

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CURSO DE DIREITO BACHARELADO
CAMPUS GRAJAÚ

TAILANA SANTANA ALVES LEITE DE SOUSA

**CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL E A EFETIVIDADE DO DIREITO À
SAÚDE DIGNA: limites jurídicos da política nacional de cuidados paliativos**

GRAJAÚ – MA
2026

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO
CURSO DE DIREITO BACHARELADO
CAMPUS GRAJAÚ

TAILANA SANTANA ALVES LEITE DE SOUSA

**CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL E A EFETIVIDADE DO DIREITO À
SAÚDE DIGNA: limites jurídicos da política nacional de cuidados paliativos**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), desenvolvido na modalidade artigo científico e apresentado ao Curso de Direito da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Campus Grajaú, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Clara Kelliany Rodrigues de Brito.

Sousa, Tailana Santana Alves Leite de.

Cuidados paliativos no Brasil e a efetividade do Direito à saúde digna: limites jurídicos da política nacional de cuidados paliativos / Tailana Santana Alves Leite de Sousa. - Grajaú - MA, 2026.

35 f.

Artigo Científico (Graduação em Direito Bacharelado) - Universidade Estadual do Maranhão, Campus Grajaú, 2026.

Orientadora: Profa. Dra. Clara Kelliany Rodrigues de Brito.

1. Cuidados paliativos. 2. Direito à saúde. 3. Dignidade da pessoa humana. 4. Políticas públicas sanitárias. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDU: 340(81)

TAILANA SANTANA ALVES LEITE DE SOUSA

**CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL E A EFETIVIDADE DO DIREITO À
SAÚDE DIGNA: limites jurídicos da política nacional de cuidados paliativos**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), desenvolvido na modalidade artigo científico e apresentado ao Curso de Direito da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Campus Grajaú, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Clara Kelliany Rodrigues de Brito.

Aprovado pela Banca Examinadora em: 31 de Julho de 2026.

Nota: 10.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Clara Kelliany Rodrigues de Brito
Orientadora

Prof.^a Esp. Maria Lorrana da Silva Cordeiro
Examinadora

Prof.^a Esp. Jéssica Oliveira de Moraes
Examinadora

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por me guiar até a realização de mais esta etapa na minha caminhada. Em cada passo desse caminho, pude sentir o Seu cuidado e a Sua força me sustentando, transformando os desafios em aprendizado e não me deixando em nenhum momento sozinha. Obrigada, Senhor, por ser meu refúgio e minha maior fortaleza.

À minha família, que foi a base de tudo e me apoiou incondicionalmente em cada passo dessa jornada. Aos meus amados pais, Félix e Clarizilda; às minhas queridas irmãs, Jamarli, Carla Daiana e Fernanda; e aos meus avós, Waldemir e Rocilda (*in memoriam*), cuja memória sempre me acalenta. Ao meu querido esposo, Uelliton, e aos meus amados filhos, José Miguel e Ana Clara: vocês são a minha maior fonte de amor, segurança e incentivo. Obrigada por acreditarem em mim, por comemorarem minhas pequenas e grandes vitórias e, principalmente, por me sustentarem com tanto carinho nos dias mais desafiadores.

À professora Clara de Brito, minha orientadora e fonte de inspiração, minha profunda gratidão. Obrigado pelos ensinamentos valiosos, pelo rigor ético e pela paciência generosa com que conduziu este trabalho. Sou muito grata a Deus por cruzar nossos caminhos e por me dar a chance de aprender com sua sabedoria e entusiasmo. Obrigada pela confiança depositada em mim e nesta pesquisa.

Aos professores do Curso de Direito da UEMA – Campus Grajaú, pelo conhecimento compartilhado, pelas provocações intelectuais e por abrirem portas para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

Aos funcionários da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA – Campus Grajaú), expresso minha profunda gratidão. Faço um agradecimento especial aos servidores administrativos Ana Rita Bezerra, Fabrícia Almeida, Clara de Brito, Vanderley Melo, Denilson Silva e Ronald Matos, que aqui representam toda a equipe. Muito além dos processos e da burocracia, o trabalho e a dedicação de vocês foram o motor que fez tudo funcionar nos bastidores. Obrigada pela paciência, pela eficiência e pela prontidão em ajudar a resolver cada detalhe. Um agradecimento carinhoso também à Dona Deusa (serviços diversos), Maria dos Reis (que carinhosamente esta presente diariamente na UEMA) e ao Marcos Wlisses (portaria), que com dedicação e zelo e acolhimento diário representam aqui todos os demais profissionais de suas respectivas áreas. Estendo este

carinho aos demais colaboradores da instituição, cujo profissionalismo, suporte e acolhimento foram fundamentais para que eu pudesse trilhar essa caminhada.

Aos meus queridos amigos Gabriella Saturnino, Ana Carolina Chaves, Beatriz Parentes, Aguida Dantas e Mauryglã Richard Almeida, que aqui representam todos os amigos e companheiros de jornada que o Curso de Direito me deu: obrigada pelo colo, pelas palavras de ânimo e por não me deixarem desanimar. Vocês foram verdadeiros anjos no meu caminho.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, com um gesto, uma palavra ou uma oração, me ajudaram a superar os desafios e a concluir esta etapa: o meu muito obrigada. Esta conquista também é de vocês.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. CP E O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE.....	13
3. LIMITES JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS DA PNCP.....	20
3.1. SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA E LIMITES MATERIAIS DA POLÍTICA PALIATIVA	20
3.2. OMISSÃO LEGISLATIVA, INSEGURANÇA JURÍDICA E JUDICIALIZAÇÃO.....	24
4. DIREITO COMPARADO E PERSPECTIVAS PARA O FORTALECIMENTO DA PNCP	27
5. CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS	32

CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL E A EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE DIGNA: limites jurídicos da política nacional de cuidados paliativos

PALLIATIVE CARE IN BRAZIL AND THE EFFECTIVENESS OF THE RIGHT TO DIGNIFIED HEALTH: legal limits of the national palliative care policy

Tailana Santana Alves Leite de Sousa¹
Clara Kelliany Rodrigues de Brito²

RESUMO

O aumento da expectativa de vida, a ampliação das doenças crônicas e os avanços tecnológicos na medicina modificaram significativamente a forma como a sociedade passou a enfrentar os processos de adoecimento, sofrimento e terminalidade da vida. Nesse contexto, os cuidados paliativos assumiram crescente relevância no campo jurídico e sanitário, especialmente por sua relação com os direitos fundamentais à saúde, à dignidade da pessoa humana e à autonomia do paciente. A pesquisa analisou em que medida os limites jurídicos e institucionais da Política Nacional de Cuidados Paliativos comprometeram a efetividade do direito à saúde no Brasil, particularmente em situações relacionadas ao fim da vida. Partiu-se da hipótese de que, apesar dos avanços normativos observados nas últimas décadas, a política ainda apresentava fragilidades normativas, financeiras e institucionais capazes de dificultar sua implementação e ampliar desigualdades no acesso aos serviços. O objetivo geral consistiu em analisar os limites jurídicos e institucionais da Política Nacional de Cuidados Paliativos à luz dos direitos fundamentais à saúde, à dignidade humana e à autonomia do paciente. Para tanto, adotou-se o método dedutivo, com abordagem qualitativa, por meio de pesquisa bibliográfica e documental fundamentada na análise da legislação, de atos normativos e da literatura especializada. Os resultados demonstraram que, embora a política represente importante avanço para a incorporação dos Cuidados Paliativos ao Sistema Único de Saúde, sua efetividade permaneceu comprometida pela ausência de legislação federal específica, pela fragilidade da coordenação federativa, pelo subfinanciamento da saúde pública e pelas desigualdades regionais na oferta dos serviços. Concluiu-se que a efetividade da Política Nacional de Cuidados Paliativos depende do fortalecimento de seus instrumentos normativos, financeiros e institucionais, condição indispensável para a concretização do direito fundamental à saúde.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Direito à saúde. Dignidade da pessoa humana. Políticas públicas sanitárias. Sistema Único de Saúde.

¹ Acadêmica do 8º período do Curso de Direito Bacharelado da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Campus Grajaú. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Direito. E-mail: tailanasantana43@gmail.com.

² Orientadora. Doutora e Mestra em Direito pela Universidade de Marília (UNIMAR). Professora Adjunta do Curso de Direito da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Advogada. E-mail: clarabritoprofessora@uema.br.

ABSTRACT

The increase in life expectancy, the rise in chronic diseases, and technological advances in medicine have significantly transformed the way society has addressed processes of illness, suffering, and end-of-life care. In this context, palliative care has gained increasing relevance in both the legal and healthcare fields, particularly due to its connection with the fundamental rights to health, human dignity, and patient autonomy. This study analyzed the extent to which the legal and institutional limitations of the National Palliative Care Policy have affected the effectiveness of the right to health in Brazil, especially in situations related to end-of-life care. The research was based on the hypothesis that, despite the normative advances achieved in recent decades, the policy still presented legal, financial, and institutional weaknesses capable of hindering its implementation and increasing inequalities in access to services. The general objective was to analyze the legal and institutional limits of the National Palliative Care Policy in light of the fundamental rights to health, human dignity, and patient autonomy. To achieve this objective, the deductive method was adopted, with a qualitative approach, through bibliographic and documentary research based on the analysis of legislation, normative acts, and specialized literature. The findings demonstrated that, although the policy represents an important step toward the incorporation of Palliative Care into the Brazilian Unified Health System, its effectiveness has remained compromised by the absence of specific federal legislation, the fragility of federal coordination mechanisms, the chronic underfunding of public healthcare, and regional inequalities in service provision. It was concluded that the effectiveness of the National Palliative Care Policy depends on the strengthening of its legal, financial, and institutional instruments, an essential condition for the realization of the fundamental right to health.

Keywords: *Palliative care. Right to health. Human dignity. Health public policies. Brazilian Unified Health System.*

LISTA DE SIGLAS

CF/88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CP	Cuidados Paliativos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNCP	Política Nacional de Cuidados Paliativos
SUS	Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

As transformações demográficas, epidemiológicas e tecnológicas verificadas nas últimas décadas têm produzido forte impacto sobre a organização dos sistemas de saúde e sobre a própria compreensão jurídica do cuidado em situações de adoecimento grave. O aumento da expectativa de vida, a ampliação da incidência de doenças crônicas não transmissíveis e o desenvolvimento de tecnologias capazes de prolongar artificialmente a existência humana modificaram profundamente a forma como a sociedade contemporânea enfrenta os processos de sofrimento, terminalidade e morte. Frente a esse panorama, emergem novos desafios, relacionados tanto à preservação da vida como à garantia de condições dignas de cuidado diante de enfermidades progressivas, incuráveis e ameaçadoras desta.

A crescente complexidade de tais demandas tem conferido destaque aos Cuidados Paliativos (CP) no âmbito das políticas públicas de saúde e do debate jurídico contemporâneo. Mais do que uma modalidade assistencial voltada ao controle de sintomas, os CP se relacionam diretamente à proteção de direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), especialmente o direito à saúde, a dignidade da pessoa humana e a autonomia do paciente. Sua finalidade consiste, portanto, em promover qualidade de vida, aliviar o sofrimento e assegurar assistência integral aos indivíduos que enfrentam condições clínicas de elevada complexidade, em um movimento de reafirmação da centralidade da pessoa humana no processo de cuidado.

No Brasil, o reconhecimento institucional dos CP foi gradativamente incorporado à agenda sanitária nacional, culminando na formulação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) como importante instrumento de organização da assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição da política representa avanço relevante ao reconhecer que a proteção constitucional da saúde não se limita às ações de prevenção e cura, mas abrange também a redução do sofrimento e a promoção da dignidade durante todas as etapas do adoecimento. Apesar desse importante marco normativo, a incorporação dos cuidados paliativos ao sistema jurídico e institucional brasileiro ainda enfrenta desafios relacionados à formulação, implementação e efetividade das políticas públicas destinadas à sua concretização.

Contudo, ainda persistem desafios relacionados à insuficiência de financiamento, às desigualdades regionais na oferta dos serviços, à fragilidade dos mecanismos de coordenação federativa e à reduzida densidade normativa da política pública. Como

consequência, pode-se observar significativa distância entre o reconhecimento jurídico dos CP e a efetiva garantia de acesso da população aos serviços necessários. Tal cenário suscita importantes questionamentos acerca da capacidade do Estado brasileiro de concretizar os direitos fundamentais envolvidos e assegurar a efetividade das diretrizes constitucionais que orientam o SUS.

Diante da realidade exposta, o presente estudo buscou responder ao seguinte problema de pesquisa: em que medida os limites jurídicos e institucionais da PNCP comprometem a efetividade do direito fundamental à saúde no Brasil, especialmente em situações relacionadas ao fim da vida?

Para percorrer tal investigação, partiu-se da hipótese de que, embora os avanços normativos observados nas últimas décadas tenham contribuído para a inserção dos CP na estrutura do SUS, a política ainda apresenta fragilidades jurídicas e limitações institucionais que dificultam sua implementação efetiva, aprofundam desigualdades regionais e restringem a concretização dos direitos fundamentais à saúde, à dignidade humana e à autonomia do paciente.

Sob esse prisma, o objetivo geral da pesquisa consistiu em analisar os limites jurídicos e institucionais da PNCP à luz dos direitos fundamentais à saúde, à dignidade da pessoa humana e à autonomia do paciente. Como objetivos específicos, buscou-se examinar os fundamentos constitucionais e bioéticos que sustentam os CP no ordenamento jurídico brasileiro; investigar os principais obstáculos normativos, financeiros e estruturais que afetam a implementação da política pública no SUS; e identificar experiências internacionais capazes de contribuir para o fortalecimento da política brasileira de CP.

O estudo se fundamentou em referenciais teóricos vinculados ao constitucionalismo contemporâneo, à teoria dos direitos fundamentais, à bioética e às políticas públicas sanitárias, dialogando especialmente com as contribuições de Ingo Wolfgang Sarlet, Luís Roberto Barroso, Maria Celina Bodin de Moraes e Léo Pessini. A pesquisa foi desenvolvida por meio do método dedutivo, com abordagem qualitativa e procedimento bibliográfico, baseado na análise crítica da literatura especializada, de documentos normativos, de atos administrativos e de produções científicas relacionadas à temática.

Para atingir os objetivos propostos, o artigo foi estruturado em três seções. A primeira examina os fundamentos constitucionais e bioéticos dos cuidados paliativos. A segunda analisa os principais limites jurídicos e institucionais da Política Nacional de

Cuidados Paliativos. Por fim, a terceira apresenta experiências internacionais e possíveis contribuições para o fortalecimento da política brasileira.

2. CPE O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

O desenvolvimento científico e tecnológico experimentado pela medicina ao longo das últimas décadas produziu transformações significativas na forma como a sociedade contemporânea compreende a vida, o adoecimento e a morte. Os avanços diagnósticos, farmacológicos e terapêuticos ampliaram profundamente a capacidade de intervenção sobre o corpo humano, permitindo o controle de doenças anteriormente fatais e o prolongamento da vida por períodos cada vez maiores. Embora tais conquistas representem importantes avanços para a proteção da saúde e da vida humana, também inauguraram novos desafios éticos, jurídicos e institucionais relacionados aos limites da intervenção médica e à preservação da dignidade da pessoa em situações de sofrimento intenso e irreversível (Pessini; Bertachini, 2004).

Nessa conjuntura, a medicina contemporânea passou a conviver com uma realidade paradoxal. Ao mesmo tempo em que se tornou capaz de prolongar biologicamente a existência humana por meio de sofisticados recursos tecnológicos, nem sempre conseguiu assegurar que esse prolongamento estivesse acompanhado da preservação da qualidade de vida, do bem-estar ou da autonomia do paciente. Em inúmeras situações, especialmente diante de doenças graves, progressivas e incuráveis, a manutenção artificial das funções vitais pode representar apenas a extensão do processo de sofrimento, sem perspectivas concretas de recuperação ou melhoria clínica (Pessini; Bertachini, 2004).

Esse fenômeno está inserido em um contexto mais amplo de medicalização da vida e da morte. A lógica biomédica tradicional, fortemente orientada pela busca da cura e pela maximização dos recursos terapêuticos disponíveis, frequentemente passou a compreender a morte como um fracasso da prática médica. Como consequência, consolidou-se uma cultura institucional de combate ininterrupto à finitude humana, muitas vezes mediante a adoção de procedimentos invasivos e desproporcionais que prolongam o processo de morrer sem proporcionar benefícios efetivos ao paciente (Pessini; Bertachini, 2004).

Sob a perspectiva jurídica, essa realidade desafia a interpretação tradicional do direito à saúde. Por extenso período, a proteção constitucional da saúde foi compreendida predominantemente sob a ótica do acesso a tratamentos curativos, medicamentos e

procedimentos destinados à recuperação da capacidade funcional do indivíduo. Entretanto, a complexidade das demandas contemporâneas impõe uma compreensão mais ampla desse direito fundamental, capaz de abarcar, para além da promoção da cura, a proteção da qualidade de vida, do conforto, da integridade física e psíquica e da própria dignidade humana nos momentos finais da existência (Barroso, 2022).

A CF/88 consagrou a saúde como direito fundamental de todos e dever do Estado, atribuindo-lhe posição central na estrutura de proteção dos direitos sociais. Contudo, a interpretação desse dispositivo não pode ser dissociada dos fundamentos constitucionais que sustentam todo o sistema de direitos fundamentais, especialmente a dignidade da pessoa humana prevista no artigo 1º, inciso III, da CF/88 (Brasil, 1988). É precisamente nesse ponto que as contribuições teóricas de Sarlet (2024) assumem especial relevância.

Para Sarlet (2024), a dignidade da pessoa humana constitui qualidade intrínseca e irrenunciável de todo ser humano, de tal modo que funciona simultaneamente como valor fundamental da ordem constitucional e parâmetro interpretativo para a concretização dos direitos fundamentais. Sob essa premissa, a proteção jurídica da pessoa não se limita apenas à preservação biológica da existência, mas compreende, ainda, a garantia de condições materiais e existenciais compatíveis com o respeito à sua condição humana. O autor sustenta que a dignidade exige a proteção da integridade física e psíquica do indivíduo, bem como a promoção das condições necessárias para uma existência digna em todas as etapas da vida.

Tal compreensão possui implicações particularmente relevantes para o debate sobre o final da vida. Considerando que a dignidade da pessoa humana constitui valor-fonte e fundamento do Estado Democrático de Direito, a proteção jurídica da pessoa não se esgota na mera preservação biológica da existência, mas deve, ainda, abranger a garantia de condições existenciais compatíveis com a integridade física, psíquica e moral do indivíduo. Sob tal ponto de vista, mostra-se constitucionalmente inadequada qualquer interpretação que reduza a proteção da pessoa à manutenção artificial de funções biológicas, especialmente em situações nas quais intervenções terapêuticas de caráter extraordinário se revelam desproporcionais, incapazes de produzir benefícios efetivos e potencialmente geradoras de sofrimento adicional ao paciente. A defesa incondicional da manutenção artificial da vida, independentemente das circunstâncias concretas e do sofrimento envolvido, corre o risco de converter o ser humano em objeto da tecnologia médica, esvaziando precisamente o valor constitucional que se pretende proteger (Sarlet, 2024).

Nessa lógica, o direito fundamental à saúde deve ser compreendido como um direito complexo e multifacetado, cujo conteúdo normativo ultrapassa significativamente a simples oferta de tratamentos destinados à cura. Conforme observa Sarlet (2024), a saúde possui estreita conexão com a dignidade humana e com a proteção integral da pessoa posto que abrange dimensões físicas, psíquicas e sociais. Consequentemente, a efetivação desse direito exige que as políticas públicas de saúde sejam capazes de responder às necessidades reais dos indivíduos, inclusive quando a cura já não é uma possibilidade terapêutica viável.

A mesma ampliação interpretativa pode ser identificada na obra de Barroso (2022). Ao analisar a centralidade dos direitos fundamentais no Estado Constitucional contemporâneo, Barroso enfatiza que a Constituição deve orientar toda a atuação estatal, especialmente nas situações que envolvem a proteção da pessoa humana e a concretização de valores fundamentais. Nesse contexto, a dignidade da pessoa humana assume função estruturante na interpretação dos direitos fundamentais e, assim, exige que as decisões jurídicas e institucionais sejam orientadas pela promoção do valor intrínseco de cada indivíduo (Barroso, 2022).

Particularmente relevante para o tema dos CP é a concepção de autonomia desenvolvida por Barroso (2014). Segundo o autor, a dignidade humana possui, entre suas dimensões fundamentais, a autonomia individual, compreendida como a capacidade de cada pessoa conduzir sua própria existência de acordo com suas convicções, valores e projetos de vida. Essa autonomia não desaparece diante da doença, da vulnerabilidade ou da proximidade da morte. Ao contrário, torna-se ainda mais relevante justamente nos momentos em que o indivíduo se encontra diante de decisões existenciais profundas relacionadas ao próprio tratamento, ao controle do sofrimento e ao processo de morrer (Barroso, 2014).

Sob essa ótica, a proteção constitucional da saúde não pode ser reduzida a uma obrigação estatal de prolongar a vida a qualquer custo. O dever de proteção à saúde deve ser compatibilizado com o respeito à dignidade e à autonomia do paciente em um movimento de reconhecimento acerca do valor constitucional da vida humana, onde este não se confunde com a simples manutenção biológica de funções orgânicas. A vida protegida pela Constituição é uma vida dotada de dignidade, e não uma existência reduzida exclusivamente a parâmetros fisiológicos (Barroso, 2014).

É precisamente nesse cenário que emerge a necessidade de humanização do cuidado em saúde. A humanização representa uma resposta crítica ao modelo tecnicista e

biologicista que historicamente orientou parte significativa da prática médica. Trata-se de uma perspectiva que recoloca o paciente no centro das decisões assistenciais e, para tanto, reconhece suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais e espirituais (Pessini; Bertachini, 2004).

A humanização do cuidado não implica a rejeição dos avanços tecnológicos da medicina, mas, antes, os subordina aos valores constitucionais da dignidade humana, da autonomia e da integralidade da assistência. Em outras palavras, os recursos tecnológicos devem servir à pessoa humana, e não o contrário. Quando a intervenção médica deixa de promover benefícios concretos e passa a representar apenas a extensão do sofrimento, torna-se necessário reavaliar criticamente os objetivos do tratamento à luz dos direitos fundamentais envolvidos (Pessini; Bertachini, 2004).

É nesse cenário que os CP assumem especial relevância jurídica e constitucional. Mais do que uma modalidade específica de assistência em saúde, os CP representam uma mudança paradigmática na compreensão do próprio direito fundamental à saúde. Sua finalidade não é acelerar tampouco retardar a morte, antes, trata-se de assegurar que o paciente receba cuidados integrais voltados à prevenção e ao alívio do sofrimento, à promoção da qualidade de vida e ao respeito à sua dignidade durante todas as fases da doença (Pessini; Bertachini, 2004).

Por conseguinte, os CP podem ser compreendidos como importante mecanismo de concretização dos direitos fundamentais previstos na CF/88. Ao priorizarem o alívio do sofrimento, a integralidade da assistência e o respeito às escolhas do paciente, esses cuidados promovem uma interpretação constitucionalmente adequada do direito à saúde, compatibilizando a proteção da vida com a preservação da dignidade humana e da autonomia individual. Mais do que uma alternativa terapêutica, constituem expressão concreta de um modelo de atenção em saúde comprometido com a centralidade da pessoa humana e com os valores fundamentais que estruturam o Estado Democrático de Direito (Moraes, 2017).

É nesse cenário, marcado pelo reconhecimento dos limites da medicina orientada exclusivamente pela lógica da cura e pela crescente preocupação com a proteção da dignidade humana nos processos de adoecimento e terminalidade, que os CP emergem como importante instrumento de concretização de um modelo de atenção em saúde centrado na pessoa humana, na redução do sofrimento e na promoção da qualidade de vida. À vista disso, os CP surgem como uma abordagem assistencial que busca superar a tradicional dicotomia entre cura e abandono terapêutico para, em vez disso, oferecer

respostas adequadas às necessidades dos indivíduos para os quais a possibilidade de recuperação integral já não constitui o objetivo principal da intervenção médica (Pessini, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os CP como uma abordagem destinada a promover a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças associadas a intenso sofrimento, por meio da prevenção e do alívio da dor e de outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais (OMS, 2020). Trata-se, portanto, de uma concepção ampliada de cuidado, voltada tanto para o controle de manifestações clínicas como para a atenção integral às múltiplas dimensões da experiência humana do adoecimento.

A relevância dessa definição reside justamente no deslocamento do foco assistencial. Em vez de concentrar-se exclusivamente na doença e em sua possível cura, os CP direcionam sua atenção para a pessoa que vivencia o processo de adoecimento e reconhece, portanto, que a proteção da saúde envolve aspectos que transcendem a mera manutenção das funções biológicas (Barroso, 2022). Sob essa ótica, o sofrimento humano deixa de ser compreendido apenas como fenômeno orgânico e passa a ser considerado em sua complexidade existencial, uma vez que envolve questões relacionadas à autonomia, aos vínculos familiares, às crenças pessoais, à integridade emocional e à preservação da dignidade (Sarlet, 2024).

Essa mudança paradigmática apresenta especial relevância no âmbito jurídico-constitucional. À luz da dignidade da pessoa humana, que orienta a interpretação e a concretização dos direitos fundamentais, revela-se incompatível com a ordem constitucional uma concepção de saúde limitada à cura da enfermidade ou à manutenção biológica da vida, desconsiderando a proteção integral da pessoa e suas necessidades físicas, psíquicas, sociais e existenciais. Ao contrário, a efetividade desse direito exige que o sistema de saúde seja capaz de oferecer respostas adequadas também às situações em que a finalidade terapêutica passa a consistir na redução do sofrimento, na promoção do conforto e na preservação da autonomia do paciente (Barroso, 2022; Sarlet, 2024).

Nesse cenário, os CP não representam uma renúncia ao tratamento nem uma forma de abreviação da vida. Constituem, antes, uma modalidade especializada de assistência que reconhece a finitude humana como parte integrante da experiência existencial e que busca assegurar que o processo de adoecimento e morte ocorra com o máximo de conforto, respeito e proteção aos direitos fundamentais envolvidos. Seu fundamento não

está na desistência do cuidado, mas precisamente na ampliação do cuidado para além dos limites da terapêutica curativa (Pessini; Bertachini, 2004).

Ao reconhecer a impossibilidade de eliminar determinadas condições clínicas, os CP reafirmam o compromisso ético e jurídico com a pessoa humana e deslocam objetivo da intervenção em saúde da cura em direção ao cuidado integral. Assim sendo, os CP consolidam-se como importante instrumento de efetivação do direito fundamental à saúde em sua dimensão mais abrangente, posto que permitem que a proteção constitucional da vida seja compatibilizada com a preservação da dignidade, da autonomia e da qualidade de vida mesmo diante da terminalidade ou da progressão irreversível da doença (Pessini; Bertachini, 2004).

A consolidação dos CP relaciona-se, ainda, ao desenvolvimento da bioética contemporânea, especialmente no que se refere à valorização da autonomia do paciente e à proteção de sua dignidade em situações de vulnerabilidade decorrentes do adoecimento grave. Por essa ótica, o modelo paternalista tradicional, em que as decisões terapêuticas eram tomadas exclusivamente pelos profissionais de saúde, vem sendo progressivamente substituído por uma perspectiva que reconhece o paciente como sujeito de direitos e participante ativo das escolhas relacionadas ao próprio tratamento (Barroso, 2014).

Dentre os princípios bioéticos mais relevantes para os CP, destaca-se a autonomia, entendida como a capacidade de o indivíduo deliberar livremente sobre questões que afetam sua própria existência. No âmbito assistencial, esse princípio concretiza-se por meio do consentimento informado, instrumento que assegura ao paciente o direito de receber informações adequadas sobre seu estado de saúde, as possibilidades terapêuticas existentes, seus benefícios, riscos e limitações, possibilitando, deste modo, a tomada de decisões compatíveis com seus valores, crenças e preferências pessoais (Pessini; Barchifontaine, 2014).

A valorização da autonomia também está associada ao reconhecimento ético e jurídico da limitação terapêutica em situações nas quais determinados procedimentos já não oferecem benefícios proporcionais ao paciente. Nesses casos, a suspensão ou não implementação de medidas extraordinárias, inúteis ou desproporcionais não representa abandono assistencial, mas sim uma conduta compatível com os objetivos dos CP e com o respeito à dignidade da pessoa humana (Pessini; Barchifontaine, 2014).

No cenário exposto, ganha relevância o conceito de ortotanásia, compreendida como a permissão para que o processo natural da morte ocorra em seu tempo próprio, sem a utilização de intervenções artificiais destinadas exclusivamente ao prolongamento

biológico da vida. A ortotanásia distingue-se da eutanásia pois não tem por finalidade provocar a morte do paciente, antes, busca evitar a adoção de tratamentos fúteis ou desproporcionais quando inexistente perspectiva razoável de recuperação. Enquanto a eutanásia pressupõe uma ação destinada a causar a morte, a ortotanásia consiste na limitação de intervenções terapêuticas excessivas, mantendo-se integralmente os cuidados necessários ao controle da dor, ao conforto e ao suporte físico, psicológico e espiritual do paciente (Pessini, 2018).

No ordenamento jurídico brasileiro, a limitação terapêutica recebeu importante reconhecimento ético-normativo por meio das resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM). Destacam-se a Resolução CFM nº 1.805/2006 (CFM, 2006), que admitiu a limitação ou suspensão de procedimentos que prolonguem a vida de pacientes em fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, e a Resolução CFM nº 1.995/2012 (CFM, 2012), que regulamentou as diretivas antecipadas de vontade. Mais recentemente, a Resolução CFM nº 2.232/2019 (CFM, 2019) reforçou a necessidade de observância da autonomia do paciente no processo decisório em saúde. Em conjunto, esses instrumentos normativos evidenciam o gradual reconhecimento institucional de que a proteção da vida não se confunde com a obrigação de empregar recursos terapêuticos ilimitados, devendo ser harmonizada com os princípios da dignidade humana, da autonomia e da proporcionalidade do tratamento.

A partir dessas premissas, torna-se possível compreender que os CP não constituem uma modalidade assistencial periférica ou complementar no âmbito das políticas públicas de saúde. Ao contrário, inserem-se diretamente no conteúdo jurídico do direito fundamental à saúde e na própria concepção constitucional de integralidade que estrutura o SUS (Sarlet, 2024). A CF/88, ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988), não restringiu a atuação estatal à oferta de medidas preventivas ou curativas, antes estabeleceu um modelo de proteção integral voltado à promoção, proteção e recuperação da saúde em todas as suas dimensões.

O princípio da integralidade, consagrado no artigo 198 da CF/88 e incorporado à legislação do SUS pela Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1988; Brasil 1990), exige que a assistência em saúde seja organizada de modo a contemplar as necessidades concretas dos indivíduos ao longo de todo o curso do processo de adoecimento. Essa diretriz afasta compreensões reducionistas que limitam a efetivação do direito à saúde ao acesso a procedimentos destinados exclusivamente à cura, impondo ao Estado o dever de

assegurar respostas adequadas também às situações em que a doença se apresenta como progressiva, irreversível ou ameaçadora da vida.

Diante disso, os CP representam expressão concreta da integralidade assistencial, uma vez que buscam atender às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente em vias de proporcionar uma abordagem centrada na pessoa e não apenas na patologia. Sua incorporação ao sistema público de saúde decorre diretamente da exigência constitucional de proteção integral da dignidade humana, especialmente em contextos marcados pela vulnerabilidade, pelo sofrimento e pela limitação das possibilidades terapêuticas curativas (Moraes, 2017; Sarlet, 2024).

A interpretação sistemática dos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da proteção à saúde e da integralidade da assistência conduz à conclusão de que o acesso aos CP não pode ser compreendido como benefício eventual ou política pública facultativa sujeita exclusivamente à discricionariedade administrativa. Trata-se, em realidade, de uma prestação estatal vinculada à concretização de direitos fundamentais, cuja implementação se relaciona diretamente com o dever constitucional de assegurar condições dignas de cuidado a todos os cidadãos (Barroso, 2022; Sarlet; Marinoni; Mitidiero, 2025).

Nessa medida, a ausência de estruturas adequadas para a oferta de CP, a insuficiência de recursos assistenciais ou a fragilidade dos mecanismos institucionais destinados à sua implementação não representam apenas deficiências de gestão pública. Tais limitações podem configurar obstáculos à plena efetivação do direito fundamental à saúde e comprometer a realização dos valores constitucionais da dignidade humana, da autonomia individual e da integralidade do cuidado (Sarlet; Marinoni; Mitidiero, 2025).

É justamente a partir dessa compreensão que se torna necessário examinar criticamente os contornos normativos e institucionais da PNCP. Se os CP integram o conteúdo constitucionalmente protegido do direito à saúde, impõe-se investigar em que medida a política pública atualmente existente é capaz de assegurar sua efetiva concretização e quais são os limites jurídicos e institucionais que ainda dificultam a universalização desse direito no âmbito do SUS.

3. LIMITES JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS DA PNCP

3.1. SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA E LIMITES MATERIAIS DA POLÍTICA PALIATIVA

A incorporação dos CP ao âmbito das políticas públicas de saúde representa um importante avanço no processo de consolidação do direito fundamental à saúde no Brasil. Ao reconhecer formalmente a necessidade de assistência integral às pessoas acometidas por doenças graves, progressivas e ameaçadoras da vida, o Estado brasileiro passou a incorporar, ao menos no plano normativo, uma concepção ampliada de cuidado compatível com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da integralidade da assistência e da proteção da autonomia do paciente. Contudo, a existência de diretrizes normativas e o reconhecimento institucional dos CP não são suficientes, por si sós, para assegurar sua efetiva concretização no âmbito do SUS.

A experiência brasileira evidencia que uma das principais limitações à implementação da PNCP reside na histórica insuficiência de recursos destinados ao financiamento do sistema público de saúde. Embora a CF/88 tenha atribuído à saúde a condição de direito fundamental social e dever do Estado (Brasil, 1988), a efetivação desse comando constitucional permanece condicionada à disponibilidade de recursos financeiros, infraestrutura adequada, organização administrativa e capacidade de gestão dos entes federativos. Nesse cenário, a concretização dos CP passa a enfrentar os mesmos obstáculos estruturais que historicamente afetam o SUS, sendo particularmente impactada pelo fenômeno do subfinanciamento da saúde pública (Sarlet; Figueiredo, 2008).

A insuficiência de recursos produz efeitos especialmente severos na assistência paliativa em razão das características próprias dessa modalidade de cuidado. Diferentemente de intervenções pontuais ou procedimentos isolados, os CP exigem equipes multiprofissionais qualificadas, acompanhamento contínuo, integração entre os diferentes níveis de atenção, disponibilidade de medicamentos para controle de sintomas, suporte domiciliar e articulação permanente entre serviços hospitalares e comunitários. Trata-se, portanto, de uma política que demanda investimentos estruturais de longo prazo, planejamento institucional consistente e capacidade administrativa capaz de assegurar atendimento integral e continuado (Pessini, 2004).

Observa-se, portanto, que a escassez de recursos financeiros frequentemente conduz à priorização de ações voltadas para demandas agudas, emergenciais e curativas, relegando os CP a uma posição secundária na formulação das políticas públicas. Tal realidade revela uma contradição significativa: embora os CP sejam reconhecidos como instrumento de efetivação do direito fundamental à saúde, sua implementação permanece frequentemente condicionada a critérios de conveniência administrativa e disponibilidade

orçamentária, o que compromete sua universalização e amplia desigualdades no acesso aos serviços (Barroso, 2022; Sarlet; Figueiredo, 2008).

Essa problemática pode ser analisada à luz das reflexões de Sarlet e Figueiredo (2008) acerca da efetividade dos direitos fundamentais sociais. Os autores reconhecem que a concretização desses direitos envolve prestações positivas do Estado e depende, em alguma medida, da disponibilidade de recursos materiais. Entretanto, advertem que a denominada “reserva do possível” não pode ser utilizada como argumento genérico para justificar a inércia estatal ou a insuficiência permanente das políticas públicas. Em um Estado Democrático de Direito fundado na dignidade da pessoa humana, a limitação orçamentária deve ser interpretada em conjunto com o dever constitucional de assegurar um núcleo mínimo de proteção aos direitos fundamentais (Sarlet; Figueiredo, 2008).

No campo da saúde, essa compreensão assume relevância ainda maior. Conforme sustenta Sarlet (2024), o direito à saúde encontra-se intimamente vinculado à proteção da vida, da integridade física e da dignidade da pessoa humana, circunstância que impõe ao Poder Público obrigações positivas de elevada densidade normativa. Dessa forma, embora seja legítimo reconhecer a existência de limitações materiais decorrentes da escassez de recursos, não se mostra constitucionalmente admissível que tais restrições inviabilizem completamente o acesso a prestações essenciais relacionadas à proteção da dignidade humana (Sarlet, 2024).

A discussão torna-se particularmente sensível quando aplicada aos CP. Isso porque a ausência desses serviços não implica apenas deficiência organizacional do sistema de saúde, mas pode resultar na submissão de pacientes a situações de sofrimento evitável, controle inadequado da dor, desassistência familiar e tratamentos desproporcionais incompatíveis com os princípios constitucionais que orientam a assistência em saúde. Em outras palavras, o *déficit* de implementação da política paliativa produz impactos diretos sobre direitos fundamentais cuja proteção constitui dever prioritário do Estado (Sarlet, 2024).

A concretização dos direitos fundamentais exige a compatibilização entre limitações fáticas e exigências constitucionais. Para Barroso (2022), a escassez de recursos constitui elemento real do processo decisório estatal, mas não afasta a força normativa da CF/88 nem exonera os poderes públicos da obrigação de promover, progressivamente, a efetivação dos direitos sociais. A atuação estatal deve ser orientada pela busca da máxima efetividade possível dos direitos fundamentais, especialmente

quando estão em jogo prestações relacionadas à proteção da dignidade humana (Barroso, 2022).

Nesse contexto, a insuficiência de financiamento da assistência paliativa não pode ser compreendida apenas como consequência inevitável da limitação orçamentária. Trata-se também de uma questão relacionada às escolhas institucionais realizadas no âmbito da formulação e da execução das políticas públicas de saúde. A definição das prioridades de investimento, a distribuição regional dos recursos, a capacitação de profissionais e a estruturação de redes assistenciais constituem decisões políticas e administrativas que influenciam diretamente a concretização do direito à saúde (Barroso, 2022).

Os efeitos dessa realidade tornam-se particularmente evidentes quando se observa a distribuição desigual dos serviços de CP no território nacional. A concentração de equipes especializadas nos grandes centros urbanos e em regiões economicamente mais desenvolvidas contrasta com a escassez de serviços em áreas periféricas, municípios de pequeno porte e regiões historicamente marcadas por *déficits* assistenciais. Como consequência, o acesso aos CP passa a depender, em larga medida, do local de residência do paciente, criando situações de desigualdade incompatíveis com os princípios constitucionais da universalidade e da equidade que orientam o SUS (ANCP, 2020).

Desse modo, a análise do subfinanciamento da saúde pública revela que os principais obstáculos à efetivação da PNCP não decorrem exclusivamente da ausência de reconhecimento normativo. O desafio central consiste em transformar o compromisso jurídico assumido pelo Estado em capacidade institucional efetiva de prestação dos serviços necessários. Enquanto persistirem limitações estruturais relacionadas ao financiamento, à organização administrativa e à distribuição dos recursos assistenciais, o acesso aos CP permanecerá marcado por desigualdades significativas, fato que seguirá comprometendo a concretização do direito fundamental à saúde em sua dimensão integral (Sarlet; Figueiredo, 2008).

Por conseguinte, embora a escassez de recursos constitua elemento relevante na formulação das políticas públicas, ela não pode servir como justificativa para a perpetuação de *déficits* assistenciais que afetam diretamente a dignidade humana. A efetivação dos CP exige mais do que reconhecimento normativo: demanda compromisso institucional, planejamento estatal e financiamento adequado capazes de assegurar que a proteção constitucional da saúde alcance também aqueles que se encontram em situações de maior vulnerabilidade decorrentes do sofrimento, da doença grave e da terminalidade da vida.

3.2. OMISSÃO LEGISLATIVA, INSEGURANÇA JURÍDICA E JUDICIALIZAÇÃO

Além das limitações materiais decorrentes do subfinanciamento da saúde pública, a efetivação da PNCP enfrenta importantes obstáculos de natureza jurídica e institucional. Embora os CP tenham alcançado crescente reconhecimento no âmbito das políticas públicas sanitárias brasileiras, a consolidação desse modelo assistencial ainda ocorre em um cenário marcado por relativa fragmentação normativa e insuficiente densidade legislativa. Como consequência, persistem incertezas quanto ao alcance das obrigações estatais, aos direitos dos pacientes e aos mecanismos jurídicos disponíveis para assegurar a implementação efetiva dessa modalidade de cuidado no âmbito do SUS.

A trajetória de institucionalização dos CP no Brasil foi construída predominantemente por meio de atos administrativos, resoluções de órgãos profissionais e diretrizes formuladas pelo Ministério da Saúde. Embora tais instrumentos possuam relevância significativa para a organização dos serviços e para a orientação das práticas assistenciais, sua natureza infralegal limita sua capacidade de conferir estabilidade normativa e uniformidade nacional à política pública. Diferentemente de outros campos da saúde que contam com regulamentação legislativa mais abrangente, os CP ainda carecem de um marco legal específico capaz de definir parâmetros claros para sua implementação, financiamento e acesso universal (Barroso, 2022; Brasil, 2024).

Tal situação produz efeitos relevantes sob a perspectiva da segurança jurídica. Em um Estado Democrático de Direito, a efetividade dos direitos fundamentais depende não apenas de seu reconhecimento constitucional abstrato, mas, para além disso, da existência de mecanismos normativos que permitam sua concretização de forma previsível e uniforme. Quando a proteção de determinado direito permanece excessivamente dependente de atos administrativos ou de iniciativas locais, amplia-se o risco de interpretações divergentes e de desigualdades na prestação dos serviços públicos (Barroso, 2009; Sarlet, 2024).

No caso dos CP, a ausência de regulamentação legislativa mais detalhada contribui para a existência de significativas variações entre estados e municípios quanto à oferta dos serviços, à estruturação das equipes multiprofissionais, aos protocolos assistenciais e aos critérios de acesso dos pacientes. Em consequência, a garantia de um cuidado compatível com os parâmetros bioéticos e constitucionais discutidos anteriormente torna-se frequentemente condicionada à capacidade administrativa e à vontade política de cada

ente federativo, comprometendo os princípios da universalidade e da igualdade que orientam o SUS (ANCP, 2024; Barroso, 2022; Brasil, 1988; Brasil, 1990).

Sob a ótica constitucional, essa problemática pode ser analisada a partir das reflexões de Barroso (2009) acerca da eficácia dos direitos fundamentais e da responsabilidade estatal na sua concretização. O autor sustenta que a CF/88 (Brasil, 1988) não se limita a proclamar direitos, mas impõe aos poderes públicos deveres concretos de implementação. A omissão estatal, especialmente quando afeta direitos fundamentais relacionados à dignidade da pessoa humana, não representa mera deficiência administrativa, podendo configurar verdadeiro descumprimento de obrigações constitucionais.

Aplicada ao contexto dos CP, essa compreensão permite sustentar que a ausência de instrumentos normativos adequados para assegurar sua implementação não constitui questão meramente técnica ou burocrática. Ao contrário, trata-se de fator que compromete a efetividade do direito fundamental à saúde, particularmente em situações nas quais pacientes em condições de extrema vulnerabilidade dependem da atuação estatal para obtenção de assistência compatível com sua dignidade e suas necessidades clínicas (Barroso, 2009).

A proteção dos direitos fundamentais sociais exige, além de abstenções estatais, a criação de estruturas normativas e institucionais aptas a viabilizar sua concretização. Para Sarlet (2021), a dimensão objetiva dos direitos fundamentais impõe ao Estado deveres de proteção e promoção que transcendem a simples previsão formal dos direitos no texto constitucional. Assim sendo, a insuficiência de mecanismos jurídicos destinados à implementação dos CP pode ser compreendida como expressão de uma proteção estatal incompleta ou insuficiente.

A fragilidade normativa existente repercute diretamente sobre o fenômeno da judicialização da saúde, posto que, diante da ausência ou insuficiência dos serviços públicos, pacientes e familiares frequentemente recorrem ao Poder Judiciário para obter medicamentos destinados ao controle da dor, acesso a equipes especializadas, internação domiciliar ou outras medidas relacionadas à assistência paliativa. Nesse contexto, o Judiciário passa a desempenhar papel relevante na concretização de prestações que deveriam ser asseguradas ordinariamente pelas estruturas administrativas do sistema de saúde (Sarlet, 2024).

A judicialização, contudo, apresenta caráter ambivalente. Por um lado, constitui importante mecanismo de proteção dos direitos fundamentais diante de omissões ou

falhas do Poder Público. Em inúmeras situações, a intervenção judicial representa a única via capaz de assegurar a pacientes gravemente enfermos o acesso a tratamentos indispensáveis à preservação de sua dignidade e à redução do sofrimento. Sob essa perspectiva, a atuação jurisdicional desempenha função relevante na proteção do direito à saúde e na garantia da força normativa da Constituição (Sarlet, 2024).

Por outro lado, a excessiva dependência de soluções judiciais revela disfunções estruturais das políticas públicas e não oferece resposta adequada para problemas de caráter coletivo. Decisões judiciais normalmente são proferidas em casos individuais e tendem a solucionar demandas específicas, sem necessariamente enfrentar as causas institucionais que produzem a insuficiência dos serviços. Como consequência, a judicialização pode assegurar proteção pontual a determinados indivíduos sem promover a universalização do acesso aos CP no âmbito do SUS (Sarlet, 2024).

Outrossim, a inexistência de parâmetros legislativos mais precisos favorece a produção de decisões judiciais heterogêneas, ampliando a insegurança jurídica tanto para os usuários do sistema quanto para os gestores públicos. Questões relacionadas à limitação terapêutica, à implementação de diretivas antecipadas de vontade, ao fornecimento de determinados recursos assistenciais ou à própria abrangência dos CP podem receber tratamentos distintos conforme a interpretação adotada por diferentes órgãos jurisdicionais (Barroso, 2009; Barroso, 2022).

Sob essa perspectiva, a judicialização dos CP deve ser compreendida menos como causa e mais como sintoma das insuficiências normativas e institucionais que ainda caracterizam a política pública brasileira nesse campo. Quanto maior a indefinição legislativa e a fragilidade administrativa, maior tende a ser a transferência de conflitos para o Poder Judiciário. Entretanto, a efetivação do direito fundamental à saúde em sua dimensão coletiva exige soluções estruturais capazes de reduzir a dependência da intervenção judicial e assegurar acesso universal, contínuo e igualitário aos serviços necessários (Barroso, 2009; Barroso, 2022).

Assim sendo, a consolidação dos CP como política pública efetivamente vinculada à realização dos direitos fundamentais pressupõe o fortalecimento de seu arcabouço normativo e institucional. A superação das atuais lacunas legislativas não constitui mera exigência formal, antes, condição necessária para conferir maior segurança jurídica, uniformidade assistencial e efetividade ao direito à saúde. Sem mecanismos normativos suficientemente robustos, o reconhecimento constitucional dos CP tende a permanecer restrito ao plano principiológico, sem plena correspondência com as necessidades

concretas dos pacientes que deles dependem para a garantia de atenção integral, contínua e compatível com a dignidade da pessoa humana, o que reforça os desafios de efetivação do direito fundamental à saúde no âmbito do SUS.

4. DIREITO COMPARADO E PERSPECTIVAS PARA O FORTALECIMENTO DA PNCP

A análise dos limites jurídicos e institucionais da PNCP revela que o principal desafio brasileiro não reside mais no reconhecimento teórico da importância dessa modalidade assistencial, e sim na construção de mecanismos capazes de assegurar sua implementação efetiva e uniforme no âmbito do SUS. Assim, o exame de experiências internacionais permite identificar estratégias institucionais relevantes para o aperfeiçoamento da política brasileira, especialmente no que se refere à integração dos CP aos sistemas públicos de saúde, à proteção da autonomia do paciente, à formação profissional e à organização do financiamento assistencial.

Entre os modelos frequentemente apontados como referência internacional, destaca-se a experiência do Reino Unido. O aspecto mais relevante para a presente análise consiste no reconhecimento dos CP como componente integrado do sistema público de saúde. A incorporação dessa modalidade assistencial ao planejamento nacional permitiu o desenvolvimento de redes organizadas de atendimento, articulando atenção hospitalar, assistência comunitária e cuidados domiciliares. Além disso, documentos oficiais de planejamento do sistema britânico enfatizam a necessidade de qualificação permanente dos profissionais de saúde e a centralidade das preferências do paciente nas decisões relacionadas ao tratamento e ao final da vida (*United Kingdom*, 2008; NHS, 2023; NICE, 2015).

De igual modo, a experiência canadense apresenta contribuições importantes para o debate brasileiro. As diretrizes nacionais de CP desenvolvidas no país reforçam a necessidade de integração dos serviços paliativos às redes públicas de saúde, estabelecendo mecanismos de coordenação entre os diferentes níveis assistenciais. Merece destaque, ainda, a forte valorização da autonomia individual e do planejamento antecipado dos cuidados, reconhecendo a participação do paciente como elemento central na tomada de decisões terapêuticas. Paralelamente, a formulação de estratégias nacionais de capacitação profissional e de financiamento específico para serviços paliativos demonstra a preocupação com a sustentabilidade institucional dessas políticas (*Canada*, 2018; CMA, 2019; CIHI, 2018).

A observação dessas experiências permite identificar alguns elementos comuns. Em primeiro lugar, verifica-se que os CP são tratados como parte integrante dos sistemas públicos de saúde e não como serviços complementares ou facultativos. Em segundo lugar, constata-se a existência de mecanismos normativos capazes de conferir maior estabilidade às políticas implementadas, reduzindo a dependência de iniciativas isoladas de gestores locais. Em terceiro lugar, destaca-se a preocupação com a formação profissional continuada, reconhecendo que a efetividade dos CP depende da existência de equipes qualificadas e preparadas para atuar em contextos de sofrimento complexo. Por fim, observa-se a valorização da autonomia do paciente por meio de instrumentos que asseguram sua participação nas decisões relacionadas ao próprio tratamento.

Esses aspectos dialogam diretamente com os desafios identificados no contexto brasileiro. As dificuldades relacionadas à insuficiência de financiamento, à desigualdade regional da assistência, à fragilidade normativa e à ausência de mecanismos estruturados de monitoramento evidenciam a necessidade de fortalecimento institucional da PNCP. Assim, mais do que reproduzir modelos estrangeiros, a experiência comparada permite identificar diretrizes capazes de orientar o aperfeiçoamento das políticas públicas nacionais em consonância com os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, da integralidade da assistência e da proteção da autonomia individual.

Os elementos identificados na experiência internacional, portanto, reforçam a compreensão de que a efetivação dos CP depende da articulação entre instrumentos normativos, financiamento adequado e capacidade institucional de implementação. No caso brasileiro, embora a PNCP represente avanço relevante no âmbito das políticas públicas sanitárias, sua consolidação ainda demanda medidas capazes de superar as fragilidades jurídicas e estruturais discutidas ao longo deste trabalho.

A primeira dessas medidas consiste na construção de um marco legal específico para os CP. Atualmente, a política encontra-se fundamentada predominantemente em normas administrativas e diretrizes técnicas, circunstância que limita sua estabilidade institucional e dificulta a definição de obrigações concretas para os entes federativos. A aprovação de legislação nacional específica poderia conferir maior densidade normativa ao direito de acesso aos CP, possibilitando o estabelecimento de parâmetros mínimos para sua implementação, organização e financiamento (Barroso, 2022; Sarlet, 2024).

Igualmente relevante é a definição de mecanismos permanentes de financiamento. A efetividade dos CP depende da disponibilidade de recursos destinados à manutenção de equipes multiprofissionais, à assistência domiciliar, ao fornecimento de medicamentos e

à estruturação das redes assistenciais. Nesse sentido, a criação de critérios específicos de cofinanciamento entre União, estados e municípios contribuiria para reduzir desigualdades regionais e conferir maior previsibilidade à execução da política pública.

Outro aspecto fundamental refere-se à formação profissional. A experiência internacional demonstra que a qualificação dos recursos humanos constitui elemento indispensável para a expansão dos CP. No contexto brasileiro, ainda se observa insuficiente inserção do tema nos cursos de graduação da área da saúde e limitada oferta de programas de capacitação continuada. O fortalecimento da política exige investimentos permanentes na formação de profissionais aptos a lidar com as múltiplas dimensões do sofrimento humano e com os desafios éticos relacionados ao final da vida (Brasil, 2024; OMS, 2020).

Se mostra necessária, ainda, a ampliação da assistência domiciliar. Considerando que muitos pacientes em CP apresentam limitações de mobilidade e necessitam de acompanhamento contínuo, a oferta de serviços no ambiente domiciliar representa importante mecanismo de promoção da qualidade de vida e de racionalização dos recursos assistenciais. A expansão dessa modalidade de cuidado pode contribuir para reduzir internações evitáveis e fortalecer a integralidade da assistência (Brasil, 2024).

Paralelamente, a integração dos CP à atenção primária à saúde deve ser compreendida como estratégia prioritária. A atenção primária constitui a principal porta de entrada do SUS e possui papel essencial na identificação precoce das necessidades paliativas, no acompanhamento longitudinal dos pacientes e na articulação com os demais níveis de atenção. A incorporação efetiva dos CP à atuação das equipes de saúde da família favorece a ampliação do acesso e reduz desigualdades territoriais (Brasil, 2016).

Outra medida relevante consiste na criação de indicadores nacionais de monitoramento e avaliação. A ausência de dados sistematizados sobre cobertura assistencial, número de equipes especializadas, perfil dos pacientes atendidos e resultados alcançados dificulta o planejamento das ações governamentais. O estabelecimento de mecanismos permanentes de avaliação permitiria identificar *déficits* assistenciais, orientar a alocação de recursos e aprimorar a gestão da política pública (Brasil, 2024).

Ademais, merece destaque o fortalecimento dos instrumentos voltados à proteção da autonomia do paciente. A ampliação da divulgação e da utilização das diretivas antecipadas de vontade, bem como o aperfeiçoamento dos mecanismos de consentimento informado e planejamento antecipado de cuidados, contribuem para assegurar que as decisões terapêuticas sejam compatíveis com os valores e preferências dos indivíduos.

Trata-se de medida diretamente relacionada à proteção da dignidade humana e à consolidação de um modelo assistencial centrado na pessoa.

5. CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo analisar os limites jurídicos e institucionais da PNCP à luz dos direitos fundamentais à saúde, à dignidade da pessoa humana e à autonomia do paciente. Partiu-se da hipótese de que, embora os CP integrem o conteúdo materialmente protegido do direito fundamental à saúde, sua efetivação no Brasil ainda encontra obstáculos normativos, estruturais e institucionais que comprometem a concretização desses direitos.

A análise desenvolvida na primeira seção permitiu confirmar a premissa de que os CP não constituem mera alternativa terapêutica ou política pública facultativa. A partir da interpretação sistemática da CF/88 e das contribuições teóricas incluídas, verificou-se que a proteção constitucional da saúde ultrapassa a dimensão estritamente curativa da assistência médica e abrange, ainda, a promoção da qualidade de vida, o alívio do sofrimento e a preservação da dignidade humana em situações de doenças graves, progressivas e ameaçadoras da vida. Constatou-se, para além disso, que os CP dialogam diretamente com os princípios bioéticos da autonomia, do consentimento informado e da proporcionalidade terapêutica, configurando importante instrumento de concretização da integralidade da assistência prevista no SUS. Dessa forma, restou validada a compreensão de que o acesso aos CP integra o conteúdo jurídico do direito fundamental à saúde.

Na sequência, a segunda seção permitiu examinar os principais obstáculos à implementação da PNCP. A investigação demonstrou que o reconhecimento normativo da política não foi acompanhado pela criação de condições materiais e institucionais suficientes para assegurar sua efetividade em todo o território nacional. O estudo evidenciou que o subfinanciamento histórico da saúde pública, associado às desigualdades regionais na distribuição dos serviços especializados, limita significativamente o acesso da população aos CP. Além disso, concluiu-se que a predominância de normas infralegais, a ausência de marco legislativo específico e a insuficiência de mecanismos estruturados de implementação contribuem para a insegurança jurídica e para a transferência de demandas ao Poder Judiciário. Esses achados confirmaram a hipótese inicial de que a concretização dos CP enfrenta importantes limitações jurídicas e institucionais que restringem a plena realização dos direitos fundamentais envolvidos.

Por fim, a terceira seção possibilitou identificar experiências internacionais capazes de contribuir para o fortalecimento da política brasileira. A análise das estratégias adotadas no Reino Unido e no Canadá demonstrou que a efetividade dos CP está associada à existência de estruturas normativas mais robustas, mecanismos de financiamento definidos, qualificação profissional permanente, integração assistencial e valorização da autonomia do paciente. A partir dessas experiências, foi possível apontar medidas potencialmente aplicáveis ao contexto brasileiro, incluindo a aprovação de marco legal específico, a definição de critérios de cofinanciamento federativo, a expansão da assistência domiciliar, a integração dos CP à atenção primária, a criação de indicadores nacionais de monitoramento e o fortalecimento das diretivas antecipadas de vontade.

Diante do percurso analítico desenvolvido, conclui-se que a hipótese de pesquisa foi confirmada. Os CP constituem expressão concreta do direito fundamental à saúde e representam importante instrumento de proteção da dignidade humana e da autonomia do paciente. Entretanto, a existência de limitações normativas, financeiras e institucionais ainda impede que esse direito seja usufruído de forma universal, equitativa e integral pela população brasileira. Em consequência, o fortalecimento da PNCP deve ser compreendido não apenas como medida de aperfeiçoamento da gestão pública em saúde, mas como importante instrumento de efetivação dos direitos fundamentais assegurados pela CF/88.

Nesse sentido, assegurar o acesso aos CP significa reconhecer que a proteção constitucional da saúde não se esgota na busca pela cura, mas também abrange o dever estatal de garantir condições dignas de cuidado, acolhimento e respeito à autonomia humana em todas as fases da vida, inclusive diante da doença avançada, do sofrimento e da terminalidade.

A consolidação dessa política pública se revela especialmente relevante em uma sociedade marcada pelo envelhecimento populacional e pelo crescimento das condições crônicas de saúde, exigindo respostas institucionais capazes de assegurar assistência integral e humanizada aos indivíduos em situação de maior vulnerabilidade.

Por fim, reconhece-se que a temática permanece aberta a novas investigações. Nesse sentido, pesquisas futuras poderão aprofundar a análise da implementação da PNCP nos estados e municípios brasileiros, examinar os impactos das desigualdades regionais no acesso aos serviços paliativos e avaliar a efetividade dos instrumentos jurídicos voltados à proteção da autonomia do paciente. Tais reflexões poderão contribuir

para o aprimoramento das políticas públicas existentes e para o fortalecimento dos mecanismos destinados à concretização do direito à saúde no contexto dos CP.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil** – 2019. São Paulo: ANCP, 2020. Disponível em: https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf. Acesso em: 30 maio 2026.
- BARROSO, Luis Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**. Belo Horizonte: Fórum, 2014.
- BARROSO, Luis Roberto. **Curso de Direito Constitucional Contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo**. 10. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2022.
- BARROSO, Luís Roberto. O direito constitucional e a efetividade de suas normas: limites e possibilidades da Constituição brasileira. 9. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: **Renovar**, 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 maio 2026.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde**. Brasília, DF: MEC, 2014. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-dcn-saude-pdf&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 28 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024**. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: Portaria GM/MS nº 3.681/2024 (texto oficial). Acesso em: 28 maio 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.
- CANADA. Health Canada. **Framework on Palliative Care in Canada**. Ottawa: Health Canada, 2018. Disponível em: <https://www.canada.ca/content/dam/hc->

sc/documents/services/public-health/public-health-practice/health-promotion/framework-palliative-care/framework-palliative-care.pdf. Acesso em: 1 jun. 2026.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). *Access to Palliative Care in Canada*. Ottawa: CIHI, 2018. Disponível em: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/access-palliative-care-in-canada-en-web.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2026.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION (CMA). *Advance Care Planning in Canada*. Ottawa: CMA, 2019. Disponível em: <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/ACP/advance-care-planning-guide-e.pdf>. Acesso em: 28 maio 2026.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006**. Dispõe sobre a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal de enfermidade grave e incurável. Brasília, DF: CFM, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019**. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Brasília, DF: CFM, 2019.

MORAES, Maria Celina Bodin de. **Danos à Pessoa Humana: uma Leitura Civil-constitucional dos Danos Morais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Processo, 2017. 358 p.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). *Palliative and end of life care*. London: NHS England, 2023. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk>. Acesso em: 1 jun. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Care of dying adults in the last days of life (NG31)*. London: NICE, 2015. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>. Acesso em: 2 jun. 2026.

PESSINI, Léo. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. **Mundo Saúde (Impr.)**, [s. l], v. 27, n. 1, p. 15-32, mar. 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-366409>. Acesso em: 31 maio 2026.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. **Problemas atuais de bioética**. São Paulo: Loyola, 2014.

PESSINI, Léo; BERTACHINI, Luciana. **HUMANIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS**. São Paulo: Loyola, 2004.

PESSINI, Léo. **Distanásia. Até Quando Prolongar a Vida?** São Paulo: Loyola, 2018.

SARLET, Ingo Wilfgang. **Dignidade da Pessoa Humana e Direitos Fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 1-15, jul. 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang; MARINONI, Luiz Guilherme; MITIDIERO, Daniel. **Curso de Direito Constitucional**. 14. ed. São Paulo: Saraiva Jur, 2025.

UNITED KINGDOM. Department of Health and Social Care. ***End of Life Care Strategy: promoting high quality care for all adults at the end of their life***. London: DHSC, 2008. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136431/End_of_life_strategy.pdf. Acesso em: 1 jun. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ***Palliative care***. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 27 maio 2026.