



Processo SEI Nº 26.21.000001457-7

Assunto: Limitação terapêutica em unidade de terapia intensiva e futilidade terapêutica: autonomia representativa e deliberação compartilhada

Parecerista: Cons. Fabiano Marcio Nagel

EMENTA: Limitação terapêutica em unidade de terapia intensiva. Futilidade terapêutica. Futilidade fisiológica. Tratamento potencialmente inapropriado. Autonomia representativa. Deliberação compartilhada. Limites da autoridade técnica médica. Interpretação do art. 41 do Código de Ética Médica. Distinção entre dever ético e permissão ética. Necessidade de fundamentação robusta para decisões unilaterais de suspensão de suporte vital.

CONSULTA

Consulta encaminhada à Câmara Técnica de Ética Médica e Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul acerca do alcance ético da autoridade médica em decisões de limitação ou suspensão de tratamentos de suporte vital em pacientes incapazes internados em unidades de terapia intensiva, especialmente nas situações em que há discordância entre a equipe médica e os familiares ou representantes legais do paciente.

A questão central consiste em determinar se, diante de alegação de futilidade terapêutica ou desproporcionalidade do tratamento, o médico estaria eticamente obrigado a impor unilateralmente a limitação terapêutica ou se tal conduta deve ser compreendida como permissão ética qualificada, dependente de processo deliberativo estruturado e compartilhado.

FUNDAMENTAÇÃO

1. Delimitação do Problema

As decisões relativas à limitação ou suspensão de tratamentos de suporte vital em unidades de terapia intensiva permanecem entre os temas mais complexos da bioética clínica contemporânea. Tais decisões não se restringem à avaliação técnica de prognóstico ou eficácia terapêutica, envolvendo igualmente questões relativas à proporcionalidade do tratamento, dignidade da pessoa humana, responsabilidade profissional e autonomia do paciente ou de seus representantes legais.

Nas situações em que o paciente se encontra incapaz de expressar sua vontade, é frequente que familiares ou representantes legais participem do processo deliberativo. Não raramente, surgem divergências entre a equipe médica e os representantes do paciente acerca da manutenção ou suspensão de determinadas medidas terapêuticas.

Nesses casos, impõe-se distinguir entre:

- a inexistência de dever profissional de manter determinado tratamento;
- e a existência de dever positivo de impor unilateralmente sua suspensão.

Essa distinção possui relevância ética e jurídica, uma vez que permissões éticas não se confundem com deveres categóricos.

2. Decisão Clínica em UTI e Deliberação Compartilhada

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul

Av. Princesa Isabel, 921 | Bairro Santana | Porto Alegre - RS | CEP: 90620-001

Fone: (51) 3300.5400 | cremers@cremers.org.br

cremers.org.br   [/cremersoficial](https://www.instagram.com/cremersoficial)

Embora a unidade de terapia intensiva constitua ambiente de elevada complexidade técnica, as decisões relativas à limitação de suporte vital não possuem natureza exclusivamente biomédica. Além de avaliações prognósticas probabilísticas, essas decisões envolvem juízos prudenciais acerca da proporcionalidade entre benefícios esperados, sofrimento imposto, qualidade de vida e significado existencial da continuidade terapêutica.

A bioética contemporânea reconhece amplamente a centralidade da tomada de decisão compartilhada como componente essencial da boa prática clínica, inclusive em contextos críticos.

Ainda que os representantes legais não detenham expertise técnica equivalente à da equipe médica, o envolvimento familiar constitui elemento essencial para a adequada compreensão dos valores, crenças e preferências do paciente incapaz.

O representante legal não atua apenas como substituto formal de vontade, mas como participante da trajetória biográfica da pessoa enferma. Sua exclusão do processo deliberativo pode representar, na prática, exclusão indireta do próprio paciente.

Por essa razão, entende-se que decisões relativas à limitação terapêutica exigem:

- comunicação clara e honesta;
- compartilhamento de informações prognósticas;
- explicitação das alternativas razoáveis;
- escuta efetiva dos valores envolvidos;
- e busca de consenso clínico e ético sempre que possível.

3. Futilidade Terapêutica e suas Ambiguidades

A expressão “futilidade terapêutica” frequentemente é utilizada de maneira imprecisa, abrangendo situações conceitualmente distintas.

De modo geral, podem ser identificadas três categorias principais:

1. Intervenções incapazes de produzir qualquer efeito fisiológico relevante;
2. Intervenções capazes de produzir efeitos biológicos limitados, mas com probabilidade extremamente baixa de benefício clinicamente significativo;
3. Intervenções cujo valor é objeto de desacordo axiológico, especialmente quanto ao significado da continuidade da vida em determinadas condições clínicas.

A primeira hipótese possui natureza predominantemente técnica. As demais envolvem juízos prudenciais e valorativos que ultrapassam a mera constatação biomédica.

A literatura bioética contemporânea tem reconhecido essa distinção. Em especial, sociedades internacionais de terapia intensiva passaram a recomendar a substituição do termo “futility” pela expressão “potentially inappropriate treatment”, justamente para reconhecer que muitos conflitos decorrem não de impossibilidade fisiológica absoluta, mas de divergências razoáveis acerca da adequação global do tratamento.

Nessas situações intermediárias, a decisão não pode ser reduzida a imposição técnica unilateral.

4. Futilidade Fisiológica

A hipótese menos controversa corresponde à chamada futilidade fisiológica.

Há futilidade fisiológica quando a intervenção proposta é incapaz de produzir o efeito biológico pretendido ou de interferir causalmente na evolução da doença.

Nessas circunstâncias:

- não existe benefício terapêutico real;



- a intervenção não altera a trajetória fisiopatológica;
- e a evolução para o óbito mostra-se inevitável e não modificável pelas medidas disponíveis.

A mera presença de efeitos fisiológicos transitórios ou localizados não é suficiente para afastar a caracterização de futilidade fisiológica, caso tais efeitos não alterem de maneira clinicamente relevante a progressão irreversível da doença.

Do ponto de vista ético-profissional, entende esta Câmara Técnica que:

- não há dever de instituir ou manter tratamentos fisiologicamente fúteis;
- tampouco direito subjetivo de terceiros de exigir sua implementação.

A recusa médica, desde que adequadamente fundamentada, documentada e compatível com as boas práticas assistenciais, não configura infração ética. Nessas circunstâncias, devem ser mantidas todas as medidas de conforto e cuidados paliativos clinicamente indicadas, observando-se os princípios da dignidade da pessoa humana, da não maleficência e da assistência integral ao paciente.

Entretanto, a categoria de futilidade fisiológica deve ser utilizada com rigor e parcimônia. Prognóstico reservado, baixa probabilidade de recuperação ou elevada mortalidade estatística não bastam, isoladamente, para justificar decisões unilaterais de limitação terapêutica.

5. Tratamento Potencialmente Inapropriado e Desacordo Axiológico

Situação diversa ocorre quando o tratamento ainda é capaz de produzir algum efeito fisiológico relevante, embora sua adequação global seja questionável em razão da baixa probabilidade de benefício significativo, do sofrimento imposto ou da desproporcionalidade entre ônus e resultados esperados.

Nessas hipóteses, não há impossibilidade técnica inequívoca, mas juízo prudencial acerca da adequação terapêutica.

Da mesma forma, existem situações em que o conflito decorre predominantemente de divergências axiológicas sobre:

- dignidade;
- sofrimento;
- qualidade de vida;
- ou valor da continuidade da existência em determinadas condições clínicas.

Nesses contextos, a decisão não pode ser apresentada como simples constatação técnica incontroversa.

A interpretação do art. 41 do Código de Ética Médica exige harmonização entre:

- o dever de evitar obstinação terapêutica;
- e o dever de respeitar a vontade do paciente ou de seus representantes legais.

Essa harmonização deve ocorrer por meio de deliberação prudencial, e não mediante automatismos decisórios. Nesses casos, a deliberação compartilhada constitui o caminho preferencial para a tomada de decisão. Todavia, a busca de consenso não afasta a responsabilidade técnica do médico quanto à indicação, manutenção ou suspensão de medidas terapêuticas, devendo eventual divergência persistente ser enfrentada mediante adequada fundamentação clínica e ética e, sempre que possível, pela utilização de mecanismos institucionais de mediação.

6. Estatuto dos Direitos do Paciente

As conclusões acima mostram-se compatíveis com a recente Lei nº 15.378/2026, que instituiu o Estatuto dos Direitos do Paciente.



O referido diploma legal consolidou, no ordenamento jurídico brasileiro, princípios como:

- autonomia;
- consentimento informado;
- participação ativa do paciente nas decisões terapêuticas;
- e reconhecimento da atuação do representante legal em situações de incapacidade decisional.

O Estatuto reforça a compreensão de que decisões clínicas críticas não podem ser reduzidas exclusivamente à dimensão técnica, exigindo integração entre julgamento profissional e consideração substantiva dos valores do paciente.

Ao mesmo tempo, o reconhecimento da autonomia não elimina a necessidade de juízo prudencial médico nem converte toda discordância familiar em obrigação profissional de manutenção terapêutica.

CONCLUSÃO

Diante das considerações bioéticas, normativas e hermenêuticas desenvolvidas neste parecer, entende-se que:

1. A limitação terapêutica deve, sempre que possível, resultar de processo deliberativo compartilhado. Nas hipóteses de futilidade fisiológica inequívoca, não há dever ético de instituir ou manter a intervenção. Nas demais situações, a ausência de consenso não implica, por si só, obrigação de manutenção de medidas consideradas desproporcionais ou incompatíveis com as boas práticas médicas, desde que a decisão esteja adequadamente fundamentada.
2. A distinção entre futilidade fisiológica e tratamento potencialmente inapropriado contribui para a adequada delimitação dos casos em que a limitação terapêutica decorre predominantemente de critérios técnicos daqueles em que subsistem divergências prudenciais ou valorativas, recomendando-se abordagem deliberativa proporcional à natureza do conflito.
3. Nos casos de tratamento potencialmente inapropriado, a limitação terapêutica deve ser compreendida como permissão ética qualificada, recomendando-se processo deliberativo estruturado e compartilhado para a tomada de decisão, sem prejuízo da responsabilidade técnica e ética do médico diante das circunstâncias concretas do caso.
4. A decisão compartilhada, inclusive em ambientes de terapia intensiva, constitui componente essencial da boa prática médica contemporânea.
5. A autonomia representativa possui relevante valor ético na reconstrução dos valores, preferências, objetivos assistenciais e vontade presumida do paciente incapaz, devendo ser considerada de forma substancial no processo deliberativo, sem afastar a responsabilidade técnica e ética do médico.
6. A retirada de tratamento já instituído exige fundamentação técnica e ética particularmente robusta, em razão da expectativa legitimamente criada junto ao paciente e seus familiares.
7. Em situações de conflito persistente, recomenda-se a utilização de mecanismos institucionais de mediação, incluindo segunda opinião médica, discussão multiprofissional e consulta a comitês de bioética ou ética clínica.



CREMERS
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL



8. Recomenda-se, ainda, a promoção permanente de formação médica em bioética clínica, comunicação de más notícias, cuidados paliativos e tomada de decisão compartilhada em contextos críticos.

É o parecer, s. m. j.
Cons. Fabiano Marcio Nagel

Aprovado e Homologado na sessão Plenária de 30/07/2026

Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul

Av. Princesa Isabel, 921 | Bairro Santana | Porto Alegre - RS | CEP: 90620-001

Fone: (51) 3300.5400 | cremers@cremers.org.br

cremers.org.br   /cremersoficial

Referências Bibliográficas

Andrade, BA & Azevedo, MAO. Personhood and Disorders of Consciousness: Finding Room in Person-Centered Healthcare. *European Journal for Person Centered Healthcare*, Vol 8, Issue 3, 2020, p 391-405. Azevedo MA, Othero JC. Death as a triptich process. *[journal]*. 2020.

Bernat JL, Culver CM, Gert B. On the definition and criterion of death. *Ann Intern Med*. 1981;94:389-394. doi:10.7326/0003-4819-94-3-389

Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, et al. An official. ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: Responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;191(11):1318–1330. doi:10.1164/rccm.201505-0924ST.

Dall'Agnol D. *Care and Respect in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press; 2016.

Darwall S. *The Second-Person Standpoint: Morality, Respect, and Accountability*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2006.

Edmundson W. *An Introduction to Rights*. Cambridge: Cambridge University Press; 2004.

Jonsen AR, Siegler M, Winslade W. *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2022.

Loughlin M, Buetow S, Cournoyea M, Copeland SM, Chin-Yee B, Fulford KWM. Interactions between persons: knowledge, decision making, and the co-production of practice. *J Eval Clin Pract*. 2019;25(6):911–920. doi:10.1111/jep.13297.

Mohammed S, Peter E. Rituals, death and the moral practice of medical futility. *Nurs Ethics*. 2009;16(3):292–302. doi:10.1177/0969733009102691.

Rubin SB. If we think it's futile, can't we just say no? *HEC Forum*. 2007;19:45–65.

Wilkinson DJ, Savulescu J. Ethics, conflict and medical treatment for children: from disagreement to dissensus. London: Elsevier; 2018.

Wilkinson DJ, Savulescu J. Knowing when to stop: futility in the ICU. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2011;24(2):160–165. doi:10.1097/ACO.0b013e328343c5af.

Wilkinson DJ. Beyond resources: denying parental requests for futile treatment. *Lancet*. 2017;389(10082):1866–1867. doi:10.1016/S0140-6736(17)31205-9.