ESTUDO TÉCNICO
PARA A COMISSÃO DE SAÚDE, PLANEJAMENTO FAMILIAR E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Ementa: Institui a Política Municipal de Cuidados Paliativos, conforme especifica, e dá outras providências.

Autor: David Rios

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo

ESTUDO TÉCNICO
PLE Nº 240/2025

NOVEMBRO/2025

O conteúdo deste trabalho não representa a posição da Coordenação das Comissões, tampouco da Câmara Municipal de Salvador, sendo exclusiva responsabilidade de seus autores.

ESTUDO TÉCNICO DO PLE Nº 240/2025

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O presente Projeto de Lei (PLE) institui a Política Municipal de Cuidados Paliativos, conforme especifica, e dá outras providências.

Cumpre informar que, segundo o banco de dados da Coordenação de Análise Legislativa (CAL), não há nenhuma outra proposição legislativa em tramitação que verse especificamente sobre o tema aludido na epígrafe. No entanto, a referida Coordenação destacou a existência da Lei Federal nº 14.758/2023 (Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer), que prevê que os cuidados paliativos fazem parte do cuidado integral ao paciente e devem estar disponíveis em todos os níveis de atenção à saúde, ou seja, não existe atualmente uma **lei federal específica e abrangente** sobre cuidados paliativos em vigor no Brasil.

Após a avaliação da CAL, a Comissão de Constituição e Justiça e Redação Final (CCJ) e a Comissão de Finanças, Orçamento e Fiscalização aprovaram parecer favorável ao supramencionado PLE.

Foi dada continuidade ao processo de tramitação e em 03 de novembro de 2025 o PLE 24/2025 chegou à Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social.

Conforme o art. 68, IX, “a”, do Regimento Interno[1] desta Casa, compete a referida Comissão “opinar em todas as proposições relativas a questões inerentes à Saúde e diretrizes do SUS”. Assim, este trabalho busca, através de uma análise técnico-cientifico, fazer um breve estudo das disposições e elementos técnicos presentes no Projeto de Lei, com vistas a subsidiar as discussões da matéria pela Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social, no seu âmbito de atuação.

Nesse sentido, vale ressaltar que os estudos técnicos têm o objetivo de apresentar um levantamento documental dos dispositivos legais (municipal,

[1] Resolução 910/1991 – art 68, IX.

estadual, nacional) relacionados ao objeto do estudo. Assim como, dados e pesquisas de órgãos institucionais relacionados à temática em tela e pesquisas acadêmicas de destaque sobre o assunto.

Deve-se destacar ainda, que não é foco do trabalho qualquer análise relacionada à constitucionalidade da proposição em questão. Cumpre-se apenas sistematizar os principais referenciais técnicos e o ordenamento legal relacionado ao tema.

2 DESENVOLVIMENTO

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), a saúde passou a ser considerada um direito:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Na ordem jurídico-constitucional brasileira, o direito à saúde possui uma dupla fundamentalidade formal e material de que se revestem os direitos e garantias fundamentais em geral. Segundo Sarlet e Figueiredo (2012), a fundamentalidade material encontra-se ligada à relevância do bem jurídico tutelado pela ordem constitucional, principalmente por sua "importância como pressuposto à manutenção e gozo da própria vida – e vida com dignidade" (SARLET; FIGUEIREDO, 2012, p. 31-32). Os autores também discorrem sobre a fundamentalidade formal do direito à saúde, lembrando que o referido direito decorre de sua previsão constitucional e desdobra-se em três elementos, a saber: a) **o direito à saúde, enquanto um direito fundamental**, situa-se no ápice do ordenamento jurídico (são normas de superior hierarquia formal e axiológica); b) encontram-se submetidos aos limites formais e materiais ("**cláusulas pétreas**") da reforma constitucional; c) são **normas diretamente aplicáveis**, vinculando de forma imediata as entidades estatais e os particulares (conforme dispõe o § 1º do art. 5º da CF 88).

Cumpre destacar que as características da saúde como um direito social acabam por exigir do Estado a execução de ações concretas e efetivas para a

promoção, proteção e assistência à saúde e de intervenções na dinâmica social que garantam o exercício deste direito (AITH, 2010).

Nesse sentido, a própria CF 88 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas à efetivação do direito à saúde no Brasil, reputando-se inquestionáveis os inúmeros avanços alcançados desde então, inclusive a elaboração e implementação de políticas e ações de prevenção e controle de doenças crônicas no Brasil.

A criação do SUS desencadeou novos arranjos institucionais, resultando na organização da atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção (ações de baixa complexidade na Atenção Básica e ações especializadas de média e alta complexidade).

O SUS deve, portanto, estar organizado para a resolução das necessidades e problemas de saúde da população e para tanto, dentre outros, há que se considerar o **impacto do envelhecimento dos brasileiros e brasileiras na organização das ações de saúde**.

Em 2023, a expectativa de vida no Brasil atingiu 76,4 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em comparação ao ano de 1940, quando a expectativa de vida para ambos os sexos era de 45,5 anos, houve um aumento de 30,9 anos, sendo de 30,2 anos para homens e 31,4 anos para mulheres. Esse crescimento tem sido impulsionado pela queda da mortalidade infantil, melhorias na saúde pública, saneamento, educação, e mudanças nos hábitos de vida.

No entanto, há que se considerar que o envelhecimento da população brasileira é um desafio aos gestores e profissionais da saúde e a sociedade como um todo, afinal, é preciso buscar formas de garantir qualidade de vida aos cidadãos brasileiros, especialmente daqueles que enfrentam doenças graves, crônicas ou em finitude.

No Brasil, cerca de 625 mil pessoas precisam de cuidados paliativos. Nesse contexto, pensando em uma experiência mais digna e confortável para pacientes, familiares e cuidadores, em 2024, o Ministério da Saúde (MS) lançou a **Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNCP)**. De acordo com o órgão, três eixos vão guiar os cuidados paliativos no serviço público de saúde:

- criação de equipes multiprofissionais para disseminar práticas às demais equipes da rede;
- promoção de informação qualificada e educação em cuidados paliativos;
- garantia do acesso a medicamentos e insumos necessários a quem está em cuidados paliativos.

No âmbito da PNCP cabe ressaltar os seguintes princípios:

> I - valorização da vida e consideração da morte como um processo natural;
> II - respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada;
> III - respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial na tomada de decisão substituta no caso de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, resguardados os princípios bioéticos dos códigos profissionais e das leis relacionadas ao tema;
> IV - oferta dos cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma indistinta para pessoas em sofrimento por qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida;
> V - início das investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas que ameacem a continuidade da vida;
> VI - início precoce dos cuidados paliativos, ofertados em conjunto com o tratamento da doença;
> VII - promoção da melhoria do curso da doença e reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social;
> VIII - aceitação da evolução natural da doença, não acelerando a morte e recusando tratamentos e procedimentos diagnósticos que possam causar sofrimento ou medidas que venham a prolongar artificialmente o processo de morrer;
> IX - promoção de modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto;
> X - prestação do cuidado paliativo por equipe multiprofissional e interdisciplinar;
> XI - comunicação sensível e empática, com respeito à verdade e à honestidade em todas as questões que envolvem pessoas cuidadas, familiares, cuidadores e profissionais; e
> XII - observância à Diretiva Antecipada de Vontade - DAV da pessoa cuidada.

É importante destacar que o movimento em prol da implantação da PNCP no Brasil, ganhou força em âmbito nacional, principalmente, após a aprovação da **Lei Nº 14.758/2023** que instituiu a Política Nacional de Prevenção e Controle

do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer e alterou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

A inovação legislativa caminha no sentido de fortalecer as ações já desenvolvidas pelo Poder Executivo nos seus três níveis de gestão, como também, amplia o **escopo dos cuidados paliativos dos pacientes com câncer**:

> Os cuidados paliativos dos pacientes com câncer devem estar disponíveis em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, observados os seguintes princípios:
>
> I - oferecimento de alívio para dor e outros sintomas que prejudiquem a qualidade de vida;
> II - reafirmação da vida e da morte como processos naturais;
> III - integração do cuidado clínico com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais;
> IV - abstenção da utilização de medidas com o objetivo de apressar ou de adiar a morte;
> V - oferecimento de apoio e de suporte para auxílio à família e ao paciente, com o objetivo de mantê-lo em seu ambiente e vivendo o mais ativamente possível;
> VI - abordagem interdisciplinar clínica e psicossocial dos pacientes e de suas famílias, incluídos aconselhamento e suporte ao luto;
> VII - garantia de acesso à terapia antiálgica.

Assim, pode-se dizer que o PLE 240/2025 que institui a Política Municipal de Cuidados Paliativos, conforme especifica o artigo 1º da referida norma, coaduna com os esforços empreendidos solidariamente pelo SUS, nos três níveis de gestão, e, portanto, contribui para o fortalecimento da Política Nacional de Cuidados Paliativos tão recente no arcabouço institucional da saúde no Brasil.

> Art. 1º Institui no Município de Salvador a Política Municipal de Cuidados Paliativos, em consonância com as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos e à luz dos princípios e diretrizes que norteiam as ações e serviços públicos de saúde que integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, já que o PLE 240/2025 prevê nos artigos 4º, 8º e 10, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), é importante sinalizar que **não há legislação federal específica que aborde a temática - Diretivas Antecipadas**

de Vontade (DAV) e testamento vital (TV) – e que estes assuntos por estarem relacionados à capacidade civil, autonomia privada e autodeterminação do indivíduo, dentre outros, são de competência legislativa privativa da União (matéria de direito civil).

> Art. 22. **Compete privativamente à União legislar sobre**:
>
> I – **direito civil**, comercial, penal, processual, eleitoral, agrário, marítimo, aeronáutico, espacial e do trabalho;

Nesse caso, a CF 88 instituiu uma espécie de limitação à autonomia dos entes federativos, principalmente quanto à prerrogativa de autolegislação conferirindo um único tratamento para o tema em todo o País, evitando desigualdades e distorções que poderiam ser provocadas por disciplinas distintas nos entes federados (MOHN, 2010). É o caso das matérias listadas no artigo 22, especialmente das matérias jurídicas descritas no inciso I do referido dispositivo constitucional:

Competência legislativa privativa da União	Incisos do artigo 22 da Constituição Federal de 1988
Jurídicas	**I** – direito civil, comercial, penal, processual, eleitoral, agrário, marítimo, aeronáutico, espacial e do trabalho;
Interferência na propriedade	II – desapropriação; III – requisições civis e militares, em caso de iminente perigo e em tempo de guerra;
Normas gerais	IX – diretrizes da política nacional de transportes; XXI – normas gerais de organização, efetivos, material bélico, garantias, convocação e mobilização das polícias militares e corpos de bombeiros militares; XXIV – diretrizes e bases da educação nacional; XXVII – normas gerais de licitação e contratação, em todas as modalidades, para as administrações públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, obedecido o disposto no art. 37, XXI, e para as empresas públicas

	e sociedades de economia mista, nos termos do art. 173, § 1o , III (redação dada pela EC 19/1998).

Ao município cabe legislar sobre assuntos de interesse local e **suplementar a legislação federal e a estadual no que couber**. **Os Municípios não detêm competência legislativa concorrente**. Conforme texto do artigo 24, só foi atribuída à União, aos Estados-membros e ao DF. No âmbito da legislação concorrente, a competência da União será limitada a estabelecer normas gerais. **Os Estados e o DF terão competência suplementar**. E nestes casos, a ausência de lei federal confere competência legislativa plena aos Estados e ao DF.

Por outro lado, a análise do regramento nacional sobre a temática terminalidade da vida, DAV, testamento vital, revelou que a principal regulamentação foi estabelecida pela Resolução CFM nº 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM)[2].

No entanto, merece atenção alguns pontos destacados pela Prof.ª Luciana Dadalto: "é preciso, primeiramente, deixar claro que essa resolução não legalizou as DAV no país, **vez que não possui força de lei, vez que o CFM não tem competência para legislar**". Apesar disso, a pesquisadora salientou que a resolução apenas garante "que o paciente possa expressar sua vontade acerca de tratamentos médicos e que essa vontade deve ser respeitada pelo clínico". Trata-se do exercício da autonomia da vontade e, portanto, do direito à autodeterminação, princípio adstrito ao super princípio da dignidade da pessoa humana (DADALTO, 2020, p. 100-102).

> § 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

Alguns Tribunais têm reconhecido o direito de autodeterminação em relação à própria vida, por meio do testamento vital, mencionando a

[2] A resolução estabelece normas para que médicos considerem os desejos do paciente, mesmo que incapaz de se comunicar, e determina que essas diretivas prevaleçam sobre o parecer de familiares.

expressamente a Resolução CFM Nº 1.995/2012. Abaixo destaque para uma decisão do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

> JURISDIÇÃO VOLUNTÁRIA. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE. ORTOTANÁSIA. Pretensão de estabelecer limites à atuação médica no caso de situação futura de grave e irreversível enfermidade, visando o emprego de mecanismos artificiais que prologuem o sofrimento da paciente. Sentença de extinção do processo por falta de interesse de agir. Manifestação de vontade na elaboração de testamento vital gera efeitos independentemente da chancela judicial. Jurisdição voluntária com função integrativa da vontade do interessado cabível apenas aos casos previstos em Lei. Manifestação que pode ser feita por meio de cartório extrajudicial. Desnecessidade de movimentar o Judiciário apenas para atestar sua sanidade no momento da declaração de vontade. Cartório Extrajudicial pode atestar a livre e consciente manifestação de vontade e, caso queira cautela adicional, a autora poderá se valer de testemunhas e atestados médicos. Declaração do direito à ortotanásia. Autora que não sofre de qualquer doença. Pleito declaratório não pode ser utilizado em caráter genérico e abstrato. Falta de interesse de agir verificada. Precedentes. Sentença de extinção mantida. Recurso não provido. (TJSP – AC: 10009381320168260100, Relator: MARY GRÜN, SÉTIMA CÂMARA DE DIREITO PRIVADO, Data de Publicação: 24/04/2019).

Observa-se, portanto, que a figura do testamento vital não tem sido introduzida no direito brasileiro pelas vias legislativas tradicionais, mas por mecanismos de atuação normativa mais periférica (*soft law*), os quais, a rigor, não são dotados da coercitividade que se espera dos textos normativos em geral. As resoluções do CFM, conforme dito anteriormente, não são dotados de ampla generalidade; na verdade, **são normas que criam regras direcionadas mais precisamente aos médicos**.

Importante ressaltar que, de acordo com a Resolução Nº 1.995/2012 do CFM, testamento vital não é um testamento propriamente dito (caráter nitidamente patrimonial). Trata-se de uma escritura pública de declaração que produz efeitos ainda em vida (mesmo que o testador esteja incapaz de expressar a sua vontade).

Convém acrescentar que o artigo 2º, §4º da Resolução, determinam que as diretivas antecipadas de vontade devem ser registradas, pelo médico, no prontuário do paciente, a fim de que seja possível fazer valer a sua vontade:

> § 4º O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

Assim, como a legislação brasileira aguarda um projeto de lei mais abrangente para regulamentar o tema, a Resolução Nº 1.995/2012 do CFM tem tido um papel crucial na orientação dos médicos e profissionais de saúde, preenchendo essa lacuna normativa do ponto de vista ético-profissional.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A partir do acima exposto, resta claro que a Política Municipal de Cuidados Paliativos, objeto central do PLE 240/2025, é assunto de interesse do campo da saúde e, portanto, cabe a discussão no âmbito da presente Comissão Temática.

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de implementação de políticas públicas com vistas à implementação dos cuidados paliativos de forma equânime e universal em todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde - RAS, com vistas ao cumprimento do direito constitucional a saúde do povo brasileiro com qualidade assistencial e humanização no atendimento.

No entanto, a abordagem das DAV e do testamento vital extrapola os limites e competências dos municípios dada a urgência e lacuna legislativa acerca da terminalidade da vida e dos princípios constitucionais que perpassam a temática em tela.

Por outro lado, a análise do PLE 240/2025 no âmbito da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar e Previdência Social poderá contribuir para a consolidação do direito à saúde no Brasil, principalmente por abordar o atendimento interdisciplinar em saúde em um momento especial da existência humana, diante da vulnerabilidade que permeia a terminalidade da vida.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Marcos; ALVES, Milton Ruiz; NISHI, Mauro. As condições de saúde ocular no Brasil. São Paulo: CBO, 2019. 104p.

AITH, F. Perspectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. *In*: SANTOS, L. (org.). *Direito da saúde no Brasil*. Campinas: Saberes Editora, 2010.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 04 nov. 2025.

BRASIL. *Portaria Nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009.* Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. . Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009_comp.html. Acesso em: 04 nov. 2025.

BRASIL. *Portaria Nº 3.681, de 7 de maio de 2024.* Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 04 nov. 2025.

DADALTO, L. Testamento Vital. 5ª edição. Indaiatuba, SP: Editora Foco, 2020.

MOHN, P. A repartição de competências na Constituição de 1988. Revista de Informação Legislativa. Brasília a. 47 n. 187 jul./set. 2010. Acesso em: 04 nov. 2025.

SALVADOR. *Regimento Interno*. Resolução 910, de 1991. Salvador, BA: Câmara Municipal de Salvador, 1991.