



PARECER CREMEB Nº 10/2025

(Aprovado em Sessão Plenária de 04/11/2025)

PROCESSO-CONSULTA nº 000005.10/2025-BA

ASSUNTO: Recomendação sobre a obrigatoriedade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em cuidados paliativos.

RELATOR: Cons. Emerentino Elton Sousa de Araujo

EMENTA: Legalidade do consentimento informado em cuidados paliativos. Desnecessidade de formalismos. Garantia da dignidade da pessoa humana. O consentimento informado em cuidados paliativos constitui processo contínuo de comunicação e decisão compartilhada, e não mera formalidade documental. O registro em prontuário é suficiente para fins éticos e judiciais, assegurando a autonomia e a dignidade do paciente e dos seus familiares. O TCLE é facultativo e individualizado. Sua exigência para acesso ao cuidado, pode configurar prática coercitiva e contrária aos princípios bioéticos, éticos e normativos.

DA CONSULTA

Hospital referência filantrópica em cuidados paliativos, solicita atualização deste Conselho quanto à exigência de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em decisões de cuidados paliativos, considerando: 1) [Pareceres CREMEB nº 04/2013](#) e nº [10/2019](#), que reconheceram o valor do consentimento informado por meio de registros em prontuário; 2) A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), publicada pelo Ministério da Saúde em 2024, que integra os cuidados paliativos como componente essencial da atenção integral em saúde; 3) O risco de que a exigência compulsória de TCLE imponha sofrimento desnecessário a pacientes e familiares em momentos de extrema vulnerabilidade; 4) A necessidade de alinhar protocolos assistenciais à prática contemporânea, que valoriza comunicação contínua, decisões compartilhadas e registros clínicos claros.

PARECER

O consentimento informado emergiu nos anos 1960 como instrumento jurídico-filosófico em resposta à tradição paternalista da medicina, que, desde Hipócrates, privilegiava o silêncio protetor do médico. Conforme destacado por Jay Katz, o instituto nasceu como “criatura do direito e não da medicina”,



tensionando a autonomia do paciente com a autoridade médica tradicional. A bioética, por sua vez, reforçou a centralidade da autonomia, defendendo que decisões terapêuticas não podem ser reduzidas a cálculos técnicos, pois dependem fundamentalmente dos valores, experiências e prioridades pessoais do paciente. Neste diálogo, médicos e pacientes oferecem saberes complementares e igualmente essenciais: o primeiro, técnico-científico; o segundo, existencial (Brock; President's Commission, EUA).

Não obstante, a prática clínica frequentemente reduziu este rico constructo ético a um evento formal e pontual, a mera assinatura de um termo em detrimento de sua compreensão como um processo dialógico contínuo. Esta visão burocrática, embora possa atender a exigências legais mínimas de segurança jurídica, mostra-se incapaz de cumprir a finalidade ética primordial do consentimento, que é a de fortalecer a autonomia do paciente e a relação de confiança com o profissional de saúde.

A literatura bioética, destaca três objeções clássicas principais ao Consentimento: 1) “O consentimento nunca é plenamente informado”, pois, de fato, pacientes não assimilam toda a complexidade técnica. Contudo, também médicos têm limitações cognitivas e tendem a racionalizar decisões de forma enviesada. A solução não seria retirar do paciente o direito de decidir, mas comunicar de forma clara, progressiva e adaptada ao contexto (uso de linguagens acessíveis, materiais auxiliares, apoio multiprofissional). 2) “Pacientes não querem decidir”. Estudos mostram que uma parcela prefere delegar ao médico, mas a maioria deseja algum grau de participação. Ademais, o desejo de não decidir não implica ausência de direito à informação. 3) “Informar causa sofrimento”. A experiência clínica e a pesquisa demonstram o contrário: discussões sobre más notícias e planejamento antecipado frequentemente reduzem a ansiedade e fortalecem o senso de controle. O risco não está em informar, mas em “despejo de verdades”, sem empatia.

Essas objeções, portanto, não legitimam o abandono do consentimento, mas indicam a necessidade de um modelo processual, dialogado e humanizado.

A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP/2024) reposicionou os cuidados paliativos como dimensão essencial da atenção integral à saúde, afastando a noção de que se trata de medidas extraordinárias. Em seus artigos 2º e 8º, a norma ministerial determina o respeito à autonomia e às crenças do paciente (art. 2º, III), a comunicação sensível e empática (art. 2º, XI), a decisão compartilhada e registro das preferências (art. 8º, V-VII) e a observância às Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) (art. 2º, XII).

Desse modo, o consentimento em cuidados paliativos deve ser entendido como processo reiterado, adaptado à evolução clínica. As decisões sobre limitação de esforços terapêuticos, controle de sintomas, conforto ou recusa de intervenções devem resultar de diálogo estruturado e progressivo, devidamente registrado em prontuário, que tem valor ético e jurídico pleno (CEM, art. 34; [Res. CFM nº 1.805/2006](#), §2º).

O [Parecer CREMEB nº 10/2019](#) enfatiza que o consentimento informado é dinâmico, pessoal e revogável, devendo assegurar comunicação efetiva, compreensão, voluntariedade e expressão livre da



vontade. A ausência de coação é requisito essencial de validade e a exigência compulsória de assinatura pode ser interpretada como coerção, ferindo o princípio da autonomia.

Com relação à obrigatoriedade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), não é ético nem juridicamente exigível condicionar o internamento ou o acesso aos cuidados paliativos à assinatura de um TCLE genérico. Tal prática, além de inadequada, pode agravar o sofrimento e comprometer o vínculo de confiança. O consentimento, conforme os artigos 22, 24 e 31 do Código de Ética Médica, deve ser obtido por meio de diálogo esclarecedor e contínuo, não de imposição documental.

A exigência compulsória de um termo único de adesão contradiz a PNCP, que orienta o cuidado centrado na pessoa, a comunicação empática e a tomada de decisão compartilhada. Coerção entendida como o uso de ameaça ou pressão para controlar a conduta do outro, é moralmente inaceitável e compromete a autenticidade do consentimento.

O prontuário médico é o principal instrumento ético, jurídico e deontológico para a documentação do consentimento informado. De acordo com o [Parecer CREMEB nº 04/2013](#), o registro fiel, sequencial e claro das decisões e comunicações cumpre adequadamente a função de documentação, dispensando, a princípio, a obrigatoriedade de um termo formal.

A anuência familiar, quando houver incapacidade do paciente, deve seguir os princípios do julgamento substituto, baseada nas diretrizes antecipadas e nos valores previamente conhecidos do paciente. Essa “necessidade”, como referida no [Parecer CREMEB 04/2013](#), não significa obrigatoriedade de assinatura, mas sim adesão ética e comunicativa ao plano de cuidado.

O TCLE, portanto, não é obrigatório, mas pode ser útil para documentar decisões específicas e de alto impacto (por exemplo, limitação de esforços terapêuticos, suspensão de diálise, ventilação mecânica ou reanimação). Quando utilizado, deve seguir as orientações do [Parecer CREMEB nº 10/2019](#):

- Redação individualizada, em 1ª pessoa, refletindo o diálogo ocorrido.
- Ênfase no que será ofertado (analgésia, conforto, apoio espiritual, controle de sintomas), evitando fórmulas proibitivas.
- Uso de linguagem simples, honesta e acessível.
- Espaços para complementações e registro de eventual mudança de decisão.
- Referências, quando houver, à DAV e aos valores expressos pelo paciente.

Esse modelo transforma o TCLE em uma síntese do diálogo e não em instrumento coercitivo ou defensivo.

CONCLUSÃO

O consentimento informado é um processo dialógico contínuo, documentado em prontuário, que deve refletir a comunicação empática, a escuta ativa e a decisão compartilhada.



Não há norma que obrigue a assinatura de TCLE para admissão ou condução de pacientes em cuidados paliativos.

O TCLE permanece ético e recomendável para formalizar decisões específicas e individualizadas, como limitação de esforço terapêutico, nunca como requisito geral de acesso ou internação.

A exigência compulsória de TCLE pode configurar ato coercitivo e paternalista, contrário à autonomia, à dignidade e ao espírito da PNCP/2024.

Recomenda-se às instituições que revisem seus protocolos normativos, adequando-os ao CEM, à [Res. CFM nº 1.805/2006](#) e à PNCP, priorizando a comunicação clínica estruturada, a decisão compartilhada e o registro ético-assistencial como eixo do consentimento.

Esse é o parecer, S.M.J.

Salvador, 4 de novembro de 2025.

EMERENTINO ELTON SOUSA DE ARAÚJO
Conselheiro Relator



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. 4. ed. New York: Oxford University Press, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. *Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP)*. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 86, p. 158, 8 maio 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução CFM nº 2.217/2018 [Internet]. Aprova o Código de Ética Médica*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2018/2217>.

_____. *Resolução CFM nº 1.805 [Internet]. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente...* Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA. *Parecer CREMEB nº 04/13*. Aprovado em Sessão Plenária de 10 de janeiro de 2013. Salvador, BA. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BA/2013/4>.

_____. *Parecer CREMEB nº 10/19*. Aprovado em Sessão Plenária de 4 de junho de 2019. Salvador, BA. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BA/2019/10>.

KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. New York: Free Press, 1984.

PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH. *Making health care decisions: a report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship*. Washington, D.C.: Author, 1982.