Esta resolução dispõe sobre os aspectos éticos diante das Diretivas Antecipadas de Vontade no âmbito da medicina paliativa do Paraná, estabelecendo diretrizes éticas para auxílio na tomada de decisão em relação a pacientes que enfrentam a terminalidade da vida.

§ 1º A autonomia médica é princípio fundamental da prática do magistério da medicina, tendo seu valor reconhecido pelo Código de Ética Médica, o qual afirma que o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo permitido renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

§ 2º É permitido ao médico negar a realização de serviços ou condutas que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa puder causar danos à saúde do paciente. Em casos de objeção de consciência, o médico deve transferir o caso para outro profissional, garantindo a continuidade plena dos cuidados.

§ 3º Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará realizar procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados, tendo como instrumento básico a decisão compartilhada com o paciente e familiares.

§ 4º Reconhece-se que o paciente possui papel de agente autônomo capaz de decidir sobre si mesmo, pertencendo a ele o direito de decidir livremente sobre a execução ou não de práticas diagnósticas ou terapêuticas em fase final de vida, desde que em pleno gozo de sua autonomia e por meio de decisão compartilhada com seu médico.

§ 5º Diante da requisição expressa do paciente por determinado procedimento médico, o processo decisório estará vinculado a ditames de consciência, princípios bioéticos, previsões legais e técnica por parte do médico assistente.

§ 6º A relação médico-paciente, para fins de tomada de decisão compartilhada e construção de Diretivas Antecipadas de Vontade, deve ser uma parceria entre dois agentes autônomos (paciente e profissional), não uma subordinação de um ao outro.

Art. 2º Para os fins desta resolução, consideram-se as seguintes definições:



# CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

I – Cuidados Paliativos: abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes (adultos ou crianças) e seus familiares, quando enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras de continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, e que requer identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicológica, social e espiritual. Esses cuidados devem ser iniciados a partir do diagnóstico de qualquer doença que ameace a continuidade da vida, associados ou não à terapia curativa. Podem se tornar a prioridade da assistência na fase avançada de evolução de uma doença incurável, ou ainda tornar-se o foco exclusivo do cuidado na fase final de vida ou durante a fase de morte iminente. Mais ainda, os cuidados paliativos podem continuar com apoio às famílias em seu processo de luto após o óbito do paciente. Os cuidados paliativos podem ser prestados a pacientes em regime ambulatorial, em domicílio ou internados, podendo qualquer profissional capacitado que cuide de pacientes graves oferecer os cuidados paliativos gerais, concomitantemente ou não aos especializados, que são oferecidos por especialistas na área;

II – Decisão Compartilhada: processo realizado para definição de uma meta de cuidado. A tomada de decisão compartilhada é um processo colaborativo que permite que os pacientes e/ou seus responsáveis e equipe de saúde tomem decisões de saúde em conjunto, levando em conta as melhores evidências científicas disponíveis, bem como valores, objetivos e preferências do paciente;

III – Suporte Artificial de Vida: todas as intervenções tecnológicas realizadas por meio de atos médicos que não tratam nenhuma doença específica e visam exclusivamente manter a vida quando um órgão ou sistema biológico tem sua função criticamente comprometida, tais como:

- a) Ventilação mecânica invasiva ou não invasiva;
- b) Drogas vasoativas (ex.: noradrenalina, adrenalina, dopamina, dobutamina, milrinone, vasopressina);
- c) Terapia de substituição renal (diálise): hemodiálise, diálise peritoneal ou hemofiltração;
- d) Nutrição e hidratação artificiais, por meio de dieta enteral ou parenteral;
- e) Ressuscitação cardiopulmonar;
- f) Circulação extracorpórea.

IV – Tratamento Fútil: consiste no tratamento que, de acordo com a melhor evidência científica disponível, mostra-se incapaz de atingir o objetivo biológico almejado, acarretando desrespeito e desobediência aos princípios da não maleficência e da justiça;

V – Tratamento Potencialmente Inapropriado: é aquele que tem alguma chance de alcançar o objetivo fisiológico almejado; porém, ao menos uma consideração ética do profissional responsável pelo cuidado justifica sua contraindicação. Tais considerações éticas podem surgir devido ao fato de que, embora potencialmente capazes de atingir objetivos fisiológicos, esses tratamentos são altamente improváveis de resultar em sobrevivência digna, de acordo com os valores de vida e preferências de cuidado do paciente;

VI – Fase Final de Vida: fase da doença em que existe piora progressiva de funcionalidade, aumento de carga sintomática e maior demanda de cuidados em decorrência da progressão da própria doença, associada a um tempo de sobrevivência estimado reduzido.

Art. 3º As Diretivas Antecipadas de Vontade representam o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

§ 1º As Diretivas Antecipadas de Vontade manifestam-se por meio de Testamento Vital (documento escrito contendo as disposições específicas de aceitação ou recusa de tratamentos) e de Mandato Duradouro (a nomeação de um procurador de saúde para tomar decisões em nome do paciente em caso de incapacidade).

§ 2º Para fins de validade, a lavratura dos documentos acima em tabelionato de notas é opcional.



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

Art. 4º É dever do médico levar em consideração as diretivas do paciente ou as decisões de seu procurador de saúde (Mandato Duradouro), as quais prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre desejos de familiares, exceto se estiverem em desacordo com o Código de Ética Médica.

§ 1º O médico que respeitar as Diretivas Antecipadas de Vontade, limitando tratamentos considerados **fúteis** em paciente em fase final de vida, estará agindo no estrito cumprimento de dever legal e ético, não configurando omissão de socorro.

§ 2º O médico que levar em consideração as Diretivas Antecipadas de Vontade, e estiver diante de situação cujo tratamento seja **potencialmente inapropriado**, deve buscar compartilhamento com o paciente/familiar a respeito da sua indicação ou contra indicação.

§ 3º O consenso entre equipe de saúde e paciente/familiar é necessário para sua contra indicação.

§ 4º Em casos em que não haja consenso, sugere-se o envolvimento de equipes especialistas em cuidados paliativos e/ou comitê de bioética.

§ 5º Em qualquer hipótese, o paciente continuará recebendo todos os Cuidados Paliativos indicados para o alívio de sintomas e conforto (controle de sintomas físicos e emocionais, apoio a familiares, assistência social e espiritual).

Art. 5º O médico deve anexar ou realizar anotação direta da Diretivas Antecipadas de Vontade em prontuário, tornando-se parte integrante deste para todos os fins legais.

Art. 6º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Curitiba, 31 de agosto de 2026.

EDUARDO BAPTISTELLA

Presidente do CRM-PR

ANDERSON GRIMMINGER RAMOS

Secretário-Geral do CRM-PR

*Aprovada na Sessão Plenária n.º 7888, de 31/08/2026.*

*Publicada no Diário Oficial da União n.º 177, de 18/09/2026, p.115.*



## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CRM-PR N.º 261/2026

O cenário contemporâneo da assistência à saúde no Brasil é marcado pelo crescimento constante do conhecimento e da aplicabilidade dos Cuidados Paliativos em âmbito nacional. Esse processo de amadurecimento técnico e científico tem se consolidado de maneira inequívoca tanto por parte dos pacientes e de seus familiares, que demandam de forma crescente uma assistência digna, humana e compassiva, quanto por parte dos profissionais de saúde, que buscam contínuo aperfeiçoamento e capacitação para abordar o sofrimento em todas as suas dimensões. Esse panorama reflete uma transição cultural e assistencial no país, em que a terminalidade da vida humana deixa de ser um tabu e passa a ser compreendida sob a ótica do amparo integral e do respeito ao processo natural da morte.

Sendo assim, a presente resolução nasce de uma constatação prática essencial: na esmagadora maioria das vezes, médicos generalistas que atuam na linha de frente, em serviços de urgência/emergência, ou serviços hospitalares, deparam-se com dilemas éticos profundos no cuidado de pacientes em fase final de vida. Esses profissionais operam sob intenso estresse e pressão emocional, o que lhes suscita frequentemente dificuldades na tomada de decisão. Nesse ecossistema de estresse clínico, sobressai a dialética existente entre o histórico “dever” médico de buscar a cura a qualquer custo *versus* a inevitável impotência diante da finitude do ser humano.

Sem balizas normativas claras, a vulnerabilidade desse cenário culmina frequentemente em práticas inadequadas, que perpetuam a distanásia e geram sofrimento evitável aos enfermos.

Dentre os fatores primordiais que motivaram e impuseram a construção deste documento normativo, destacam-se:

- O aumento expressivo das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAVs) com registro em cartório: conforme dados oficiais do Colégio Notarial do Brasil, as lavraturas de DAVs saltaram de apenas 82 escrituras em 2007 (ano em que o documento passou a ser formalizado extrajudicialmente) para um total de 961 registros em 2025. Embora esses números reflitam uma curva acentuada de conscientização social, há de considerar que o número real de pacientes que possuem suas diretivas preenchidas pode ser substancialmente maior, dado que o registro em cartório possui caráter estritamente opcional no ordenamento jurídico nacional;
- A Política Nacional de Cuidados Paliativos: instituída em 7 de maio de 2024, via Portaria GM/MS n.º 3.681. A nova estratégia visa ampliar o acesso a atendimento humanizado e paliativo em todo o território nacional, sobretudo nas áreas mais carentes. Tal política é um grande passo para o tratamento digno, ético e humanizado dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS);
- A recente promulgação da Lei Federal n.º 15.378, de 6 de abril de 2026, que institui o Estatuto dos Direitos do Paciente: trata-se de um documento que representa um marco histórico na relação assistencial brasileira. Em seu corpo normativo, a referida lei cita expressamente a Diretiva Antecipada de Vontade como um documento de suma importância para cristalizar e consolidar a autonomia e a autodeterminação do paciente, permitindo que suas escolhas, seus valores e suas recusas terapêuticas prevaleçam quando este se encontrar impossibilitado de comunicar-se diretamente. Desloca-se, com isso, o modelo paternalista clássico para dar lugar a uma parceria entre dois agentes autônomos: o paciente e o profissional assistente;
- A integração dos cuidados paliativos ao Código de Ética Médica (CEM) – aprovado pela Resolução CFM n.º 2.217/2018 –, ressaltando a harmonia entre a autonomia do paciente e a autonomia do médico: o CEM assegura, de um lado, a liberdade do profissional de exercer a medicina com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência, desde que assegurada a continuidade dos cuidados por outro colega em casos de objeção; de outro, valida o



## CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

Rua Victório Viezzer, 84, Vista Alegre, CEP 80810-340, Curitiba-PR

Fone: (41) 3240-4000 | Fax: (41) 3240-4001 | protocolo@crmpr.org.br | www.crmpr.org.br

direito de o paciente decidir livremente sobre sua pessoa e seu bem-estar, devendo o médico aceitar suas escolhas, desde que cientificamente reconhecidas. Mais do que uma diretriz procedimental, as previsões normativas reafirmam o dever indelével do médico de garantir cuidados paliativos apropriados para pacientes em fim de vida, vedando de forma absoluta a obstinação terapêutica ou a realização de condutas diagnósticas e terapêuticas inúteis. Consolida-se a premissa de que os cuidados paliativos constituem um direito humano fundamental, intrínseco à preservação da dignidade e do alívio do sofrimento até o momento do óbito.

Com base em premissas de bioética clínica, esta resolução igualmente propõe uma necessária e esclarecedora interação teórica com os conceitos de **tratamento fútil** e **tratamento potencialmente inapropriado**. Cumpre ressaltar que a primeira distinção proposta entre os dois conceitos teve como pioneirismo a **Resolução CREMESP n.º 355/2022**, fruto de um primoroso trabalho de construção científica e deontológica desenvolvido por seus membros integrantes da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos e respectivos conselheiros.

Sob o esteio desses mesmos conceitos, a intenção precípua desta resolução do CRM-PR é adotar tais balizamentos conceituais com intuito de construir um consenso na definição de tais termos em nível nacional. O estabelecimento de definições precisas visa facilitar o reconhecimento tempestivo de tais situações clínicas complexas (fúteis *versus* potencialmente inapropriadas) por parte dos médicos assistentes.

Consequentemente, este ato normativo visa trazer mais segurança ética e jurídica para a tomada de decisão do médico de ponta no Estado do Paraná, o qual lida diretamente com a gestão de suporte artificial de vida em ambiente hospitalar, UTI ou Pronto-Socorro. Assegura-se que a limitação ou suspensão de procedimentos desnecessários amparada nas DAVs ocorra sempre em consonância com a dignidade, com o bem-estar do paciente e com os preceitos éticos da ortotanásia, consolidando a morte digna como a evolução natural e respeitosa da existência humana.

RONNIE BARRETO ARRAIS YKEDA

Conselheiro Relator