

PROJETO DE LEI Nº _____, DE 2026

Institui normas gerais para a garantia da continuidade do cuidado em saúde, estabelece critérios para a manutenção, a revisão, a substituição e a interrupção de tratamentos continuados e veda sua limitação com fundamento exclusivamente quantitativo, administrativo, contratual ou financeiro.

Apresentação: 23/07/2026 19:36:49.643 - Mesa

PL n.4782/2026

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei estabelece normas gerais para a garantia da continuidade do cuidado em saúde, aplicáveis às ações e aos serviços de saúde prestados por pessoas jurídicas de direito público ou privado, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, da saúde suplementar e da assistência privada à saúde.

Art. 2º Para os fins desta Lei, considera-se:

- I – continuidade do cuidado em saúde: manutenção coordenada e ininterrupta das ações assistenciais clinicamente necessárias ao longo do tempo e entre os diferentes profissionais, serviços e níveis de atenção;
- II – tratamento continuado: conjunto de consultas, sessões, procedimentos, terapias, medidas de habilitação ou reabilitação e demais ações assistenciais cuja repetição ou duração seja clinicamente necessária para prevenir agravos, preservar funções, promover desenvolvimento, recuperar capacidades ou manter a estabilidade do quadro de saúde;
- III – plano terapêutico individualizado: documento elaborado pelo profissional assistente ou pela equipe responsável, com diagnóstico ou hipótese diagnóstica, objetivos terapêuticos, modalidades indicadas, frequência inicial, parâmetros de acompanhamento e prazo de reavaliação;
- IV – reavaliação clínica individualizada: análise periódica da evolução da pessoa, baseada em critérios técnicos pertinentes ao caso concreto, destinada a manter, ajustar, substituir, reduzir ou encerrar o tratamento;
- V – limite quantitativo abstrato: número máximo de consultas, sessões ou procedimentos definido previamente e de forma uniforme, sem consideração da necessidade clínica individualizada.

Art. 3º A aplicação desta Lei observará os seguintes princípios:

- I – dignidade da pessoa humana;
- II – universalidade, integralidade, equidade e continuidade da atenção à saúde;
- III – individualização do cuidado;
- IV – atuação multiprofissional e coordenação assistencial;



- V** – segurança do paciente;
- VI** – decisão clínica fundamentada em evidências científicas e nas melhores práticas disponíveis;
- VII** – participação informada da pessoa atendida ou de seu representante legal;
- VIII** – transparência, motivação e rastreabilidade das decisões assistenciais;
- IX** – isonomia, vedada distinção exclusivamente fundada no diagnóstico, na deficiência, na idade ou na natureza pública ou privada do prestador;
- X** – sustentabilidade, eficiência e responsabilidade na utilização dos recursos em saúde, sem prejuízo da necessidade clínica individualizada.

CAPÍTULO II

DO DIREITO À CONTINUIDADE DO CUIDADO EM SAÚDE

Art. 4º É assegurada a continuidade do tratamento quando, cumulativamente:

- I** – houver indicação clínica fundamentada por profissional legalmente habilitado;
- II** – o tratamento for compatível com a condição clínica, os objetivos assistenciais e as evidências científicas disponíveis;
- III** – a ação ou o serviço integrar a cobertura legalmente devida ou a política, protocolo, diretriz ou relação de ações e serviços aplicável ao respectivo regime de assistência; e
- IV** – forem realizadas reavaliações periódicas, em prazo compatível com a natureza do tratamento e com a evolução clínica.

§ 1º A continuidade do tratamento não dependerá da existência de cura provável, quando a intervenção for clinicamente indicada para evitar regressão, prevenir agravamento, preservar capacidades, favorecer habilitação ou reabilitação, controlar sintomas ou manter a estabilidade clínica.

§ 2º A frequência e a duração inicialmente prescritas poderão ser ajustadas nas reavaliações, desde que a alteração seja motivada por elementos clínicos individualizados.

§ 3º A inexistência de evolução mensurável em curto prazo, isoladamente, não constitui fundamento suficiente para a interrupção do tratamento quando houver indicação técnica de manutenção, prevenção de perdas funcionais ou controle do quadro clínico.

Art. 5º A continuidade do tratamento observará os princípios da proporcionalidade terapêutica, da medicina baseada em evidências e da atualização científica permanente, devendo as decisões clínicas considerar, simultaneamente:

- I** – a eficácia esperada da intervenção;
- II** – a segurança do paciente;
- III** – os benefícios clínicos individualizados;
- IV** – os riscos decorrentes da interrupção, manutenção ou substituição do tratamento;



V – as diretrizes clínicas e protocolos científicos reconhecidos.

Art. 6º O plano terapêutico individualizado deverá, sempre que aplicável:

- I – definir os objetivos clínicos e funcionais do tratamento;
- II – indicar as modalidades assistenciais necessárias e sua articulação;
- III – estabelecer parâmetros de acompanhamento compatíveis com a condição clínica e a faixa etária;
- IV – prever prazo razoável para reavaliação;
- V – considerar as preferências, a rotina, o contexto familiar e social e as condições de acesso da pessoa atendida; e
- VI – evitar duplicidade desnecessária de intervenções e sobrecarga terapêutica.

Parágrafo único. A regulamentação poderá definir conteúdo mínimo simplificado para o plano terapêutico, vedada a criação de exigência burocrática desproporcional que dificulte ou retarde o início ou a continuidade do cuidado.

Art. 7º A manutenção, a revisão, a substituição, a redução da frequência, a suspensão ou a interrupção do tratamento deverão decorrer de reavaliação clínica individualizada e ser registradas de forma clara, com indicação dos fundamentos técnicos e das alternativas assistenciais cabíveis.

§ 1º Quando a decisão não for tomada pelo profissional assistente, deverá ser realizada por profissional legalmente habilitado, com competência técnica compatível com a matéria e acesso às informações clínicas indispensáveis.

§ 2º A divergência técnico-assistencial não autoriza a interrupção automática do tratamento e deverá ser solucionada por procedimento de revisão definido em regulamento, assegurados contraditório técnico, resposta motivada e prazo compatível com o risco de dano decorrente da descontinuidade.

§ 3º Nos casos em que a interrupção puder gerar risco de agravamento relevante, regressão funcional ou perda de oportunidade terapêutica, o tratamento será mantido até a conclusão da revisão, ressalvada contraindicação clínica superveniente devidamente fundamentada.

§4º Havendo divergência entre o profissional assistente e o responsável pela autorização, auditoria ou regulação do tratamento, será assegurada avaliação técnica por profissional habilitado da mesma área de conhecimento ou por junta multiprofissional, conforme regulamento.

CAPÍTULO III DAS VEDAÇÕES E GARANTIAS

Art. 8º É vedado limitar, reduzir, suspender ou interromper tratamento continuado exclusivamente com fundamento:

- I – em número máximo de consultas, sessões ou procedimentos previamente estabelecido, sem reavaliação clínica individualizada;
- II – no esgotamento de cota temporal, mensal ou anual;



- III – em critério meramente administrativo, orçamentário, contratual ou financeiro, desacompanhado de justificativa técnico-assistencial;
- IV – na existência de diagnóstico específico, quando preenchidos os requisitos desta Lei;
- V – na ausência de cura provável, quando o tratamento for necessário às finalidades previstas no § 1º do art. 4º;
- VI – na utilização isolada de parâmetros padronizados que desconsiderem as particularidades clínicas da pessoa atendida; ou
- VII – na mudança de prestador, estabelecimento, rede assistencial ou ente responsável, sem adoção de medidas para assegurar transição adequada do cuidado.

Art. 9º A pessoa submetida a tratamento continuado tem direito a:

- I – receber informação acessível, clara e adequada sobre os objetivos do tratamento, os critérios de acompanhamento e as razões de eventual alteração;
- II – obter cópia do plano terapêutico individualizado e das reavaliações realizadas;
- III – conhecer, por escrito ou por meio eletrônico acessível, os fundamentos da negativa, redução, suspensão, substituição ou interrupção do tratamento;
- IV – solicitar revisão da decisão assistencial;
- V – ter preservada a continuidade do cuidado durante transições assistenciais, observado o disposto nesta Lei; e
- VI – ser protegida contra discriminação, estigmatização e tratamento desigual injustificado.

Art. 10º A substituição de método, técnica, profissional ou estabelecimento poderá ocorrer quando houver justificativa técnico-assistencial e garantia de alternativa adequada, equivalente e disponível em tempo oportuno, sem prejuízo da continuidade e dos objetivos do tratamento.

§1º A liberdade profissional e a autonomia técnica serão respeitadas, não decorrendo desta Lei direito à escolha irrestrita de método, marca, estabelecimento ou profissional específico, salvo quando sua substituição comprometer comprovadamente a segurança, a adequação ou a continuidade do cuidado.

§2º Nenhuma substituição poderá ocasionar interrupção abrupta do tratamento ou perda relevante da continuidade terapêutica, devendo ser assegurado período de transição clinicamente adequado.

Art. 11 Os registros clínicos indispensáveis à continuidade do cuidado deverão ser disponibilizados ao paciente ou ao novo serviço assistencial, observada a legislação de proteção de dados pessoais.

Art. 12. O disposto nesta Lei não implica cobertura ou fornecimento automático de tratamento:

- I – experimental ou sem registro sanitário exigível, ressalvadas as hipóteses legalmente admitidas;



- II – sem respaldo técnico-científico mínimo aplicável ao caso;
- III – não incorporado ou não abrangido pelo regime jurídico de cobertura aplicável, ressalvadas as hipóteses previstas em lei; ou
- IV – contraindicado em razão de risco desproporcional à pessoa atendida.

Parágrafo único. A incidência das hipóteses deste artigo dependerá de decisão expressamente motivada, vedada sua invocação genérica ou padronizada.

CAPÍTULO IV

DA APLICAÇÃO NOS SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO

Art. 13. No âmbito do SUS, a garantia da continuidade do cuidado observará a organização regionalizada e hierarquizada da rede, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, as relações de ações e serviços e de medicamentos e as normas de incorporação de tecnologias, sem prejuízo das garantias estabelecidas nesta Lei.

§ 1º A transferência entre serviços, níveis de atenção ou entes federativos deverá ser acompanhada de encaminhamento adequado e compartilhamento das informações clínicas necessárias, respeitada a legislação de proteção de dados pessoais.

§ 2º A indisponibilidade temporária do serviço inicialmente indicado exigirá a adoção de providências razoáveis para oferta de alternativa assistencial adequada, segundo a regulação do acesso e a gravidade do caso.

Art. 14. No âmbito da saúde suplementar, as operadoras deverão garantir a continuidade dos tratamentos abrangidos pela cobertura legal, contratual ou regulatória, vedada a imposição de limites quantitativos abstratos em desacordo com esta Lei.

§ 1º A autorização, a auditoria, a regulação assistencial e os mecanismos de junta ou revisão técnica deverão observar prazos compatíveis com a necessidade clínica e não poderão produzir descontinuidade indevida do tratamento.

§ 2º A substituição de prestador ou alteração da rede deverá assegurar transição assistencial e alternativa equivalente, observado o regime jurídico da saúde suplementar.

Art. 15. Os serviços privados de saúde contratados diretamente pela pessoa atendida deverão observar os deveres de informação, documentação, segurança e transição do cuidado previstos nesta Lei, sem prejuízo da liberdade contratual e das normas profissionais aplicáveis.

Art. 16. As autoridades sanitárias, os gestores do SUS, as agências reguladoras e os conselhos profissionais, no âmbito de suas competências, poderão editar normas complementares para a execução desta Lei, especialmente quanto:

- I – aos critérios mínimos do plano terapêutico individualizado e da reavaliação clínica;
- II – aos prazos e procedimentos de revisão das decisões assistenciais;



- III – à transição segura entre serviços e prestadores;
- IV – à interoperabilidade e ao compartilhamento seguro das informações necessárias à continuidade do cuidado;
- V – à fiscalização e ao monitoramento do cumprimento desta Lei; e
- VI – à definição de indicadores de continuidade, desfecho e segurança assistencial.

Parágrafo único. A regulamentação deverá preservar a autonomia técnica dos profissionais, evitar burocracia desnecessária e considerar as diferenças entre os níveis de atenção, os regimes assistenciais e as condições clínicas.

CAPÍTULO V DA RESPONSABILIZAÇÃO E DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 17. O descumprimento desta Lei sujeitará o responsável às sanções administrativas, civis e profissionais previstas na legislação aplicável ao respectivo regime de prestação da assistência à saúde, assegurados o contraditório e a ampla defesa.

Art. 18. Os órgãos e entidades responsáveis pela fiscalização deverão disponibilizar canais acessíveis para recebimento de reclamações relacionadas à descontinuidade indevida do cuidado e adotar mecanismos de resposta prioritária nos casos de risco de agravamento ou regressão funcional.

Art. 19. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão promover ações de capacitação, produção de protocolos, integração de redes e avaliação de resultados destinadas à implementação desta Lei, observadas suas competências e disponibilidades orçamentárias e financeiras.

Art. 20. Esta Lei será interpretada em harmonia com a legislação sanitária, com as normas do SUS, da saúde suplementar, de proteção da pessoa com deficiência, de defesa do consumidor e de proteção de dados pessoais.

JUSTIFICAÇÃO

A evolução das políticas públicas de saúde, o desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas e a crescente complexidade dos tratamentos de reabilitação evidenciaram uma realidade ainda não enfrentada de forma adequada pelo ordenamento jurídico brasileiro: a inexistência de disciplina legal geral que assegure a continuidade do cuidado em saúde quando o tratamento permanecer clinicamente indicado. Embora a Constituição Federal reconheça a saúde como direito de todos e dever do Estado, inexistente norma legal que estabeleça, de maneira clara e uniforme, os critérios jurídicos para a manutenção, revisão ou interrupção de tratamentos continuados.

Essa lacuna normativa tem produzido relevantes consequências práticas. Em diversas situações, pacientes submetidos a terapias prolongadas passam a enfrentar limitações impostas por critérios abstratos, quantitativos ou meramente



administrativos, desvinculados de sua efetiva necessidade clínica. O problema não se restringe a determinada enfermidade, tampouco alcança exclusivamente uma modalidade de assistência à saúde. Trata-se de realidade que pode atingir pessoas com deficiência, transtornos do neurodesenvolvimento, doenças neurológicas, doenças raras, síndromes genéticas, sequelas traumáticas ou quaisquer outras condições cuja recuperação, estabilização ou ganho funcional dependa da continuidade do cuidado.

A crescente judicialização da matéria demonstra que a legislação vigente não oferece parâmetros suficientes para a solução dessas controvérsias. Nesse cenário, o Superior Tribunal de Justiça, ao julgar o Tema Repetitivo nº 1.295, enfrentou controvérsia relativa à limitação de sessões terapêuticas prescritas a pessoas com Transtorno do Espectro Autista – TEA. Mais do que solucionar um caso específico, o precedente evidenciou uma deficiência estrutural do sistema jurídico: a inexistência de disciplina legal capaz de estabelecer critérios gerais para a continuidade dos tratamentos quando houver indicação clínica individualizada.

O julgamento do Tema nº 1.295 representa importante marco jurisprudencial, mas não substitui a atuação do Poder Legislativo. Em um Estado Democrático de Direito, compete ao Parlamento definir, por meio de lei, as normas gerais destinadas a conferir estabilidade, previsibilidade e segurança jurídica às relações sociais. A atuação jurisdicional revela a existência da lacuna; a sua superação, contudo, deve ocorrer pela via legislativa.

A presente proposição parte justamente dessa premissa. Em vez de disciplinar isoladamente determinada patologia ou modalidade de tratamento, estabelece um regime jurídico geral para a continuidade do cuidado em saúde, aplicável sempre que houver necessidade clínica devidamente fundamentada. O projeto não cria privilégios para grupos específicos nem estabelece cobertura irrestrita ou ilimitada. Ao contrário, prestigia a medicina baseada em evidências, a individualização terapêutica e a fundamentação técnica das decisões, permitindo a revisão, substituição ou interrupção do tratamento quando existirem razões clínicas que a justifiquem.

Também não se pretende afastar a autonomia técnico-científica dos profissionais de saúde nem a competência normativa dos órgãos responsáveis pela formulação e execução das políticas públicas sanitárias. O objetivo é impedir que a continuidade do tratamento seja condicionada exclusivamente a limites quantitativos previamente estabelecidos ou a critérios meramente administrativos e financeiros, desvinculados da realidade clínica do paciente.

A proposta contribui para fortalecer a segurança jurídica, reduzir a litigiosidade e promover tratamento isonômico entre pacientes que se encontrem em situações equivalentes, independentemente da doença ou condição clínica apresentada. Ao adotar critérios objetivos fundados na necessidade terapêutica individualizada, o projeto harmoniza a proteção do direito à saúde com a racionalidade administrativa e com a sustentabilidade dos sistemas público e privado de assistência.

Trata-se, portanto, de medida de relevante interesse público, que busca preencher importante lacuna legislativa, fortalecer a efetividade do direito



fundamental à saúde e conferir maior coerência ao sistema jurídico brasileiro. Por essas razões, submeto a presente proposição à apreciação dos ilustres Parlamentares, confiante de que sua aprovação representará significativo avanço na proteção da continuidade do cuidado em saúde em benefício de toda a sociedade.

Sala das Sessões, em 21 de julho de 2026

Dep. Rodrigo Gambale
Podemos/SP

