



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

PARECER CREMEB Nº 18/13

(Aprovado em Sessão Plenária de 15/05/2013)

EXPEDIENTE CONSULTA Nº 118.443/2005

ASSUNTO: Diagnóstico de cura de pacientes portadores de neoplasias malignas.

RELATOR: Cons. Alessandro Glauco dos Anjos de Vasconcelos

EMENTA – Não há na literatura médica publicada, critérios universais para diagnóstico de cura das neoplasias malignas. Os tumores malignos formam um grupo heterogêneo de doenças referidas como “câncer” por terem o mesmo mecanismo fisiopatológico, tendo prognósticos e tratamentos diferentes, com possibilidade de recidiva que pode variar de dias a décadas a depender da histologia em questão. O médico assistente é o único que tem as informações necessárias para auxiliar os peritos sobre o estado particular de cada paciente (curado, livre de doença ou livre de progressão) e a intenção do tratamento (curativo ou paliativo).

Da Consulta:

Diretor de Serviço de Saúde de Órgão Público, médico, encaminha questionamentos a este Conselho sobre definição de paciente ser portador ou não de neoplasia maligna.

A legislação pertinente refere necessidade de enquadramento como portador de algumas enfermidades graves definidas, entre elas neoplasia maligna, para obtenção do benefício de isenção de imposto de renda (Lei nº 7713/88 e Decreto nº 3000/99).

A definição de ser portador ou não de neoplasia maligna tem levado a discordâncias, pois, segundo definição do Aurélio, portador é o que traz consigo, sendo assim, não possui critério de cura e necessita estar sob acompanhamento e/ou tratamento oncológico.

O entendimento divergente pode motivar laudos de teor diferente acerca dos mesmos casos, considerando os pacientes portadores desta enfermidade independente do tempo decorrido desde o diagnóstico ou a evolução clínica favorável sem evidência de recidiva, ou de seqüelas ou mesmo da ausência de acompanhamento oncológico.

Requer esclarecimento para que se faça a harmonia de entendimento e evite-se injustiça ou a excessiva benevolência.



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

Do Parecer:

Como resposta aos questionamentos do Diretor do Serviço de Saúde, salienta-se que não há literatura médica publicada que possua critérios claros de cura, baseados na biologia humana, para todas as neoplasias malignas. Isto ocorre porque os tumores malignos formam um grupo com centenas de doenças referidas como “câncer”, tendo prognósticos e tratamentos diferentes, com possibilidade de recidiva que pode variar de dias a décadas, a depender da histologia em questão. Há alguns tipos de câncer com mortalidade superior a 30% mesmo com apenas alguns milímetros de extensão máxima, há outros com taxas de cura superiores a 80% mesmo com metástases disseminadas, há outros com mortalidade de 100% em três anos mesmo após cirurgias tidas como curativas. Corrobora para esta dificuldade também o próprio progresso da ciência médica com novos tratamentos que são usados em caráter paliativo, mas que podem produzir respostas completas com sobrevidas tão longas que podem significar cura, embora não tenhamos tempo de observação suficiente para estabelecer este conceito.

Entretanto, formulamos alguns conceitos e critérios que podem orientar quanto à maior probabilidade de determinado indivíduo estar curado ou livre de sinais de doença por longo período, ou de ser portador da doença sem possibilidade de cura mesmo que esteja livre de sinais de progressão.

Cura em Oncologia

O Processo Saúde-Doença em Oncologia tem características distintas das outras áreas da Medicina. Nas doenças degenerativas a atividade médica cronifica ou aumenta o tempo de sobrevida dos pacientes e nas doenças infecto-contagiosas os pacientes curam-se ou morrem, ocorrendo em alguns casos curas com seqüelas. Já na Oncologia os pacientes podem obter cura, terem suas doenças cronificadas ou ficar com seqüelas, tanto pela doença, quanto pelo tratamento. Além disso temos como agravante que, em um primeiro momento, não há meios diagnósticos adequados para estabelecer se ocorreu a modificação da história natural da doença em relação ao prognóstico inicial, sendo necessário observar por alguns anos cada indivíduo para ser possível alguma presunção de resultado, e ainda assim com possibilidade de erro.

Tempo Livre de Doença

Esta expressão é usada para definir que determinado paciente não tem sinais de neoplasia maligna ativa em exames de imagem ou em exames laboratoriais após o tratamento inicial com intuito curativo. À medida que a ciência médica progride, conseguimos cada vez mais diagnosticar a recidiva de forma precoce, mas em geral, estas alterações em exames complementares ocorrem em torno de noventa dias antes do quadro clínico se expressar, mostrando o quão incipientes são os métodos atuais para separar quem está curado, daqueles que tem doença microscópica. Portanto, diz-se que



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

aqueles que não apresentam sinais de doença neoplásica estão “Livres de Doença” neste momento, pois ainda não podemos afirmar se estão curados.

Tempo Livre de Progressão

Utilizamos este termo para designar aqueles pacientes que tendo diagnóstico prévio de doença metastática, foram tratados e estão aparentemente bem, ou seja, com metástases macroscópicas (mensuráveis) ou com metástases microscópicas (não detectáveis). Muitos destes têm condições de exercer suas atividades habituais, porém, nestes que não apresentam sinais de doença não temos meios diagnósticos para definir quais podem ter conseguido atingir a cura (casos raros) e quais ficarão alguns anos ou apenas meses sem piora clínica. A maior parte terá que retornar aos procedimentos terapêuticos e alternará períodos de tratamento com progressão de doença até atingirem inexoravelmente a fase terminal da doença, indo à morte.

Doença Terminal

Os pacientes que possuam doenças cujo prognóstico define que o óbito muito provavelmente será produzido direto por esta enfermidade, ou indiretamente pela suas complicações, mesmo que após alguns anos de evolução (e. i. doenças renais crônicas, miocardites dilatadas, doenças pulmonares crônicas, cânceres). Ressalte-se que o prognóstico é reservado, mas não é possível definir tempo de vida daquele indivíduo específico, mas apenas a mediana de sobrevida daquela população.

Paciente de Prognóstico Reservado

Diz-se daqueles pacientes que possuem diagnósticos de doenças ou quadros clínicos cujo óbito é esperado, podendo ser em curto prazo (fase terminal) ou prazo longo e ainda indefinido (doença terminal no início do seu curso clínico).

Paciente Terminal

Aquele indivíduo que está ultimando o curso clínico de doença terminal, tendo prognóstico de sobrevida média máxima deste grupo de noventa a cento e oitenta dias.

Modificação da História Natural da Doença pela Oncologia

A oncologia tem trabalhado no sentido de modificar os prognósticos dos pacientes portadores de Neoplasias Malignas, isto tem feito com que estes pacientes obtenham cura em tumores de alta



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

letalidade em dados históricos, ou que tenham as suas vidas prolongadas por alguns anos, com boa qualidade de vida, e por vezes assintomático, criando a impressão de cura.

Estas vitórias têm trazido “problemas” do ponto de vista previdenciário e trabalhista, pois o Estado passa a questionar os maiores beneficiários e os que conseguem os melhores resultados, como eventuais fraudadores. Desta forma os indivíduos portadores de neoplasia maligna podem ser condenados a sempre terem perdas, ou não conseguindo sucesso terapêutico, ou sendo ‘punidos’ quando têm sua história natural de doença modificada, sendo enquadrados como aptos ao trabalho, quando muitas vezes estão às vésperas de novas progressões de doença, que na maior parte dos casos os levarão à morte.

Diagnóstico de Câncer: Danos e Direitos dos Pacientes

Os direitos previdenciários são uma proteção ou uma compensação a determinados danos que o indivíduo sofreu; entre estes estão contempladas as doenças consideradas graves ou que deixam seqüelas. Os cânceres se enquadram em ambos os critérios na grande maioria dos casos, isto causa nos indivíduos acometidos uma sensação de aquisição de direito e de necessidade do reconhecimento deste direito, mesmo estando o paciente com quadro assintomático, ou seja, livre de doença ou livre de progressão sem sinais da doença.

Tipos de Dano dos Pacientes Oncológicos

Podemos caracterizar três tipos mais importantes ou prevalentes de danos:

- Objetivos por ação direta da neoplasia (e. i. perda de função de órgão, destruição de órgão, dor crônica limitante, sintomas variados com vômitos de repetição, dispnéia, astenia, tremores, ou convulsões);
- Objetivos por seqüela do tratamento ou do tumor (e. i. edema crônico, limitações nos movimentos, dor crônica limitante, retirada de órgão, fibrose das mais variadas);
- Subjetivos por seqüela do tratamento ou do tumor (e. i. perda da memória ou da atenção, sofrimento pela alteração da imagem corporal, dor crônica, sensação de está sempre às portas da finitude em qualquer quadro clínico novo que se instale).

Compensação de Dano

Do ponto de vista histórico só recentemente a sociedade tem tentado minimizar o sofrimento daqueles indivíduos que sofrem dano por doença. Esta reparação pode ser por zelo dos familiares ou indivíduos de convívio íntimo com aquele acometido pelo dano, ou por contrapartidas na isenção de impostos ou recebimento de proventos por parte do Estado. Para o acesso a este direito previdenciário



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

existem dois pontos de vista: o primeiro determina que qualquer ser humano deva ser amparado quando em situação de dano, independente de contribuição prévia para o sistema previdenciário; o segundo atribui apenas aos contribuintes do sistema o direito ao amparo.

Estas visões seguem tradições culturais ou se fundamentam em ideologias as mais diversas, porém, hodiernamente tem havido forte influência de conceitos econômicos e de responsabilidade fiscal no reconhecimento do direito aos benefícios. Isto tem colocado os indivíduos acometidos por câncer no lugar de suspeição como prováveis usurpadores do sistema, ao tempo em que muitos criminosamente tentam auferir benefícios de forma fraudulenta, justificando o ponto de vista defensivo do Estado. Esta situação tem pressionado os médicos a elaborarem laudos ou relatórios utilizando critérios mais rígidos e com conclusões que sejam passíveis de repetição, quando feitos por pessoas diferentes em momentos diversos.

Deveres da Sociedade Civil para Portadores de Doença Terminal

O Estado Brasileiro tem como dever constitucional a atenção à saúde para todos, estando contemplada a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos acometidos por qualquer tipo de doença. Os portadores de enfermidades ditas de tratamento de alta complexidade têm a cobertura de seus custos previstos na esfera federal, mesmo que com gestão estadual ou municipal.

Sabemos que o cuidado aos feridos, crias e fêmeas foi ferramenta importante na evolução e preservação da nossa espécie na pré-história, porém, enquanto sociedade constituída há uma atuação titubeante na atenção àqueles com diagnóstico de doença terminal: ora a legislação prevê equipes completas e complexas para atenção a estes pacientes; ora as esferas governamentais não remuneram ou não cobrem adequadamente os recursos gastos neste tipo de assistência. Esta ação dúbia se dá por dois conceitos, o primeiro é que todo o valor financeiro utilizado se perderá com a morte do indivíduo, sem devolução para a sociedade por meio de retorno para atividades produtivas; o segundo é que estes recursos usados em pacientes com doença terminal e principalmente em fase terminal, teriam melhor retorno se utilizadas em portadores de enfermidades de melhor prognóstico.

Não há previsão de benefícios pecuniários justificados pelo diagnóstico de portador de doença terminal, estando estes benefícios vinculados à contribuição ao sistema previdenciário e ao julgamento de médicos peritos baseados em diagnóstico de incapacidade temporária ou definitiva, com possibilidade ou não de adaptação a nova função.

Identificação de Pacientes Curados

A capacidade de avaliar a sobrevida nos diversos cânceres é derivada de estudos populacionais baseados nos diagnósticos histológicos, nos sítios de acometimento, nos diversos estágios e considerando os tratamentos realizados de forma adequada, porém, a grande maioria



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

destes feitos com base em populações não brasileiras.

Esta avaliação é muito difícil quando se trata do indivíduo, pois este pode ocupar qualquer ponto no gráfico de sobrevida, desde a posição dos que tem morte precoce, até a daqueles que tem sobrevida muito superior à média, havendo dados clínicos de presunção, mas nunca de certeza no atual estado da tecnologia médica.

O tempo necessário para diagnóstico de prováveis curados em Oncologia varia com o tipo de câncer e com a qualidade do tratamento. Havendo desde a certeza da cura nos tumores basocelulares tratados com cirurgias simples logo no início, até a ocorrência de recidivas e óbitos após mais de dez anos do tratamento inicial adequado em alguns casos de tumores de mamas e melanomas com diagnóstico precoce. Sendo que qualquer paciente pode ter sua possibilidade de cura perdida se no tratamento inicial houver violação do tumor.

A legislação trabalhista e previdenciária atual espera que em dois anos haja definição entre receber alta do “status” de auxílio-doença ou ser encaminhado para aposentadoria por invalidez. Este tempo não segue critérios médicos biológicos e científicos, não sendo possível resposta isenta e reprodutível na grande maioria dos casos, se não em quase sua totalidade. Então, o tempo livre de doença ou o tempo livre de progressão, quando maiores que dois anos, são erroneamente considerados como diagnóstico de cura.

Aspectos Bioéticos na Definição de Cura em Câncer

A necessidade de diagnosticar cura, separando os pacientes que devem receber alta daqueles que têm direito a continuar recebendo benefícios de auxílio-doença ou aposentadoria, deve respeitar os quatro princípios bioéticos principais:

- Beneficência: aqueles que possuem seqüela limitante das suas atividades e sem possibilidade de adaptação ou aqueles com doença incurável, devem ter amparo previdenciário e continuar afastados das atividades laborais;
- Não maleficência: os pacientes sequelados e os não curados em tempo livre de doença ou tempo livre de progressão, não devem perder seus direitos de benefícios, pois no retorno da doença clínica estarão sob tratamento debilitante e não terão gozo da aposentadoria devida, quer pela baixa qualidade de vida, quer pelo tempo curto de vida que terão, ou ambos;
- Justiça: os recursos destinados aos benefícios dos portadores de seqüelas ou aos não curados não podem ser estendidos àqueles que recuperaram a saúde, pois constituiria em desperdício para a população como um todo, prejudicando a segurança do sistema e impedindo o amparo com equidade;
- Autonomia: as regras não podem oprimir os indivíduos vulneráveis em caso de dúvida, pois impossibilitaria o exercício de direito que permite autonomia financeira perante a



sociedade, sem sobrecarga maior sobre familiares ou pessoas de convívio íntimo.

Prejuízo Relativo à Falta de Definição dos Pacientes Curados

Nos casos dos portadores de câncer, o direito não usufruído é irreversível, pois se os responsáveis pelo sistema cometem equívoco no diagnóstico de cura, confundindo-o com o período livre de doença, ou com a primeira fase livre de progressão, não haverá mais possibilidade de ter gozo do benefício quando o indivíduo estiver com saúde aparente. A isto se somará o dano subjetivo de ter trabalhado toda a vida sem descanso até o início de processo de morte. O que em nossa cultura é considerada ausência de justiça para com os contribuintes do sistema, posto ser acometido por doença grave e ainda não ter o gozo de descanso remunerado relativo às suas contribuições.

Os pacientes com diagnóstico de câncer invasivo dentro do universo total de pacientes são um percentual baixo, constituindo uma parcela pequena para o sistema previdenciário, mesmo sendo a primeira ou segunda causa de morte por doença em nossa população, dependendo da região estudada.

Entre os pacientes em auxílio-doença este percentual é um pouco maior, entretanto a sobrevida média é pequena em comparação com aqueles portadores de doenças psiquiátricas, cardiopatias, artropatias ou síndromes como as lesões por esforço repetitivo (L. E. R.).

Aquele pequeno número de pacientes que tiverem sobrevida longa são os maiores beneficiados do tratamento oncológico, infelizmente não se conseguindo este feito como a maioria.

Perícia Médica e Diagnostico de Cura

O papel do perito é a proteção do sistema previdenciário, evitando fraudes que provocariam desequilíbrio artificial entre contribuições e benefícios, o que deixaria todos os contribuintes sob risco de não terem o gozo dos seus direitos no momento em que fizessem juz aos mesmos.

Para com o indivíduo, o papel do perito é o reconhecimento do direito inalienável ao benefício, sendo responsável pelo amparo na doença ou aposentadoria antecipada para aqueles que também terão sua vida relativamente mais curta que o cálculo médio para a população de contribuintes.

Conclui-se então, que os critérios de perícia no caso de portadores de neoplasia maligna invasiva para concessão de benefício ou de retorno ao trabalho, deve se restringir às fraudes e aos atos de má-fé.

Deve-se ressaltar ainda, ser indevida a solicitação aos médicos assistentes de relatórios com intervalo de meses para quadros considerados como seqüela irreversível ou doenças incuráveis. Esta ação prejudica a assistência aos pacientes por levar a uma sobrecarga de trabalhos burocráticos desnecessários sobre os médicos assistentes, não trazendo benefício nem aos pacientes, nem ao



CREMEB
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DA BAHIA

sistema. Também é incabível usar um número excessivo de relatórios como medida desestimuladora em desfavor do paciente, pois, por se tratar de doença grave, o benefício injustamente não concedido é um dano irreparável.

Diagnóstico de Cura e Interrupção de Benefícios Previdenciários

Aos médicos assistentes dos pacientes portadores de neoplasia maligna cabe informar aos peritos com isenção: o quadro clínico, o diagnóstico e o prognóstico, cabíveis caso a caso. Devem-se destacar as situações universalmente aceitas como tratamentos cirúrgicos primariamente curativos, como câncer de pele tipo basocelular, alguns tumores malignos quando no estagio “in situ” e casos de doença precoce após o tempo adequado de observação, quando a histologia assim o permitir.

Para com o indivíduo, os médicos assistentes têm o dever de procurar documentar com realização de biópsias e exames de estadiamento adequados, para que os pacientes possam ter acesso ao gozo de seus direito, bem como fornecer toda a documentação necessária solicitada pelos peritos.

Após esta exposição, seguem as respostas conforme as questões levantadas:

1. Como definir o estado de portador de neoplasia maligna, em especial os de pele?

São considerados **portadores de neoplasia maligna** as pessoas que se enquadram nos seguintes critérios:

- Diagnóstico de neoplasia em qualquer estadiamento, que ainda não foi ou não será submetido a qualquer tratamento antineoplásico: cirúrgico, medicamentoso, radioterápico ou por radioisótopo;
- Submetido ao tratamento cirúrgico com ressecções parciais ou sem critérios de cura oncológica;
- Neoplasia maligna cuja apresentação inicial tem tratamento com caráter paliativo, quer cirúrgico e/ou clínico com medicamentos antineoplásicos e/ou radioterapia, independentemente da não apresentação após término dos respectivos tratamentos de sinais de doença por exames de imagem ou laboratoriais; situação em que estão livres de progressão ou livres de doença nos exames, mas não podem ser considerados curados;
- Neoplasia maligna recidivada cujo tratamento tenha caráter paliativo, como descrito no item anterior;
- Neoplasia maligna em que o médico assistente julgue em atestado médico que não é possível considerar explicitamente como curado, independentemente do tempo após término do tratamento.



2. Pode ser considerado como definitivamente curado:

Diagnóstico de neoplasia maligna de pele, exceto melanoma maligno, em estadiamento clínico livre de metástases, tratado com cirurgia em caráter curativo, cujas margens estão livres de neoplasia em exame anatomopatológico.

3. *Como estabelecer o prazo de validade deste laudo, baseado na expectativa do paciente permanecer portador de neoplasia maligna, após procedimentos supostamente curativos?*

Pode ser considerado como **potencialmente curado**: aquele que foi submetido a tratamento oncológico (cirúrgico, medicamentoso ou radioterápico) e que cursa sem sinais de doença, seja clínico, laboratorial ou em exame de imagem, estando livre de doença após cinco anos do término do tratamento com intuito curativo ou adjuvante, resguardando-se a possibilidade de ser portador de outras condições patológicas limitantes pelas sequelas do tratamento ou da doença.

4. *No laudo expedido pela Junta Médica deve ser aposto tão somente “neoplasia maligna” ou podemos ir adiante e acrescentar informações com CID ou a natureza da neoplasia, como vem sendo solicitado pela Receita Federal ao contribuinte, para garantir-lhe os benefícios previstos em lei?*

Quando a legislação que contempla os benefícios exige o atestado com o CID e o estado da doença, este deve ser explicitado para garantir o gozo do referido direito, cabendo ao paciente solicitante julgar que seu sigilo pode ser quebrado e solicitar ao seu médico estas informações colocadas de forma expressa no atestado.

Quando a legislação não faz limitações de direito considerando o CID ou o estado da doença, prevalece o sigilo do paciente que o profissional médico por força de lei deve resguardar.

Ressaltamos ainda que, em qualquer caso, o médico assistente é o único que tem todas as informações necessárias para auxiliar a perícia sobre o estado particular de cada paciente e a intenção do tratamento, se curativo ou paliativo.

É o Parecer, S. M. J.

Salvador, Bahia, 15 de maio de 2013.

Cons. Alessandro Glauco dos Anjos de Vasconcelos

Relator