

Organizadores
Solange da Cunha Pacheco
Renata Muniz Fonseca Fernandes

GUIA DE DEFESA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS E EM CUIDADOS PALIATIVOS



COMISSÃO DE DEFESA DOS DIREITOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS E EM CUIDADOS PALIATIVOS

OABRJ

Por dignidade, cuidado e vida com direitos

2025
1ª Edição

Organizadores:

Solange da Cunha Pacheco & Renata Muniz Fonseca Fernandes

Autores:

Aleksandr Salamanca Miyahira
Ana Paula Menezes Bragança dos Santos
Antônio Pedro Ribeiro
Danielle de Mello Florentino Tostes
Edna Corrêa Moreira
Ernani Costa Mendes
Jessé Lopes da Silva. João Carlos Magalhães
Marcos Saramago. Patrícia de Souza Castro
Patrícia Goulart Arraes
Renata Muniz Fonseca Fernandes
Rodrigo Oliveira Souto
Solange da Cunha Pacheco

Revisor:

Jonathan Machado Domingues

Membros da Comissão:

Alessandra Moreira Barroso, OAB/RJ 108.387, Andrea dos Santos Coutinho, OAB/RJ 163.786, Cátia Barros Gomes, OAB/RJ 156.760, Dalila Rodrigues Pereira El Hader, OAB/RJ 110.954, Gabriel Fonseca Nogueira, OAB/RJ 239.841, Graça Tatiana Feijó Maia Barroso, OAB/RJ 114.621; Hebe Moreira de Jesus, OAB/RJ 141.890, Jeane da Silva Viviani, OAB/RJ 116.631, John Wesley Araújo de Sá, OAB/RJ 214.264, Juliana Figueiredo das Chagas do Nascimento, OAB/RJ 151.095, Lis Barroso Borges de Oliveira, OAB/RJ 131.202, Lucas Marins Cordeiro, OAB/RJ 196.419, Maria Alcina Leitão da Silva, OAB/RJ 159.570, Maria Clara de Freitas Neves, OAB/RJ 204.135, Natália Cavalcanti, OAB/RJ 182.814, Patrícia de Souza Castro OAB/SP 472.916, Pedro Porto Alves, OAB/RJ 224.399, Regina Peres de Abreu, OAB/RJ 86.552, Renata Muniz Fonseca Fernandes, OAB/RJ 153.769, Solange da Cunha Pacheco, OAB/RJ 119.176.

Consultores da Comissão:

Aleksandr Salamanca Miyahira. Ana Paula Menezes Bragança dos Santos. Antônio Pedro Ribeiro. Danielle de Mello Florentino Tostes. Edna Corrêa Moreira. Ernani Costa Mendes. Jessé Lopes da Silva. João Carlos Magalhães, Jonathan Machado Domingues. Marcos Saramago. Patrícia de Souza Castro. Patrícia Goulart Arraes, Rodrigo Oliveira Souto.

PREFÁCIO

O compromisso da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Estado do Rio de Janeiro, com a dignidade da pessoa humana não se encerra na defesa intransigente das garantias constitucionais. Ele se amplia, com especial sensibilidade, quando a advocacia se coloca ao lado daqueles que enfrentam as mais duras realidades da vida, como é o caso dos pacientes oncológicos e das pessoas em cuidados paliativos.

Este Guia, elaborado com rigor técnico, sensibilidade social e profunda dedicação pela Comissão de Defesa dos Direitos dos Pacientes Oncológicos e em Cuidados Paliativos da OAB/RJ, é expressão concreta desse compromisso. Em suas páginas, encontram-se não apenas informações jurídicas relevantes, mas também acolhimento e orientação — elementos fundamentais na luta contra o câncer, que transcende os limites da medicina e exige ações interdisciplinares, éticas e humanas.

O câncer impõe desafios não apenas ao corpo, mas à cidadania. Ao reunir profissionais do Direito e da saúde, este trabalho mostra que o acesso à informação é também uma forma de cuidado. É, acima de tudo, um ato de empoderamento, capaz de transformar a dor em resistência e a vulnerabilidade em força coletiva.

A OAB/RJ se orgulha de apoiar esta iniciativa, que reflete os valores da nossa instituição: a defesa da vida, da justiça social e da construção de um país onde o Direito não seja privilégio de poucos, mas instrumento de todos.

Parabenizo cada integrante desta Comissão pelo esforço incansável e pelo legado que este Guia representa. Que ele alcance aqueles que mais precisam e inspire novas ações em prol de uma sociedade mais justa, solidária e inclusiva.

Ana Tereza Basilio.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
PARTE I	
ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM ONCOLOGIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDADO INTEGRAL	9
Um olhar além do diagnóstico	9
Câncer de mama - prevenção	11
Bioética em cuidados paliativos: uma contribuição para o respeito e a qualidade de vida do paciente com câncer	16
Barreiras de acesso aos cuidados oncológicos no SUS: desafios e propostas de soluções	19
Descredenciamento de prestadores de serviço durante o tratamento oncológico: riscos do rompimento do vínculo terapêutico	24
Radioterapia: um caminho de cuidado, precisão e esperança além do diagnóstico	29
Radioterapia - um acolhimento de esperança em momentos desafiadores	29
Mediação de conflitos em cuidados paliativos: uma ferramenta para garantir a dignidade e respeito na saúde	32
Cuidados paliativos: uma questão de direitos humanos	37
Fadiga relacionada ao câncer: como a fisioterapia atua nesta situação?	42
Nutrição oncológica - um direito negligenciado no enfrentamento do câncer	47
Invisíveis na dor: o desafio de cuidar de quem cuida	55
Preservando sonhos: o direito à criopreservação de óvulos em pacientes oncológicas	60
PARTE II	
DIREITOS DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS: GARANTIAS LEGAIS, DIGNIDADE HUMANA E ACESSO INTEGRAL À SAÚDE	63
As leis que protegem o paciente oncológico	63

APRESENTAÇÃO

O presente Guia é fruto do trabalho coletivo da Comissão de Defesa dos Direitos dos Pacientes Oncológicos e em Cuidados Paliativos da OAB/RJ, com o apoio técnico e acadêmico de seus consultores e membros, reunidos por um propósito comum: fortalecer a defesa da dignidade da pessoa humana frente aos desafios impostos pelo câncer e pelas condições que demandam cuidados paliativos.

A proposta desta obra é reunir, em linguagem acessível artigos dos renomados consultores especialistas em oncologia, que atuaram de forma integrada e interdisciplinar, buscando oferecer um trabalho técnico, ético e humanizado, em parceria com os advogados membros da Comissão, que apresentaram os principais direitos assegurados aos pacientes oncológicos no ordenamento jurídico brasileiro, oferecendo orientação tanto para os operadores do Direito quanto para os profissionais da saúde, pacientes e familiares.

É notório que o câncer está entre as doenças com maior incidência na população de todo o mundo. O INCA (Instituto Nacional de Câncer), órgão vinculado ao Ministério da Saúde, atua de forma integrada no controle do câncer, mas também na prevenção em todo o país. O INCA estimou a ocorrência de aproximadamente 704 mil casos novos de câncer por ano no Brasil durante o triênio 2023-2025¹. O diagnóstico e o tratamento do câncer podem causar restrições físicas, psicológicas e financeiras nos pacientes. As regiões Sul e Sudeste concentram cerca de 70% dos casos estimados no país¹. Nas regiões Norte e Nordeste, observa-se maior incidência de câncer do colo do útero, especialmente em áreas com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹.

Diante do cenário apresentado pelo INCA o governo vem criando legislações voltadas aos pacientes oncológicos, de modo a proteger seus direitos e assim garantir a saúde de todos, como exige o artigo 196 da Constituição Federal.²

Ciente da vulnerabilidade que acompanha o diagnóstico oncológico, o Guia foi estruturado para promover o acesso à informação como ferramenta

¹ Para maiores informações, vide: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>

² Para maiores informações, vide: <https://encurtador.com.br/IgkAN>

de empoderamento e garantia de cidadania. Seu conteúdo abrange desde os marcos normativos que asseguram o tratamento digno e humanizado, até a abordagem de temas complementares como nutrição, prevenção, barreiras assistenciais, cuidados paliativos e a proteção frente às práticas abusivas de prestadores de serviços.

A produção deste Guia contou com a colaboração especial de profissionais da saúde e consultores da Comissão, que desenvolveram artigos temáticos a partir de suas respectivas áreas de atuação, com profundo comprometimento ético e sensibilidade social.

Para apoiar e auxiliar o paciente oncológico, por intermédio da Advocacia, o Guia, reúne direitos específicos do paciente oncológico, garantidos por lei, para auxiliar o exercício profissional com vistas à atuação nas necessidades deste público de pacientes, tão vulnerável, bem como traz toda a legislação pertinente na bibliografia para consulta.

A Lei nº 14.238/2021³, é conhecida como Estatuto da Pessoa com Câncer, ela estabelece:

Principais direitos;

- Acesso ao diagnóstico precoce;
- Tratamento adequado;
- Atendimento humanizado;
- Suporte psicológico;
- Prioridade em processos judiciais e administrativos; e
- Atendimento prioritário em serviços públicos e privados.

Coordenado por Solange da Cunha Pacheco (Presidente) e Renata Muniz Fonseca Fernandes (Vice-Presidente), este material reafirma o compromisso da OAB/RJ com a defesa da vida, do acesso à saúde e da construção de políticas públicas mais humanas e inclusivas. Que este Guia possa servir como instrumento de orientação prática, reflexão crítica e transformação social.

Comissão de Defesa dos Direitos dos Pacientes Oncológicos e em Cuidados Paliativos – OAB/RJ

³ Para maiores informações, vide: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14238.htm

PARTE I

Atuação Interdisciplinar em Oncologia: Contribuições para o Cuidado Integral

UM OLHAR ALÉM DO DIAGNÓSTICO

Aleksandr Salamanca Miyahira⁴

Introdução: quando tempo se dobra

Há momentos na vida em que o tempo se dobra. Não como poesia, mas como urgência. De repente, o mundo desacelera, o olhar se volta para dentro e o futuro que antes parecia tão vasto, encolhe-se em perguntas sem respostas.

Esse é o efeito de um diagnóstico oncológico. Ele não recomeça no exame, nem termina no prontuário. Começa no abalo da identidade, na reconfiguração da rotina, no silêncio que toma conta das palavras. E continua, muitas vezes, na solidão invisível que acomete quem tenta seguir em frente enquanto o corpo é tratado, mas a alma segue em suspenso.

É nesse instante que a medicina e o direito devem caminhar juntos, não como instituições abstratas, mas como presenças humanas. Porque quem enfrenta o câncer não precisa apenas de soluções clínicas ou respostas legais. Precisa de escuta, de dignidade, de sentido.

A paciente: presença, afeto e travessia

Em cada paciente oncológica há um universo pulsando: sonhos interrompidos, vínculos ameaçados, memórias que retornam com força. Não há como separar o corpo da história que ele carrega. Nem é justo esperar que alguém enfrente a essa travessia apenas com laudos, bisturis e petições.

A doença invade a biografia. Redefine papéis. Muda a forma como a paciente se vê e como o mundo a vê. Há perdas que não aparecem nos exames: a perda da espontaneidade, da confiança no corpo, da sensação de controle sobre

⁴ Médico Mastologista e Ginecologista - CRM 52-67565-2 – TEMA | TEGO. Médico formado no Rio de Janeiro, com títulos de especialista em Mastologia (TEMA) e Ginecologia e Obstetrícia (TEGO). Aprovado em 1º lugar no concurso nacional do Instituto Nacional do Câncer (INCA), onde atuou como staff e preceptor da residência médica. É membro da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) e da FEBRASGO, com participação ativa em comissões científicas e diretorias de ambas as entidades. Participações diversas como palestrante, debatedor e coordenador em jornadas, congressos e eventos científicos nacionais e internacionais nas áreas de mastologia, ginecologia e saúde da mulher. Atua com foco em oncologia mamária, cirurgia reconstrutiva e cuidado humanizado da mulher, exercendo sua prática entre o Rio de Janeiro e Mato Grosso, com excelência técnica, ética e abordagem centrada na escuta sensível da paciente.

a própria vida. E há também uma força que brota das ruínas, feita de coragem, de fé e de reinvenção.

O cuidado neste contexto, não é apenas um ato técnico. É um compromisso com outro em sua inteireza. Exige presença real, respeito pelo tempo interno, sensibilidade para o que não se diz.

O direito como território de proteção

A paciente não deveria precisar lutar por aquilo que já lhe é garantido. Direito a informação clara. Direito a escolha. Direito ao tempo necessário para compreender riscos e decidir caminhos. Direito à reconstrução mamária, ao cuidado integral, ao amparo emocional, a inserção no trabalho, fertilidade, a maternidade, a própria imagem.

No entanto, a realidade ainda nos mostra um cenário onde muitas dessas garantias esbarram na burocracia, na falta de escuta ou na ausência de empatia. O sistema, muitas vezes, é eficiente com os dados e negligente com as dores.

O direito, portanto, precisa se reafirmar como instrumento de humanidade. Não apenas para garantir acesso, mas para proteger a travessia. Não apenas para corrigir injustiças, mas para evita-las desde o início... Onde começa a escuta, onde se estabelece o vínculo, onde a paciente é respeitada em sua autonomia.

A comissão como encontro necessário

A criação da comissão de Direito oncológico e tratamentos paliativos da OAB-RJ é acima de tudo um gesto de escuta coletiva. Uma resposta sensível à complexidade da jornada oncológica. Um espaço de intercessão entre saberes, onde a técnica encontra a ética e onde o afeto se torna linguagem legítima da justiça.

Nossa tarefa não é apenas produzir conhecimento, mas construir pontes. Pontes entre instituições e pessoas. Entre a teoria jurídica e a dor vivida. Entre o cuidado médico e um amparo legal. Entre a pressa dos sistemas e o tempo íntimo do sofrimento humano.

Conclusão: o que cura não está só no remédio

Olhar além do diagnóstico é reconhecer que, por trás de cada caso, existe uma história em curso. É saber que o sofrimento não se segura apenas com técnica e que a justiça não se faz apenas com leis. Cura e justiça nesse campo, exigem presença, verdade e delicadeza.

Que esta comissão se torne um farol para aqueles que, no meio da dor, procuram um sentido. Que sejamos agentes de transformação onde antes havia apenas rotina. E que, ao final de cada texto, evento, atendimento ou decisão, a paciente se sinta menos só.

***Por que, às vezes, o que salva uma vida não é o tratamento,
é o olhar que a reconhece como vida.***



CÂNCER DE MAMA - PREVENÇÃO

Rodrigo Oliveira Souto⁵

O câncer de mama permanece como um dos tipos de câncer mais incidentes entre mulheres em todo o mundo. No Brasil, ele ocupa o primeiro lugar em mortalidade por câncer na população feminina e em incidência, exceto pelo câncer de pele não melanoma. Diante desse cenário, falar sobre prevenção é, antes de tudo, falar sobre salvar vidas. E mais do que isso: é garantir dignidade, autonomia e segurança às nossas pacientes em todas as fases do cuidado.

Prevenção primária: o primeiro passo do cuidado

A prevenção primária se baseia em reduzir os fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento do câncer de mama. Embora alguns fatores — como a predisposição genética e idade — não possam ser modificados, sabemos que cerca de 30% dos casos de câncer de mama poderiam ser evitados com mudanças no estilo de vida.

Estimular uma alimentação balanceada, prática regular de atividade física, controle do peso corporal, redução do consumo de álcool e evitar o tabagismo são estratégias comprovadas para diminuir a incidência da doença. Como profissional de saúde, tenho o dever de educar nossa comunidade sobre esses fatores e incentivar escolhas saudáveis. A promoção da saúde, neste contexto, é uma ação de segurança do paciente.

Prevenção secundária: foco no rastreamento e diagnóstico precoce

É na prevenção secundária que está a nossa principal ferramenta de impacto: o rastreamento do câncer de mama. E aqui, permitam-me reforçar com ênfase: a mamografia é essencial.

A mamografia é atualmente o único exame de rastreamento que demonstrou reduzir a mortalidade por câncer de mama em estudos

⁵ Médico - CRM 52492553. Cirurgião Oncológico pelo INCA. Titular da Sociedade Brasileira de Mastologia. Diretor Técnico da Clínica PROONCO Mulher . Diretor Científico do Instituto ONCOMED

populacionais robustos. Quando realizada de forma regular — especialmente para mulheres a partir de 40 anos —, ela permite o diagnóstico precoce de tumores ainda não palpáveis, em estágios iniciais, quando as chances de cura ultrapassam 90%.

Mas sabemos que, no Brasil, a adesão ao rastreamento ainda está muito aquém do ideal. Diversos estudos apontam que menos da metade das mulheres na faixa etária recomendada realizam mamografias anualmente, como preconizado. Isso é alarmante.

Estamos perdendo a oportunidade de detectar precocemente uma doença que, em estágios avançados, impõe tratamentos mais agressivos, com maior morbidade, custos elevados e impacto devastador na vida das pacientes.

É preciso, portanto, que este comitê, juntamente com instituições de saúde e políticas públicas, atue ativamente na ampliação do acesso à mamografia, na redução das desigualdades regionais e na melhoria da linha de cuidado da mulher. A segurança do paciente começa com o acesso. Não há cuidado seguro quando uma mulher precisa esperar meses por um exame de imagem ou por uma biópsia.

O Dia Nacional da Mamografia é comemorado em 5 de fevereiro. A data foi instituída pela Lei Federal nº 11.695/2008 como mais uma ação de prevenção ao câncer de mama para conscientizar as mulheres sobre a importância do exame que permite o diagnóstico precoce da doença. Mas passados 17 anos e agora em 2025, com a consulta pública número 144 concluída em 24 de janeiro pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), não coube celebrar. É que, como proposta de certificação de boas práticas oncológicas em serviços médicos, o documento indica 50 anos como idade mínima para a realização de mamografias por planos de saúde.

A publicação da consulta pública provocou uma onda de críticas e questionamentos em relação à idade ideal para o início desse acompanhamento, uma vez que as entidades médicas defendem mamografias periódicas a partir dos 40 anos como forma de ampliar as chances de diagnósticos em estágio inicial. O próprio Rol da ANS (lista de procedimentos e eventos em saúde que os planos de saúde são obrigados a oferecer aos seus beneficiários) determina que os planos cubram o exame de mulheres acima dessa idade.

Segundo uma série de estatísticas, a incidência do câncer de mama em aumentado nas últimas décadas em todo o mundo, com um crescimento de 0,5% ao ano entre 2010 e 2019 (GIAQUINTO et al. 2022). Importante ressaltar que essa tendência foi maior em mulheres abaixo de 50 anos, especialmente em países com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo ou moderado (HEER et al. 2020; LIMA et al. 2021; XU et al. 2024). No Brasil, estudos mostram que 40% das mulheres diagnosticadas com a doença estão abaixo dos 50 anos e 20% acima dos 69 anos (BONADIO et al. 2022; SIMON et al. 2019).

Isso significa dizer que, no Brasil, 60% das mulheres que tiveram diagnóstico desse tipo de câncer não teriam chance de detecção precoce se submetidas as recomendações atuais do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que se restringe à faixa etária de 50 a 69 anos. Além disso, diversos estudos mostram que mulheres que fazem acompanhamento por mamografia apresentam menor risco de morrer de câncer de mama (BROEDERS et al. 2012; DUFFY et al. 2020; MONTICCILO et al. 2024).

Um desses estudos mostrou redução de 41% no risco de morte por câncer de mama em dez anos em mulheres cujo diagnóstico foi feito pela mamografia (DUFFY et al. 2020). Nesse contexto, apesar da nota de posicionamento recente divulgada pelo INCA afirmando que não existem benefícios consistentes para mulheres fora da faixa etária de 50 a 69 anos, os principais ensaios clínicos randomizados mostraram uma redução de mortalidade nas mulheres entre 40 e 49 anos (RAY et al. 2017). O estudo Age Trial (DUFFY et al. 2020) demonstrou que mulheres entre 40 e 49 anos diagnosticadas por rastreamento mamográfico apresentam uma redução de 25% na mortalidade por câncer de mama após dez anos.

Outro benefício do rastreamento é a possibilidade de tratamentos menos agressivos e uma melhor qualidade de vida. Em alguns casos pode-se até dispensar o uso de quimioterapia ou radioterapia, reduzindo não só os efeitos colaterais como os custos ao sistema de saúde. Outro fato importante a ser considerado no grupo etário de 40 a 49 anos é o maior número de anos de vida ganho, pois as pacientes têm maior expectativa de vida.

Nos Estados Unidos, a US Preventive Services Task Force (USPSTF) atualizou recentemente suas diretrizes para recomendar o rastreamento mamográfico a partir dos 40 anos (NICHOLSON et al. 2024). Essa mudança foi baseada em evidências de aumento da incidência de câncer de mama em mulheres mais jovens e da eficácia do diagnóstico precoce em reduzir a mortalidade. Diversas outras diretrizes internacionais recomendam o rastreamento em mulheres desde os 40 anos, como o National Comprehensive Cancer Network (NCCN) e outras sociedades médicas.

Já é comprovado que a população brasileira tem maior prevalência de fatores de risco em idades mais precoces, além de acesso desigual a tratamentos em estágios avançados. Diretrizes baseadas em realidades europeias ou em países com programas consolidados de rastreamento não são diretamente aplicáveis no Brasil. Esperamos que haja uma mobilização de todas as sociedades médicas e civis para não retrocedermos no diagnóstico precoce desta doença que, em nosso país, é responsável por uma grande causa de mortes entre as mulheres.

Dados sobre a mamografia

A mamografia é um exame de raios X que permite visualizar alterações suspeitas nas mamas. É uma ferramenta fundamental para identificar o câncer

de mama ainda no início, aumentando as chances de tratamento e cura. As principais recomendações sobre esse importante exame de imagem são:

- Mulheres acima dos 40 anos devem fazer mamografia anualmente.
- Mulheres entre os 50 e 69 anos devem fazer mamografia a cada dois anos.
- Mulheres com suspeita de síndromes hereditárias podem fazer mamografia abaixo dos 40 anos.
- Mulheres com nódulos palpáveis podem fazer mamografia para complementar o diagnóstico.

A história desse importante exame

Sua história começou em 1913, quando o cirurgião alemão Albert Salomon estudou a aplicação da radiologia em doenças da mama. Em 1949, o radiologista uruguaio Raul Leborgne apresentou a técnica de compressão da mama, criando no ano seguinte o primeiro protótipo da mamografia. Quinze anos depois, Charles Gross desenvolveu na França a primeira unidade dedicada à mamografia. Mas o primeiro mamógrafo (aparelho que lança feixes de raios-X através do tecido mamário) foi introduzido em 1966 pela General Electric (GE), com o primeiro aparelho adquirido pelo Brasil em 1971. Quase dez anos depois, em 1980, o processo de compressão das mamas foi aperfeiçoado, permitindo a redução do tempo de exposição durante o exame.

Prevenção terciária: cuidar com qualidade e humanidade

A prevenção terciária envolve o manejo adequado da doença após o diagnóstico, com o objetivo de evitar recidivas, reduzir complicações e oferecer reabilitação física e emocional. Neste nível, entra em cena a integralidade do cuidado oncológico: desde a cirurgia, quimioterapia e radioterapia, até o suporte psicológico, fisioterapia e cuidados paliativos.

Mas é fundamental compreender que a prevenção terciária também é a segurança do paciente. Reduzir eventos adversos, garantir comunicação efetiva entre equipes, respeitar os tempos clínicos e tratar com empatia são ações tão essenciais quanto o tratamento em si. Devemos zelar para que nossas pacientes tenham não apenas sobrevida, mas também qualidade de vida.

O papel do comitê de segurança

Nosso comitê tem um papel estratégico na articulação de ações que fortaleçam o rastreamento organizado e a jornada segura da paciente com câncer de mama. Isso significa:

- Monitorar indicadores de rastreamento, diagnóstico e tratamento oportuno;
- Trabalhar com a atenção primária na busca ativa de mulheres elegíveis para rastreamento;

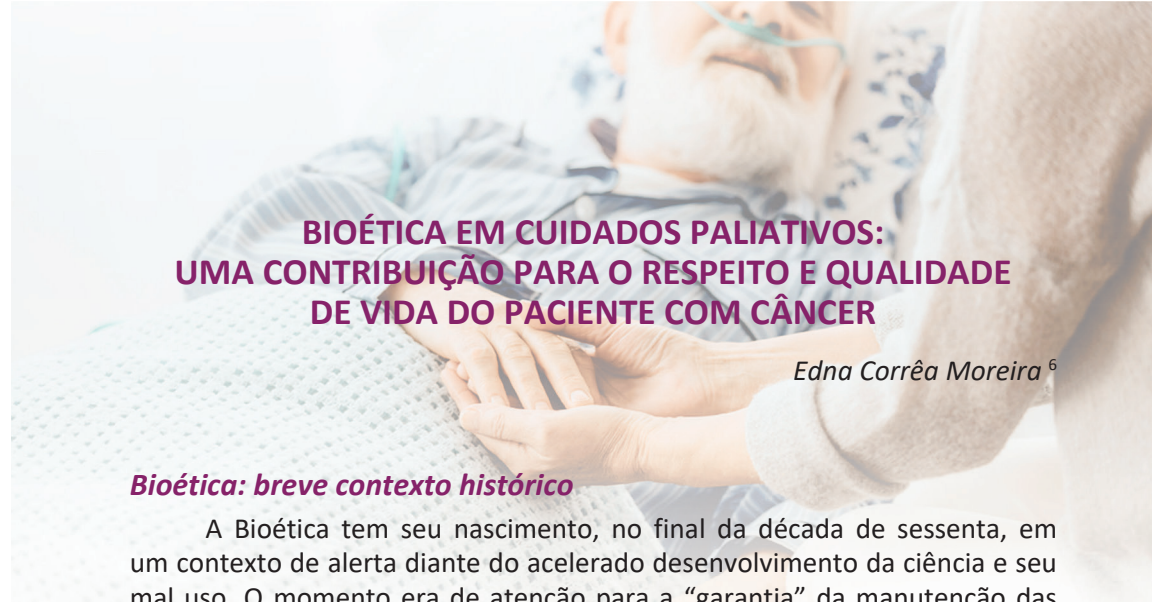
- Garantir fluxos bem definidos para exames, resultados e encaminhamentos;
- Capacitar equipes sobre diretrizes clínicas e comunicação acolhedora;
- Ouvir as pacientes, suas experiências e desafios vividos no sistema.

Cuidar da segurança do paciente oncológico é mais do que prevenir erros. É garantir acesso, tempo oportuno, informação clara, cuidado respeitoso e decisões compartilhadas.

Conclusão

O câncer de mama é uma realidade dura, mas diante dela, temos uma escolha: agir. E agir de forma coordenada, científica e humanizada. A mamografia é a nossa principal aliada no rastreamento, e cabe a nós derrubar barreiras, combater a desinformação e ampliar o alcance dessa ferramenta.

A segurança do paciente começa muito antes da porta do hospital. Começa na educação, na prevenção, no cuidado precoce. Que este comitê seja uma voz ativa e permanente na luta por um sistema de saúde mais seguro, mais justo e mais eficaz para todas as mulheres.



BIOÉTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O RESPEITO E QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE COM CÂNCER

Edna Corrêa Moreira ⁶

Bioética: breve contexto histórico

A Bioética tem seu nascimento, no final da década de sessenta, em um contexto de alerta diante do acelerado desenvolvimento da ciência e seu mal uso. O momento era de atenção para a “garantia” da manutenção das gerações futuras, sim, parece alarmismo, mas se tratava de reunir meios para assegurar a sobrevivência dos seres vivos. Era uma questão urgente repensar o uso da tecnologia de modo que a vida com qualidade fosse preservada.

Assim, a Bioética é chamada enquanto promotora e protetora da vida, com qualidade, e isso não é diferente nos Cuidados Paliativos, no qual esta é invocada para que o uso da tecnologia vise o alívio do sofrimento e a qualidade de vida respeitando os valores da pessoa com doença crônica grave, dentre elas o câncer.

Potter, um grande cientista, teórico e sistematizador da Bioética defende que o agir deveria ser definido pelo prefixo ‘bio’, em outros termos, uma ética aplicada em prol da vida, em detrimento de quaisquer outros interesses. A preocupação com a vida deve pautar o desenvolvimento e a utilização da ciência. Para tanto, Potter resente-se da emergência de uma nova sabedoria que fizesse bom uso do conhecimento, haja vista a população mundial já ter experimentado historicamente tantos danos em nome do progresso científico e socioeconômico.

Para o autor, a sociedade moderna vivia o fenômeno do conhecimento perigoso, em que uma avalanche de novos conhecimentos ia se sobrepondo sem que houvesse espaço para reflexão quanto à proporcionalidade e racionalidade de seu uso. Não há ingenuidade no uso do conhecimento, e uma vez que este é poder, sempre que possível será usado para obtenção

⁶ Assistente Social dos Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Presidente fundadora da Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Atual vice-presidente da Comissão de Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa do DIHS/ENSP/FIOCRUZ; mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pelo IMS/ UERJ/PPGBIOS. Especialização em Cuidados Paliativos pelo Instituto Einstein. Especialização em Direito e Saúde pelo DIHS/ENSP. Especialização em Geriatria e Gerontologia pela UNATI/UERJ. Professora convidada da disciplina de Bioética e Saúde Coletiva, da Especialização em Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Básica, da ENSP/FIOCRUZ

de poder. Assim, o conhecimento em prática é sempre ameaça em potência, pois ninguém se preocupa com o conhecimento “engavetado”, sendo os usos conferidos que o torna perigoso ou útil.

Deste modo, paira uma insegurança quanto continuidade da vida com qualidade, pois as áreas das Ciências romperam com as áreas das Humanidades. A comunicação entre as partes fora extremamente prejudicada pelos interesses antagônicos e conflituosos que insistiam em distanciá-las. Logo, a Bioética surge como uma ponte que favorece a comunicação, o diálogo entre as áreas, no dizer de Potter, como uma ponte para o futuro.

Cuidados Paliativos e Bioética: um encontro potente para a qualidade de vida dos pacientes com câncer

Retomando a questão do agir orientado para a defesa da vida, do prefixo “bio” da Bioética, os Cuidados Paliativos têm uma estreita identificação com este ideal. Dentre os pilares que fundamentam a prática nos Cuidados Paliativos estão tanto a qualidade de vida quanto o respeito aos valores dos pacientes com doenças crônicas graves, como o câncer, sem prescindir dos benefícios que a ciência possa proporcionar.

Potter de maneira alguma quis reduzir a importância e validade da ciência, no entanto, “denunciou” a incapacidade da medicina/ciência de restaurar uma vida com significado aos pacientes que se serviam dela. A utilização fria e protocolar dos recursos tecnológicos raramente se traduz em acolhimento e cuidado, porque evidencia o distanciamento das áreas das Ciências e Humanidades. É necessário um olhar humano que seja presença viva que se utilize da tecnologia para o bem-estar da pessoa com doença crônica grave. A ordem deve ser sempre, a tecnologia a serviço da vida com qualidade.

Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra que se dedicou ao estudo da tanatologia e do luto também fez relevantes críticas, no final da década de sessenta, acerca do mal uso da ciência, a autora afirma:

Se pudéssemos ensinar aos nossos estudantes o valor da ciência e da tecnologia, ensinando a um tempo a arte e a ciência do inter-relacionamento humano, do cuidado humano e total ao paciente, sentiríamos um progresso real. Se não fosse feito mal uso da ciência e da tecnologia no incremento da destruição, prolongando a vida em vez de torná-la mais humana; se ciência e tecnologia pudessem caminhar paralelamente com maior liberdade para contatos de pessoa a pessoa, então poderíamos falar realmente de uma grande sociedade (Kübler-Ross,2017, p.22).

Falar de Cuidados Paliativos, de respeito aos pacientes com câncer e qualidade de vida é falar de Cicely Saunders, sua pioneira. Sua prática resultou numa mudança expressiva do olhar para os pacientes e suas reais necessidades em detrimento do agir voltado para a tecnologia e para a doença.

Seu olhar cuidadoso para a pessoa, um ser singular, clamava por uma postura respeitosa dos valores pessoais e bioéticos como a dignidade e a subjetividade, por exemplo, fazendo de Cicely um referencial para a propagação da filosofia dos Cuidados Paliativos.

Saunders, na construção dos Cuidados Paliativos deixa clara a necessária afirmação dos pacientes como pessoas com histórias de vidas e valores singulares que deveriam ser alvos de cuidado que não aniquilasse suas subjetividades. Não se trata de desprezo ao conhecimento técnico, mas de sua utilização em harmonia com a presença cuidadosa, e o respeito aos valores bioéticos que fazem sentido para cada paciente.

Somente assim, priorizando a pessoa se faz possível o cuidado assertivo e eficaz, a autora nos diz: [...] não apenas eficiência, mas também compaixão. Eles precisavam de calor humano, amizade, assim como um bom cuidado técnico (Saunders, 2018, p. 23).

Os Cuidados Paliativos não representam um não fazer, mas um fazer com proporcionalidade e respeito ao paciente. A consideração dos princípios bioéticos favorece o bom uso do suporte tecnológico com racionalidade, priorizando conforto e qualidade de vida aos pacientes com doenças crônicas graves como o câncer, que estejam em acompanhamento pelos Cuidados Paliativos. Assim sendo, o encontro destas duas áreas representa um potencial imensurável para o cuidado eficaz, para a promoção da qualidade de vida e respeito ao paciente com câncer.

BIBLIOGRAFIA

ARAÚJO, A. O. V. *Múltiplos enfoques sobre a morte e o morrer*. In: *Conflitos bioéticos do viver e do morrer*/Organização de Rachel Duarte Moritz; Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do Conselho Federal de Medicina. – Brasília: CFM; 2011. p. 141-155.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Trad. Paulo Menezes. 10ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2017.

POTTER, Van Rensselaer. *Bioética: ponte para o futuro*. Trad. Diego Carlos Zanella. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

RICOEUR, P. *Vivo até a morte: seguido de fragmentos*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

SAUNDERS, C. *Velai comigo-inspiração para uma vida em Cuidados Paliativos*. Trad. Franklin Santana Santos. Editor FSS, 2018.

A photograph of a hospital ward with several beds. Some beds are occupied by patients, and there are healthcare workers in white uniforms and masks. The ward is brightly lit and has medical equipment visible.

BARREIRAS DE ACESSO AOS CUIDADOS ONCOLÓGICOS NO SUS: DESAFIOS E PROPOSTAS DE SOLUÇÕES

Jessé Lopes da Silva ⁷

A luta contra o câncer no Brasil enfrenta obstáculos que dificultam a garantia de cuidados de qualidade para toda a população. Apesar de avanços na ciência, na oferta de tratamentos e na implementação de políticas públicas, a desigualdade social e a insuficiência de recursos estruturais continuam sendo as principais barreiras ao acesso integral às ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde (SUS). Este panorama contribui para o aumento de casos diagnosticados em estágios avançados, elevados índices de mortalidade e maior carga para o sistema de saúde público. Para superar esses desafios, é imprescindível uma abordagem multifacetada que envolva melhorias na infraestrutura, na organização do cuidado e na formulação de políticas públicas sustentáveis, com foco na equidade.

Dificuldades na Prevenção e Diagnóstico Precoce

Prevenir o câncer ou identificá-lo precocemente é uma estratégia fundamental para reduzir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. No entanto, o acesso às campanhas de rastreamento, exames de rotina e ações educativas ainda é fortemente condicionado à condição socioeconômica do indivíduo e à região de residência (1). Dados recentes indicam que em 14 estados brasileiros, mais de 50% dos casos de câncer são diagnosticados em estágios avançados, dificultando o sucesso de tratamentos curativos ou de controle da doença (2).

A legislação que determina o prazo máximo de 30 dias para realização de exames e procedimentos após suspeita diagnóstica busca reduzir o tempo entre suspeita e confirmação, promovendo a detecção precoce. Contudo, a efetividade dessa norma ainda encontra obstáculos, sobretudo na pandemia

⁷ Médico - CREMERJ 941735. Concluiu residência médica em oncologia clínica pelo INCA (2015). Concluiu o doutorado em oncologia clínica com ênfase na área de cancerologia mamária no INCA. Atualmente é oncologista clínico pesquisador no Instituto Nacional do Câncer e oncologista clínico assistente no Grupo Oncoclínicas. Membro fundador líder do Comitê de Diversidade da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica-SBOC. Pesquisador Membro da LACOG.

de COVID-19, que agravou as dificuldades de acesso a exames preventivos e diagnósticos, resultando em aumento de diagnósticos tardios (3). A redução na realização de mamografias, biópsias e outros procedimentos básicos aponta para uma necessidade urgente de fortalecer a atenção primária à saúde, com campanhas de conscientização e maior organização dos fluxos assistenciais.

A ampliação dessas ações deve incluir a capacitação de profissionais de saúde para a identificação de sinais precoces do câncer, além de investimentos em infraestrutura para ampliar o acesso a exames em regiões mais vulneráveis. Programas de educação em saúde que promovam hábitos de vida saudável, redução dos fatores de risco (tabagismo, sedentarismo, obesidade, alimentação inadequada) e estímulo ao reconhecimento precoce de sintomas potencialmente malignos também são essenciais para reduzir o tempo entre suspeita e diagnóstico efetivo.

Barreiras no Acesso ao Tratamento

Apesar do avanço na oferta de tratamentos oncológicos, muitos pacientes ainda enfrentam dificuldades para acessá-los em tempo hábil ou de forma adequada. Dados indicam que apenas cerca de um terço dos pacientes do SUS iniciam o tratamento em até 60 dias após o diagnóstico, sendo que o tempo ideal estipulado pela legislação federal é de até 60 dias (Lei 12.732/2012). Diversos fatores contribuem para essa realidade, incluindo a escassez de centros especializados em regiões remotas, a dificuldade de transporte, altos custos indiretos e dificuldades de ausentar-se do trabalho para atender às demandas do sistema de saúde público (4).

A desigualdade de oportunidades reforça-se quando se observa que pacientes com maior condição socioeconômica, acessando a saúde privada, tendem a iniciar o tratamento precocemente e a ter acesso a tratamentos mais eficientes e atualizados. Em contrapartida, a população mais vulnerável, especialmente nas regiões periféricas e rurais, encontra obstáculos de ordem logística, financeira e social. A ausência de uma rede integrada de atenção oncológica impede que o paciente seja acompanhado de forma contínua, aumentando o risco de abandono do tratamento, complicações, melhora clínica prejudicada e altas taxas de mortalidade (5).

Medidas que poderiam contribuir para melhorar esse cenário incluem a ampliação da rede de captação e referência, a implementação de programas de transporte gratuito, o fortalecimento da atenção primária com equipes capacitadas, e a criação de sistemas de agendamento informatizados que reduzam o tempo de espera e aumentem a eficiência na alocação de recursos. Além disso, a implementação de um fundo específico destinado ao combate ao câncer, financiado por arrecadações de impostos sobre bebidas alcoólicas, cigarros e outros tributos, é uma proposta que visa estruturar um financiamento mais sustentável para o enfrentamento da doença.

Cuidados Paliativos e Continuidade do Atendimento

No estágio avançado do câncer, a prioridade passa a ser o alívio do sofrimento, o controle da dor e a manutenção da dignidade do paciente, através dos cuidados paliativos. Apesar da relevância desse tipo de assistência, sua oferta no SUS ainda é insuficiente e desuniforme no país. A ausência de uma política nacional consolidada de cuidados paliativos, aliada à escassez de equipes multidisciplinares capacitadas, ocasiona que muitos pacientes em fase terminal recebam assistência inadequada ou permaneçam sem apoio adequado (1). Essa lacuna compromete não só a qualidade de vida desses indivíduos, mas também a compreensão e o controle da dor, além do suporte psicossocial necessário.

A continuidade do cuidado, que é fundamental durante toda a trajetória de um paciente oncológico, encontra obstáculos na desorganização das redes de assistência e na falta de integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Programas de atenção domiciliar, equipe multidisciplinar e suporte psicológico muitas vezes não chegam às regiões mais vulneráveis, agravando as desigualdades de acesso a uma assistência digna e humanizada. Como consequência, pacientes em fase terminal, muitas vezes, morrem em condições de alta vulnerabilidade, com atendimento paliativo insuficiente ou tardio, o que reforça a necessidade de uma política pública estruturada e universal para esses cuidados (6).

Propostas de Soluções para uma Assistência Oncológica mais equitativa

Diante dos obstáculos apresentados, a construção de um sistema de saúde mais justo e acessível para os pacientes com câncer demanda ações coordenadas em múltiplas frentes. Primeiramente, é imprescindível ampliar e fortalecer a atenção primária, com capacitação contínua de profissionais em detecção precoce de sinais de câncer, além de garantir maior capilaridade para os programas de rastreamento em regiões de difícil acesso (7). Essas ações devem estar apoiadas por uma estratégia de educação em saúde que sensibilize a população sobre os fatores de risco, sinais de alerta e a importância da procura precoce pelos serviços de saúde.

Adicionalmente, a implementação de sistemas informatizados integrados pode otimizar a alocação de recursos e reduzir o tempo de espera por exames e tratamentos. A criação de uma base nacional de dados sobre câncer, por exemplo, possibilitaria acompanhar a epidemiologia da doença em tempo real, identificar regiões de maior vulnerabilidade e direcionar os investimentos de maneira mais eficiente. A recente Lei nº 14.758/2023, que institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, busca justamente estruturar esse tipo de sistema, promovendo uma abordagem mais integrada e baseada em evidências (8).

O fortalecimento de programas de navegação do paciente, aos moldes do modelo internacional, consiste em uma estratégia eficaz para reduzir o tempo entre diagnóstico e início do tratamento, além de combater o abandono de terapias por dificuldades logísticas, sociais ou culturais. Esses programas, geralmente conduzidos por enfermeiros treinados, avaliam as necessidades do paciente, orientam e facilitam sua jornada pelo sistema, garantindo maior aderência às propostas terapêuticas (9).

Outra medida fundamental refere-se à garantia de financiamento adequado e de fontes sustentáveis de recursos para o combate ao câncer. Além do Fundo Nacional proposto por diferentes parlamentares, é importante explorar fontes de arrecadação específicas, como tributos sobre produtos de alto risco, e criar parcerias com organizações internacionais e do setor privado que possam aportar recursos adicionais à saúde pública. Ações também envolvem o estímulo à pesquisa de novas tecnologias, com maior agilidade na incorporação de inovações na rede pública, promovendo uma assistência mais moderna, eficaz e acessível.

Por fim, é imprescindível que o cuidado ao paciente com câncer seja visto como uma prioridade de política pública, garantindo não só o acesso universal aos serviços, mas também a qualidade, a humanização e a integralidade do atendimento. O fortalecimento das redes de cuidados paliativos, a formação de equipes multidisciplinares e a implementação de protocolos clínicos baseados em evidências são passos essenciais nessa direção. Além de tratar a doença, o sistema deve assegurar a dignidade, o conforto e a esperança de todos os brasileiros enfrentando o câncer, independentemente de sua condição social ou localização geográfica.

Conclusão

A transformação do sistema de saúde brasileiro para garantir acesso equitativo aos cuidados oncológicos constitui um desafio complexo, que exige ações coordenadas, investimentos sustentáveis e políticas públicas efetivas. Melhorias na prevenção, diagnósticos precoces, rapidez na iniciação do tratamento e ampliação dos cuidados paliativos são estratégias que podem reduzir as desigualdades e salvar vidas. A implementação de inovações tecnológicas, o fortalecimento da atenção primária e a construção de um sistema de dados robusto são passos essenciais para que o combate ao câncer seja efetivamente universal e humanizado. Só assim o Brasil poderá avançar na direção de um sistema de saúde mais justo, eficiente e capaz de atender às necessidades de toda a sua população.

Referências

BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. *Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm. Acesso em: 7 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Políticas públicas para o combate ao câncer no Brasil*. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 7 jun. 2025.

CAMPBELL, J. et al. *Desafios e estratégias para ampliar o acesso ao tratamento oncológico no Brasil*. Revista Brasileira de Saúde Pública, v. 54, e20200594, 2020.

FERRREIRA, L. M. et al. *Desigualdades sociais na assistência ao câncer no Brasil: uma análise de mortalidade e acesso*. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 6, e00271520, 2021.

HOLTZ, L. *Perfil socioeconômico e estágio de diagnóstico do câncer no Brasil*. Instituto Oncoguia. 2022. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br>. Acesso em: 7 jun. 2025.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). *Perfil epidemiológico do câncer no Brasil*. Ministério da Saúde. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca>. Acesso em: 7 jun. 2025.

MORAIS, A. S. et al. *Desafios na oferta de cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa*. Revista Brasileira de Paliativismo, v. 29, n. 3, p. 511-522, 2021.

SILVA, P. et al. *Programas de navegação de pacientes com câncer: uma revisão de evidências*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 30, e3709, 2022.

SOARES, P. et al. *Impacto da pandemia de COVID-19 na detecção precoce do câncer no Brasil*. Revista de Saúde Pública, v. 56, p. 69, 2022.



DESCREDENCIAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇO DURANTE O TRATAMENTO ONCOLÓGICO: RISCOS DO ROMPIMENTO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO

Marcos Saramago⁸

Quando o diagnóstico se estabelece, o vínculo se concretiza. O diagnóstico de câncer representa um marco emocional, físico e social na vida de qualquer indivíduo. Ao longo do tratamento, o estabelecimento de uma ligação entre o paciente e os profissionais de saúde é fundamental para garantir não apenas a eficácia clínica, mas também o acolhimento e a confiança necessários durante o processo terapêutico. Nesse contexto, o vínculo estabelecido entre o paciente e os profissionais envolvidos é mais do que um elemento afetivo: ele representa segurança, previsibilidade e esperança. O rompimento abrupto desse vínculo, muitas vezes causado por decisões administrativas como o descredenciamento de prestadores de serviço por parte dos planos de saúde, pode gerar sentimentos de abandono, ansiedade e até desesperança, prejudicando diretamente a adesão ao tratamento. Em pacientes oncológicos, essa instabilidade emocional pode impactar o sistema imunológico e, conseqüentemente, a evolução clínica da doença. No entanto, tem se tornado recorrente a prática de descredenciamento de prestadores de serviço por parte dos planos de saúde durante o curso do tratamento oncológico, o que pode gerar sérias conseqüências para a continuidade e qualidade da assistência com impactos diretos à saúde do paciente .

Conceito e Fundamento Legal

O descredenciamento ocorre quando um plano de saúde rompe unilateralmente o contrato com um prestador (clínica, hospital, médico), retirando-o da sua rede assistencial. A Lei nº 9.656/98, que regulamenta os planos de saúde, não proíbe o descredenciamento, mas impõe exigências formais: a substituição deve ser equivalente e comunicada com antecedência

⁸ Médico - CRM 52946044. Mestre na Universidade do Porto- UP. Oncologista pelo INCA. Especialista em Clínica Médica pelo Hospital Federal da Lagoa. Fellowship no Institut Jules Bordet/ Gustave Roussy. Oncologista na Oncomed Rio e Niterói. Pesquisador no Instituto Oncomed. Membro da câmara técnica de Oncologia do CREMERJ

mínima de 30 dias aos usuários (art. 17, §1º). Além disso, segundo a Resolução Normativa nº 465/2021 da ANS, a substituição de prestador deve preservar a continuidade assistencial.

O Código de Defesa do Consumidor também se aplica a esses contratos. Com base na boa-fé objetiva e na função social do contrato, decisões judiciais têm reconhecido abusividade na interrupção de serviços durante tratamentos em curso, sobretudo oncológicos.

O Poder Judiciário tem se posicionado de forma protetiva diante de casos de descredenciamento durante o tratamento e tem sido comum a concessão de liminares para garantir a continuidade com o mesmo profissional, mesmo que já descredenciado, com base no princípio da dignidade da pessoa humana e na continuidade terapêutica, entendendo que a ruptura da assistência da equipe de cuidados pode gerar consequências emocionais e físicas ao paciente.

Impactos do Rompimento do Vínculo Terapêutico

A ruptura do vínculo terapêutico também interfere na tomada de decisão compartilhada, princípio ético fundamental no cuidado oncológico. Quando o paciente é forçado a trocar de equipe ou de instituição no meio do tratamento, ele perde a base de confiança construída ao longo do tempo, o que pode dificultar a aceitação de condutas médicas e comprometer a aliança terapêutica. Essa situação é ainda mais crítica quando se trata de populações vulneráveis, como idosos, pessoas em sofrimento psíquico ou com baixa escolaridade, que dependem fortemente da continuidade e da humanização no atendimento para manter sua autonomia e dignidade. A interrupção abrupta desse vínculo, muitas vezes imposta por questões de “mercado” pode resultar em:

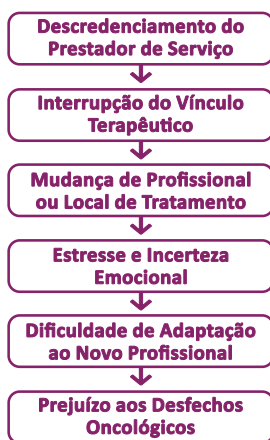
- Perda de informações clínicas relevantes, como detalhes não registrados formalmente (ex.: reações subjetivas, padrões de resposta individual);
- Atraso na continuidade do tratamento, por necessidade de nova avaliação e adequação do plano terapêutico;
- Comprometimento da adesão do paciente, devido ao estresse emocional e insegurança diante de mudanças.

A complexidade dos casos oncológicos podem ser apresentadas através de categorias de risco de morbidade, definidas por McCabe MS et al em 2013, como baixo, médio ou alto risco. Essa categorização traz clareza na demanda por cuidados de um paciente oncológico, que podem ser categorizados desde uma demanda de baixo risco, em que a transferências dos cuidados não possui tantas nuances e complexidades, até um alto risco onde o paciente já possui uma equipe multidisciplinar instituída em que a transferência pode gerar grandes complexidades.

Isso reflete que existem pacientes que possuem necessidades e detalhes muito maiores, como por exemplo um idoso frágil em tratamento de câncer de pulmão metastático, em contrapartida com outros com menores demandas como uma mulher de meia idade em um bloqueio hormonal adjuvante.

A troca de profissionais durante o tratamento oncológico está associada a piores desfechos clínicos, sintomas psicológicos e mesmo má aderência ao tratamento, levando a piores desfechos.

Figura 1: Riscos e consequências da quebra de continuidade da assistência ao paciente Oncológico



Impactos Clínicos

A ruptura na continuidade do atendimento oncológico pode comprometer a efetividade do tratamento. Estudos indicam que pacientes que não mantêm acompanhamento regular com o mesmo médico ou equipe apresentam maior risco de hospitalizações não planejadas, duplicação de exames, atraso na administração de terapias e redução da sobrevida.

No estudo de Hussain et al. (2021), que investigou pacientes com câncer de próstata avançado, foi observado que aqueles com maior continuidade de cuidado tiveram menos atendimentos de emergência, menor taxa de internações e maiores chances de receber cuidados paliativos adequados. Devemos considerar que muitas informações que o médico possui são de ordem subjetiva e não estarão registradas no prontuário por mais protocolos que os profissionais sigam.

Impactos Psicológicos

A fragmentação no atendimento também tem consequências emocionais. A mudança de profissionais ou a sensação de abandono podem intensificar

sentimentos de insegurança, ansiedade e desamparo, especialmente em momentos de progressão da doença ou transição para cuidados paliativos. Em pesquisa conduzida por Uitterhoeve et al. (2018), pacientes com câncer de mama relataram maior confiança e bem-estar emocional quando percebiam constância na equipe assistencial. Essa confiança influencia diretamente na adesão ao tratamento e na satisfação com o cuidado recebido. Sabemos que o acolhimento do paciente é fundamental e a estabilidade com o mesmo profissional leva a uma maior aderência ao tratamento.

A mudança de profissional em meio ao tratamento pode acentuar quadros de ansiedade, depressão e sensação de desamparo, já descritos como comuns entre pacientes oncológicos, conforme dados do estudo de Walker, M. S., et al. (2020). O profissional que já conhece o paciente e seu contexto social e familiar consegue antecipar dificuldades e contribuir diretamente para o bem-estar emocional do mesmo.

Recomendações para a qualidade assistencial

A continuidade do cuidado em oncologia é um determinante essencial da qualidade assistencial. A ruptura desse processo compromete desfechos clínicos, gera sofrimento psíquico e abre precedentes para responsabilização legal. A criação de protocolos de transição, sistemas de registro integrados e a valorização do vínculo longitudinal entre equipe e paciente são estratégias recomendadas. Profissionais devem ser capacitados para reconhecer os riscos dessas rupturas e garantir a continuidade terapêutica de forma ética e segura. Para além das questões técnicas, a troca de profissional representa uma quebra na continuidade afetiva do cuidado. Em contextos como o da oncologia, onde o sofrimento é parte do processo, o acolhimento e a empatia construídos ao longo do tempo são componentes terapêuticos em si.

Boas Práticas

- Os planos de saúde devem priorizar a manutenção de contratos com prestadores especializados em oncologia e evitar rompimentos durante tratamentos em curso;
- Em caso de necessidade de descredenciamento, deve-se garantir a transição segura e planejada, com transferência ativa de informações clínicas;
- Pacientes devem ser comunicados formalmente, com clareza e antecedência;
- Médicos e instituições devem documentar os riscos da interrupção do vínculo, colaborando com eventuais demandas administrativas ou judiciais.

Concluindo: A manutenção dos vínculos traz saúde ao paciente

O descredenciamento de prestadores de serviço durante o tratamento oncológico não é uma simples mudança administrativa. Representa um risco concreto à saúde, à integridade emocional e ao direito fundamental do paciente à continuidade do cuidado. A legislação brasileira, os princípios éticos e as melhores práticas clínicas convergem para afirmar: o vínculo terapêutico deve ser preservado, especialmente nos momentos mais críticos da jornada do paciente.

Finalizamos com a seguinte frase:

“O vínculo terapêutico é, muitas vezes, tão importante quanto o próprio tratamento é nele que o paciente encontra coragem para continuar.”

Cicely Saunders, fundadora dos cuidados paliativos modernos.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. *Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 1998.


AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *Resolução Normativa nº 465, de 24 de fevereiro de 2021*. Dispõe sobre o Programa de Atenção Primária à Saúde no âmbito da Saúde Suplementar. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 fev. 2021.

HUSSAIN, S. et al. Continuity of care in advanced prostate cancer: association with health care utilization and outcomes. *Journal of Oncology Practice*, v. 17, n. 3, p. e366–e375, 2021.

UITTERHOEVE, R. J. G. et al. High experienced continuity in breast cancer care is associated with high health-related quality of life. *BMC Health Services Research*, v. 18, p. 952, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2925-0>. Acesso em: 11 jun. 2025.

WALKER, M. S. et al. *Psychological distress in cancer patients during physician transitions*. *Psycho-Oncology*, v. 29, n. 4, p. 671–679, 2020.

McCABE, M. S. et al. *Risk-based health care, the cancer survivor, the oncologist, and the primary care physician*. *Seminars in Oncology*, v. 40, n. 6, p. 804–812, 2013. DOI: 10.1053/j.seminoncol.2013.09.004.



RADIOTERAPIA: UM CAMINHO DE CUIDADO, PRECISÃO E ESPERANÇA ALÉM DO DIAGNÓSTICO

RADIOTERAPIA – UM ACOLHIMENTO DE ESPERANÇA EM MOMENTOS DESAFIADORES

Antônio Pedro Ribeiro⁹

Receber um diagnóstico de câncer é, sem dúvida, um dos momentos mais difíceis da vida. É uma fase que traz medo, dúvidas e muitas perguntas. Nesse cenário, a radioterapia surge não apenas como um tratamento eficaz, mas como um gesto de cuidado, um caminho de acolhimento e precisão que pode trazer esperança quando ela mais é necessária.

Este artigo busca ser um guia acolhedor, esclarecendo de maneira simples e empática como a radioterapia pode transformar a jornada de tratamento em uma experiência de confiança e superação.

O Que é a Radioterapia? Desvendando o Tratamento com Luz e Cuidado

A radioterapia é um tratamento que utiliza radiações ionizantes para combater o câncer. Pode parecer algo assustador à primeira vista, mas, na prática, trata-se de um processo silencioso, indolor e altamente controlado. Essas radiações são compostas por fótons, partículas de luz, que, de maneira muito precisa, atingem as células doentes, danificam seu DNA e impedem que continuem crescendo. Costumo dizer que, em última instância, é como oferecer um “banho de luz” direcionado ao que precisa ser tratado.

Quando a Radioterapia é Utilizada?

É um tratamento não invasivo, feito com o objetivo de atingir somente o tumor, preservando ao máximo os tecidos saudáveis ao redor. Em muitos casos, pode ser usada sozinha, com intenção curativa — sua eficácia só perde para a cirurgia. Em outros, atua em conjunto com cirurgias ou quimioterapia: seja antes, para reduzir o tumor (radioterapia neoadjuvante), seja depois, para eliminar células microscópicas remanescentes (adjuvante). Quando a cura já não é possível, a radioterapia continua tendo um papel essencial: alivia sintomas como dor, sangramentos e compressões, devolvendo ao paciente mais conforto, qualidade de vida e dignidade.

⁹ Médico - CRM 5291464. Mestre em Gestão Hospitalar. Radio-oncologista pelo ICAVC SP. Fellowship no MD Anderson. Radio-oncologista na Oncomed São Francisco e na UFRJ. Chefe substituto da radioterapia da UFRJ.

A Jornada do Paciente: Do Planejamento ao Cuidado Contínuo

A radioterapia é muito mais do que sessões de tratamento; é uma jornada cuidadosa, construída passo a passo, com atenção e acolhimento. Tudo começa com a consulta inicial, quando o paciente conhece o médico radio-oncologista que conduzirá seu caso. Esse encontro é técnico, mas também é um momento de escuta e conexão. O médico explica com calma cada etapa, tira dúvidas, reduz aflições e abre espaço para compartilhar medos e esperanças.

Na sequência, iniciamos o planejamento. É aí que entra a parte mais técnica: por meio de exames de imagem e simulações, mapeamos o tumor com precisão e calculamos, milimetricamente, a dose de radiação necessária. Todo esse processo é feito com muito cuidado, sempre com o objetivo de tratar com segurança e preservar o máximo possível dos tecidos ao redor.

Gosto de comparar essa etapa ao trabalho de um engenheiro analisando a planta de uma casa antes de iniciar a construção. Para o paciente, pode parecer um período de espera, mas na verdade estamos nos preparando da melhor forma. Como disse Abraham Lincoln: “Se eu tivesse oito horas para cortar uma árvore, usaria seis para amolar o machado.” Neste momento, estamos amolando o nosso.

As sessões de radioterapia são simples e rápidas. O paciente vai até a clínica, deita-se confortavelmente no aparelho e, em poucos minutos, a aplicação é feita. Não há dor, nem corte, e o corpo não fica radioativo — ou seja, é totalmente seguro abraçar gestantes ou segurar bebês logo após a sessão. Muitos se surpreendem com a leveza do processo, que se encaixa, sempre que possível, na rotina do dia a dia.

Outro ponto fundamental é que ninguém passa por isso sozinho. A equipe da radioterapia é grande e multidisciplinar: médicos, físicos, dosimetristas, técnicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas — cada profissional contribui para um cuidado que vai muito além da doença.

Durante o tratamento, podem surgir efeitos colaterais, que variam conforme a área irradiada e o organismo de cada um. A boa notícia é que temos formas eficazes de lidar com eles, e a equipe está sempre atenta para ajustar o que for necessário. Tudo é tratado com franqueza e respeito, com a escuta ativa que o paciente merece. Nosso compromisso vai além da técnica: é oferecer um cuidado eficaz, humano e gentil.

Uma Jornada de Superação e Confiança

Mais do que uma técnica, a radioterapia faz parte de um processo profundamente humano. Cada etapa envolve escuta, empatia e compromisso com a vida. O tratamento é ambulatorial, o paciente realiza sua sessão e retorna para casa, mantendo sua rotina sempre que possível.

Curiosamente, já presenciei casos em que a radioterapia funcionou como uma espécie de “reabilitação afetiva”. Pacientes em sofrimento emocional, mergulhados em isolamento, passaram a sair de casa, conviver com outras

pessoas enfrentando desafios semelhantes, e, ao final da jornada, descobriram não apenas coragem, mas também novos vínculos, motivação e sentido.

Radioterapia é Cuidado, Ciência e Presença

A radioterapia vai muito além da técnica. Cada sessão, cada gesto da equipe carrega empatia e compromisso com o ser humano. Mais do que destruir células doentes, ela ajuda a reconstruir confiança, devolver autonomia e reacender a esperança.

Ao compreender esse caminho, vemos que ele não precisa ser solitário. É uma jornada feita com ciência, presença e, acima de tudo, com coração. Que este texto possa levar informação, acolhimento e tranquilidade a quem enfrenta essa etapa tão importante do tratamento oncológico.

Por trás de cada exame, de cada máquina e de cada feixe de radiação, existe sempre um propósito maior: cuidar da vida, com precisão, com presença e com amor.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN SOCIETY FOR RADIATION ONCOLOGY (ASTRO). *Radiation Therapy Facts*. 2023.

HALL, E. J.; GIACCIA, A. J. *Radiobiology for the Radiologist*. 8. ed. Wolters Kluwer, 2020.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. *Radioterapia: saiba como funciona esse tratamento o câncer e seus efeitos*. Disponível em: <https://vidasaudavel.einstein.br/radioterapia-saiba-como-funciona-esse-tratamento-contr-o-cancer-e-seus-efeitos/>. Acesso em: 7 jun. 2025.

INSTITUTO ONCOGUIA. *Efeitos colaterais a médio e longo prazo*. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/efeitos-colaterais-a-medio-e-longo-prazo/16846/1346/>. Acesso em: 7 jun. 2025.

INSTITUTO ONCOGUIA. *Possíveis efeitos colaterais da radioterapia*. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/efeitos-colaterais/4632/698/>. Acesso em: 7 jun. 2025.

MSD MANUAL. *Radioterapia para câncer*. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/casa/cancer/prevenção-e-tratamento-do-cancer/radioterapia-para-cancer>. Acesso em: 7 jun. 2025.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). *Clinical Practice Guidelines in Oncology: Radiation Therapy*. 2023.

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. *O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço*. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1845>. Acesso em: 7 jun. 2025.



MEDIAÇÃO DE CONFLITOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA FERRAMENTA PARA GARANTIR A DIGNIDADE E RESPEITO NA SAÚDE

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos ¹⁰

Quando é verdadeira, quando nasce da necessidade de dizer, a voz humana não encontra quem a detenha. Se lhe negam a boca, ela fala pelas mãos, ou pelos olhos, ou pelos poros, ou por onde for. Porque todos, todos, temos algo a dizer aos outros, alguma coisa, alguma palavra que merece ser celebrada ou perdoada pelos demais

Eduardo Galeano

Introdução

Quando falamos de questões relacionadas à saúde/doença, há que se fazer um parêntese, principalmente se forem vinculadas ao diagnóstico de câncer, uma doença que carrega um estigma de que quem tem câncer vai morrer, ou se a descoberta do diagnóstico chega amparada por outro diagnóstico, que a doença não tem cura. Não raro, nesses momentos de fragilidade, de um diagnóstico difícil, abre-se uma janela para questões delicadas que podem gerar conflitos, seja entre pacientes, familiares e profissionais da saúde. E isso pode desencadear mais sofrimento. E é aí que a mediação surge como uma ferramenta essencial para minimizar tensões e promover decisões mais colaborativas e respeitosas.

Na saúde, a mediação pode se dar em diversos níveis, como disputas entre pacientes e instituições de saúde e da assistência, profissionais de saúde e pacientes ou familiares, entre paciente e familiares, entre outros.

O papel da mediação nos cuidados paliativos

Ao longo desta obra, você conhecerá mais sobre o que são os cuidados paliativos e que eles representam um direito humano fundamental, assegurando qualidade de vida para pessoas com doenças graves ou em fase de fim de vida, mas que a preocupação que se tem com essa abordagem, não

¹⁰ Doutoranda e Mestre em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz. Especialista em Mediação de Conflitos com Ênfase em família. Pesquisadora colaboradora do Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Ensp/Fiocruz. Assistente social. Membro do Comitê Técnico Científico da ABRAPAC (Associação Brasileira de Pacientes Com Câncer). Membro da Frente Estadual de Combate ao Câncer de Mama (FECCM/RJ).

é apenas com o processo de morte, mas com cada ciclo da vida e como está sendo vivida, sendo assim, cada uma das esferas da vida do paciente importa: seja física, social, psicológica ou espiritual, todas têm sua importância (WHO, 2020). O paciente é o centro do cuidado. Logo, para olharmos em sua plenitude, precisamos olhar também sua rede familiar e/ou de apoio.

E um dos pilares dos cuidados paliativos é facilitar a comunicação e garantir que todas as pessoas envolvidas sejam ouvidas. Ao entendermos que é considerada fundamental para a existência e continuidade da vida (Araújo; Cardoso, 2007), a comunicação é a principal impulsionadora que possibilita a interação, o crescimento e a sobrevivência entre os humanos.

Situações sensíveis, como a escolha de continuar ou interromper um tratamento, de voltar ou não para casa nos casos de paciente hospitalizado, quem vai realizar os cuidados, ou com quem as crianças vão ficar, podem gerar desentendimentos e muito sofrimento. Nestes casos, a mediação em saúde permite:

- Respeito à autonomia do paciente, garantindo que sua vontade seja considerada nas decisões sobre seu tratamento e questões da vida. O respeito à vontade do paciente e de seus familiares pode gerar conflitos, especialmente quando há divergências sobre tratamentos ou medidas paliativas;
- Alívio ou redução do sofrimento emocional, ao proporcionar um espaço seguro para expressão de sentimentos, preocupações, por meio de uma escuta compassiva e de diálogos francos, expandindo as possibilidades de participação das pessoas na administração de seus próprios conflitos e melhorando a relação interpessoal por meio de uma comunicação mais efetiva;
- Promoção do diálogo entre familiares e profissionais, ajudando a alinhar expectativas e evitar conflitos desnecessários, ou até mesmo de que ambos caiam naquela situação conhecida como “conspiração do silêncio”, que ocorre quando a informação que deve ser comunicada ao(a) paciente é bloqueada por outra pessoa, geralmente um parente próximo, que acredita ser melhor que o(a) paciente não tenha conhecimento da situação real, alegando que o(a) paciente não conseguirá lidar com a verdade. E aqui cabe uma observação importante para evitar a “conspiração de silêncio”, deve-se explicar os benefícios de não negar a informação para a pessoa, uma vez que, se opor firmemente poderá ser prejudicial ao paciente.

Cabe ressaltar que o processo de mediação de conflitos não se estabelece apenas pela resolução de um problema, mas em evitá-lo por meio do diálogo franco e aberto, e tem como preocupação as relações continuadas e vínculos interpessoais ou intergrupais.

Assim, ter profissionais de saúde capazes de desenvolver a habilidade de mediar conflitos é de suma importância, principalmente quando o tempo para a tomada de decisões é curto.

Mediação na saúde em diferentes contextos

A mediação pode ser desenvolvida em diferentes níveis da saúde, incluindo hospitais, unidades especializadas e no suporte domiciliar, na busca de soluções possíveis para um problema. Algumas das principais aplicações incluem:

- Suporte domiciliar: ajuda na organização do cuidado e na comunicação entre familiares e equipe de saúde.
- Equipes multidisciplinares: profissionais de diferentes áreas podem ter abordagens distintas sobre o mesmo caso, e a mediação contribui para uma atuação conjunta e integrada, proporcionando uma abordagem para todas as questões da vida.
- Hospitais e clínicas: a mediação auxilia na comunicação de diagnósticos difíceis e na tomada de decisões que impactarão no futuro, garantindo que os pacientes e familiares compreendam a situação e possam tomar decisões informadas.
- Aspectos jurídicos e bioéticos: questões como a futilidade terapêutica e o direito à morte digna podem gerar conflitos legais e morais, sendo a mediação uma estratégia essencial para equilibrar esses dilemas.

A mediação de conflitos na saúde traz benefícios diretos para todas as pessoas envolvidas. Além de garantir que os direitos do paciente sejam respeitados, ela contribui para um ambiente mais harmonioso dentro das equipes de saúde e promove um cuidado mais humanizado. Ao incentivar a escuta ativa e o respeito mútuo, a mediação fortalece relações e reduz o desgaste emocional em um momento de vulnerabilidade.

A quebra de vínculo não apagou a história¹¹

Quando jovem, Sr. Pereira rompeu o vínculo com suas irmãs, Márcia e Mônica, pois elas não se davam com sua esposa, Roberta. Após uma briga, Pereira e Roberta foram morar distante das irmãs dele. Muitos anos se passaram sem que Márcia e Mônica tivessem qualquer notícia de seu irmão, mesmo tentando localizá-lo.

Até que um dia, quando elas já eram idosas, por intermédio de um vizinho, conseguiram encontrar o irmão que, naquela altura da vida, estava em situação de rua.

¹¹ Para resguardar a identidade das pessoas, os nomes apresentados nesse caso são fictícios.

Elas o levaram para morar juntos. Mas logo ele começou a ter alguns sintomas e elas o convenceram a ir ao médico.

O que ninguém esperava aconteceu, sr. Pereira foi diagnosticado com câncer de intestino já em estágio avançado, com metástase. Ele decidiu que não iria fazer nenhum tipo de tratamento invasivo ou fútil, o que gerou um conflito familiar, já que suas irmãs estavam convictas de que era melhor tentar, ainda que as chances fossem poucas. Logo agora que se reencontraram...

Tendo sua vontade respeitada, sr. Pereira foi encaminhado para os cuidados paliativos, onde recebeu suporte domiciliar dada sua condição clínica e idade. As irmãs seguiam brigando com ele, pois elas queriam ter mais tempo de vida juntos. Sempre que a equipe ia à sua casa, elas discutiam com a equipe porque achavam que os profissionais de saúde não deviam escutar o irmão, mas que precisavam fazer tudo que era possível para curar o irmão.

Mas, mais uma vez, foram surpreendidas com a agressividade da doença e o declínio clínico do irmão.

Após a equipe ouvir atenciosamente o paciente e as irmãs, foi possível levantar os verdadeiros problemas entre eles.

Acolhendo a escuta das irmãs e retirando do contexto a atribuição de culpa que sentiam por terem brigado com o irmão e ele ter passado por tudo o que passou, apresentando as questões de saúde sem mistério, mostrando o que se espera com a evolução da doença e os possíveis caminhos, a equipe de saúde proporcionou aos irmãos que eles pudessem expressar seus sentimentos e traçarem outros caminhos.

Mais adiante, uma nova questão surgiu: impedimento das irmãs para a continuidade do cuidado, por vários motivos: pelo avanço da idade, por fatores de doença de ambas e, principalmente, pelo avanço da doença e da dependência do irmão.

A equipe de saúde apresentou algumas alternativas, mas para elas todas se caracterizavam em abandonar o irmão. Embora ele tenha escolhido ir para uma instituição, pois entendia a condição das irmãs, porém elas não aceitavam.

Mais uma vez, foi ofertada escuta e outras possibilidades. As irmãs não foram convencidas totalmente sobre o processo de institucionalização do irmão querido, mas entenderam que as limitações do cuidado que surgiram e os benefícios que o irmão ganharia ao ir para uma instituição naquele momento, além disso, compreenderam que o vínculo com o irmão não seria quebrado, uma vez que foi garantido a elas a possibilidade de visitas abertas podendo até ficar o dia inteiro com ele.

Assim foi feito, eles conseguiram reestabelecer e fortalecer o vínculo. E sr. Pereira, pouco tempo depois, morreu. Ele antes de morrer, agradece pelo fato ter conseguido se reconciliar com as irmãs.

Em caso de pacientes gravemente enfermos, nem sempre o tempo que se deseja para tomada de decisão é longo, por isso, cada minuto conta para

amenizar possíveis sofrimentos. Cada profissional envolvido no cuidado deve ser uma ponte para a garantia da integridade e dignidade dos(as) pacientes. Entendendo que cada paciente é único(a) e que suas histórias devem ser respeitadas.

Considerações finais

Embora, de fato, ninguém sabe quando vai morrer, isso não deve ser banalizado, ou colocado em xeque, pois nossos(as) pacientes têm no olhar a ampulheta mostrando que estão perto de desaparecer. E que isso pode desencadear diversos conflitos, como: sociais, emocionais, econômicos, espirituais etc. Por vezes, nós profissionais, precisamos trocar a lente para perceber que aquela pessoa, aquela biografia, como diz o Dr. Ernani Mendes, é o amor de alguém. Devemos ter a habilidade de mediar, não de decidir o conflito, mas sim facilita a comunicação, promover o diálogo e auxiliar a cada pessoa envolvida a encontrar soluções, caminhos.

Os cuidados paliativos são uma forma de garantir que pacientes que estão caminhando para o final da vida passem o processo de morrer com dignidade e respeito. A mediação de conflitos, dentro desse contexto, se torna uma ferramenta para promover a compreensão, minimizar tensões e assegurar que todas as decisões sejam tomadas de maneira consciente e colaborativa.

Referências

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, J. M. *Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152 p. (Coleção Temas em Saúde).

BUSTELO ELIÇABE-URRIOL, D. J. *Ensayo, la mediación familiar interdisciplinaria*. 2. ed. Madrid: BMS, 1995. 124 p.

GALEANO, E. *O Livro dos Abraços*. Tradução: Eric Nepomuceno. Brasil: L&PM Editores, 1991.

MENDES, E. C. *Cuidados paliativos (livro eletrônico): reflexões e percepções de um trabalhador do SUS*. Rio de Janeiro: Assertiva Editorial, 2024.

SOUZA, C. A. *Mediação na saúde: parâmetros e adequações*. Tribunal de Justiça de Minas Gerais (TJMG). Disponível em: https://www.tjmg.jus.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8ACC82D28C3C784_A018C4494B7686CF7#:~:text=A%20media%C3%A7%C3%A3o%20permite%20que%20se,si%20pr%C3%B3prios%20de%20suas%20quest%C3%B5es. Acesso em: 9 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. *Global Atlas of Palliative Care at the end of life*. 2. ed. London, UK, 2020.



CUIDADOS PALIATIVOS: UMA QUESTÃO DE DIREITOS HUMANOS

*Ernani Costa Mendes*¹²

Nós defendemos há muito tempo os cuidados paliativos como uma questão de direitos humanos e, conseqüentemente, uma questão de cidadania. Travamos esse debate desde 2017, ano em que defendi a minha tese de doutorado com essa temática, até porque nós estamos vinculados ao Departamento de Direitos Humanos e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública (DIHS/ENSP/Fiocruz). A minha linha de pesquisa no departamento é: Cuidados Paliativos como uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania.

Por que cuidados paliativos são uma questão de direito humano? Porque é uma abordagem em saúde humana, e saúde é um direito fundamental. A saúde, ela forma, juntamente com outros direitos, acesso à moradia, lazer, renda, trabalho, educação, o que nós conhecemos como direitos fundamentais. Os direitos fundamentais estão na principiologia dos direitos humanos. Então, não tem como você pensar em direitos humanos sem a garantia dos direitos fundamentais.

Quando a pessoa não tem acesso aos cuidados paliativos, significa dizer que ela está sendo violentada no seu direito a ter acesso à saúde. Isso é emblemático, mas precisamos começar a pensar sobre isso. Precisamos encarar o cuidado paliativo como uma questão de saúde, como uma questão de direito e como uma questão de cidadania.

E por que é uma questão de cidadania? Porque a pessoa não perde sua cidadania uma vez que está doente. Ela continua sendo um cidadão ou uma cidadã, continua contribuindo com impostos, continua pagando as suas contas, contribuindo com a nação.

Então, o que seria o direito humano? Direitos humanos é um estatuto jurídico para proteção da dignidade humana. A dignidade da vida rola na esteira dos direitos humanos. Não existe vida que faça sentido se a sua dignidade não

¹² Doutor em Ciências da Saúde pela Ensp/Fiocruz com estágio doutoral na Universidade de Coimbra. Coordenador do curso de Especialização em Cuidados Paliativos com ênfase na Atenção Primária à Saúde e do Curso de Especialização em Direitos Humanos, Relações Étnico-raciais e Saúde ambos na Ensp/Fiocruz. Fisioterapeuta da Unidade de Cuidados Paliativos Inca/MS.

for respeitada. Cuidados paliativos é uma possibilidade muito interessante para fazermos o exercício de respeito à dignidade das pessoas.

O privilégio de ser paliativista é desenvolver a habilidade de lidar com pessoas gravemente enfermas. Porque, para além da competência teórica que devemos ter em cuidados paliativos, teremos que desenvolver a habilidade para lidar com pessoas que estão morrendo e com muito sofrimento.

A principal indicação para os cuidados paliativos é o alívio do sofrimento. Essa recomendação está no conceito da OMS. Prevenir e aliviar o sofrimento. Que sofrimento é esse? O sofrimento relacionado com a saúde.

Abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam problemas associados às doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (WHO, s/p, 2002, tradução nossa).

Cicely Saunders, a Dama dos cuidados paliativos, na década de 1960, cunhou o termo Dor Total. Quando ela falava que muitos pacientes evoluíam para esse quadro, estava falando da dor complexa, multidimensional, que o paciente e sua família experimentam no momento de um diagnóstico ou durante a trajetória de uma doença crônica qualquer.

O bom paliativista, obrigatoriamente, deverá fazer uma transgressão de olhar para o trabalho de cuidar de pessoas gravemente enfermas, e lembrar do pedido do Paul Ricoeur, filósofo existencialista francês, que em cuidados paliativos pediu à equipe de saúde que o olhasse como “ainda-vivo e não como “já-morto”.

O cuidado paliativo tem sua origem na Idade Média, quando as freiras levavam os feridos de guerra, os peregrinos, para dentro das hospedarias dos mosteiros, dos conventos e cuidavam deles. Não tinha mofina naquela época. Elas simplesmente cuidavam. E o que elas faziam com aquelas pessoas? Higiene corporal, alimentação e proteção. Essa é a base dos cuidados paliativos (MENDES, 2017).

A história do discurso de direitos humanos em relação aos cuidados paliativos teve o seu início com a filósofa católica Margaret Somerville, no Canadá, em 1982. De lá para cá, só aumentou a discussão de cuidados paliativos com uma questão de direito humano.

Então, racismo, homofobia, xenofobia, fobias diversas, inclusive misoginia, são insultos aos direitos humanos relativamente tornados impróprios pela lei. Claro, apesar de muitas vezes desrespeitados, existe uma legitimação conferida pela norma em muitos países, inclusive no Brasil (MENDES; VASCONCELLOS, 2020).

A finalidade dos direitos humanos é binária. É a proteção da dignidade humana e a prevenção do sofrimento. Direitos Humanos são uma noção complexa e que guardam várias facetas e interfaces que não se esgotam nem na sua dimensão jurídica, nem na sua dimensão ético-moral, e nem na sua dimensão política, e nem na sua dimensão cultural (MENDES; VASCONCELLOS, 2020). Ou seja, não pode se esgotar, porque o mundo se renova, o pensamento muda. No mundo existem quatro sistemas de direitos humanos. Por exemplo, tem um sistema universal que é da Organização das Nações Unidas (ONU), o sistema interamericano, africano, asiático e europeu.

E por que isso? Porque nós temos a questão do multiculturalismo, ou seja, deveremos considerar a diversidade cultural na proteção da dignidade das pessoas, caso contrário corremos o risco de cometermos injustiça. Em suma, quando falamos em diversidade em relação aos direitos humanos estamos falando de cultura.

Consuma-se como uma violação de direito, falta de assistência paliativa para o manejo e controle de sintomas de doenças que cursam para a finitude. Encena e engendra uma perversidade imposta ao ser humano vulnerado (MENDES; VASCONCELLOS, 2020).

Então, o nosso paciente está vulnerado. Vulneração tem origem na palavra latim “vulnerabilis” que significa ferido. Por analogia, nosso paciente, em cuidados paliativos, está marcado, ele está ferido. E a terminalidade e com o seu sofrimento sem o cuidado paliativo destroça a dignidade do ser humano e sua humanidade (MENDES; VASCONCELLOS, 2020).

Dia Mundial dos Cuidados Paliativos

A Organização Mundial de Saúde faz, todo ano, uma campanha sobre os cuidados paliativos. Mas não é uma campanha tão somente para a divulgação. É uma campanha política para disseminação dos cuidados paliativos.

A Assembleia Mundial de Saúde, que acontece em Genebra, todo ano, teve como tema, em 2014, os cuidados paliativos, que gerou a Resolução WHA 67.19: “Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida” que tem sido um marco no desenvolvimento dos Cuidados Paliativos.

A Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) criou o dia mundial dos cuidados paliativos que é comemorado anualmente, no segundo sábado de outubro, com objetivo de promover a importância dos cuidados paliativos em todo o mundo. No ano de 2024, o tema dia mundial dos cuidados paliativos foi “Dez anos após a resolução: como estamos?”

Então, em 2024, a WHPCA fez essa cobrança, Dez anos após a resolução: como estamos?

A Resolução WHA 67.19 alertava ainda que todos os governos deveriam planejar e implementar os programas de cuidados paliativos em todo o sistema de saúde, principalmente, nos programas de saúde pública. A cereja do bolo abordagem paliativa é a assistência domiciliar, porque o paciente mora no território, adscrito em região de saúde. Por tanto, deverá receber os cuidados paliativos em seu ambiente domiciliar.

Então, o cuidado paliativo é um direito humano básico, a gente falou, básico ou fundamental, e um componente essencial dos cuidados integrados durante todo o curso da vida, inclusive no final da vida.

Deve ser fornecido em qualquer ambiente de cuidado de saúde, incluindo hospitais, instalações de cuidados de longa permanência (ILIPS). A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, adotada no âmbito da Organização dos Estados Americanos, em 2015, foi o primeiro tratado multilateral de direitos humanos a exigir expressamente que os Estados tomem medidas para garantir o acesso de idosos à atenção integral (OEA, 2015).

Uma Convenção de Direitos Humanos, tem força de lei, para tanto , precisa ser sancionada pelo Congresso Nacional Brasileiro. Mas já tem jurista no Brasil, no Rio de Janeiro por exemplo, que usa essa Convenção para exigir do Estado a prestação de cuidados paliativos para o idoso. Essa Convenção afirma que o acesso aos cuidados paliativos é uma obrigação legal que o Estado é obrigado a oferecer.

Considerações finais

Cuidados Paliativos como uma questão de direitos humanos é simplesmente uma questão de proteção as pessoas que sofrem com doenças que ameaçam à vida. Adoecer cronicamente sem ter direito aos cuidados paliativos é presenciarmos de perto o processo de violação dos direitos humanos, principalmente em relação ao seu acesso, acessibilidade e integralidade do cuidado. E essa violação alcança prioritariamente os grupos sociais vulneráveis, como mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiências, assim como populações afrodescendentes, impactando negativamente o direito à saúde, propiciando assim, a formação de iniquidade em saúde.

Referências

MENDES, E. C. *Cuidados paliativos e câncer: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania*. Orientador: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos. Coorientador: Mauro Serapioni. Tese (doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017. 266f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24828>. Acesso em 03 jun. 2024.

MENDES, E. C.; Vasconcellos, L. C. F. de (Org.). *Cuidados paliativos: uma questão de direitos humanos, saúde e cidadania*. Curitiba, PR: Appris Editora e Livraria Eireli - 33 ME, 2020. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/24e8814be255e2a724f0a493133156a1.PDF>.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). *Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos*. Washington, D.C. Assembleia Geral nos dias 15 e 16 de junho de 2015. Disponível em: <http://fiapam.org/wp-content/uploads/2015/07/OEA-Convenci%C3%B3n-portugu%C3%A9s.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2019.

RICOEUR, P. *Vivo até a morte : seguido de fragmentos*. [S. l.]: Editora WMF Martins Fontes, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.



FADIGA RELACIONADA AO CÂNCER: COMO A FISIOTERAPIA ATUA NESTA SITUAÇÃO?

*João Carlos Magalhães*¹³

*Danielle de Mello Florentino Tostes*¹⁴

A Fadiga Oncológica é um dos sintomas mais frequentes de pacientes oncológicos, acometendo cerca de 94 %. Os sintomas causam um sentimento angustiante, persistente e subjetivo de cansaço físico, emocional ou cognitivo deixando-o incapacitado de realizar suas atividades diárias (RODRIGUES; LUIZ, 2019). Estudos relataram que a fadiga é multifatorial, e que fatores como aumento das citocinas inflamatórias, redução de níveis de cortisol, baixos níveis de hemoglobina, favorecem o seu surgimento de fatores predisponentes da fadiga oncológica (BORGES et al., 2018).

A fadiga associada ao câncer (FAC) é um sintoma frequente e passível de tratamento, que afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes oncológicos. Os pacientes frequentemente mencionam a fadiga como um dos sintomas mais preocupantes e desgastantes relacionados à doença e ao seu tratamento. Este sintoma se revela como um importante e autônomo indicador de redução da satisfação pessoal e da qualidade de vida dos indivíduos. Embora as diretrizes atuais recomendem uma avaliação regular da FAC, esse sintoma ainda é frequentemente subnotificado e, por várias razões não recebe a atenção terapêutica necessária.

Aproximadamente 50% a 90% dos indivíduos diagnosticados com câncer relatam uma sensação de fadiga, sendo o número superior aplicado a aqueles que estão em tratamento ativo, como quimioterapia e radioterapia. A fadiga pode persistir por meses ou até anos nessa população após o término do

¹³ Fisioterapeuta. Professor no MBA em Auditoria em sistema de saúde, palestrante em congressos Nacionais e internacionais sobre o Direito do paciente com Linfedema; Conselheiro Efetivo do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª região; Representante do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional na ANS; Coordenador da comissão de ações afirmativas, diversidade e equidade; Membro da Comissão Nacional de Diagnóstico e Procedimentos de Fisioterapia; Coordenador dos Representantes Municipais do CREFITO2; Consultor técnico em saúde suplementar.

¹⁴ Fisioterapeuta .Especialização em Fisioterapia Oncológica-INCA; Título de Especialista em Fisioterapia Oncologia-COFFITO ;Mestre em Telessaúde-UERJ; Fisioterapeuta da ONCOMED e Pronco mulher; Colaboradora no grupo de Pesquisa de Cuidados Paliativos e População Negra-FIOCRUZ; Membro da ABFO e da ABRASCI.

tratamento quimioterápico; em um estudo, um terço dos pacientes curados de câncer ainda apresentava fadiga cinco anos após a conclusão dos tratamentos, enquanto outra pesquisa revelou que 60% dos pacientes com doença de Hodgkin que estavam em remissão há cinco anos também relataram fadiga.

Segundo as orientações do National Comprehensive Cancer Network (NCCN), a fadiga associada ao câncer é caracterizada como um sintoma duradouro, manifestando uma sensação subjetiva de cansaço físico, emocional e mental, ou exaustão que está ligada ao câncer ou aos tratamentos recebidos. Essa fadiga não é proporcional ao nível de atividade realizada recentemente e pode afetar a capacidade de funcionar normalmente do paciente.

A patogênese da fadiga associada ao câncer não está totalmente clara, e vários mecanismos podem influenciar seu surgimento. Entre os fatores identificados estão os impactos do câncer e dos tratamentos sobre o sistema nervoso central, o metabolismo muscular, o sono, o ciclo circadiano, os mediadores inflamatórios e de estresse, a ativação do sistema imunológico, além de alterações hormonais que afetam o eixo hipotálamo-hipofisário, menopausa precoce ou privação de andrógenos em homens. A fadiga vinculada ao câncer é bastante frequente em pacientes que passam por radioterapia e em muitos daqueles que recebem modificadores biológicos como interferon e interleucina 2. Fatores que podem ser modificados e revertidos, como hipotireoidismo, depressão e anemia, devem sempre ser avaliados e tratados.

A abordagem inicial para a fadiga relacionada ao câncer (FRC) exige uma compreensão abrangente do paciente sobre seus próprios sinais, o que geralmente requer a elaboração de um tratamento personalizado. As expectativas em relação ao tratamento precisam estar claramente definidas e acordadas para evitar frustrações ou promessas de resultados além do que a terapia pode realmente proporcionar, garantindo assim o sucesso do tratamento estabelecido para cada paciente.

A maior parte das pessoas que enfrentam fadiga pode se beneficiar de intervenções que não envolvem medicamentos. Uma análise de estudos controlados randomizados sobre tratamentos não farmacológicos para a fadiga relacionada ao câncer (FRC) destaca os benefícios da terapia cognitivo-comportamental, atividade física, hipnose, técnicas de relaxamento e educação psicoemocional.

Conforme as orientações mais atualizadas, a forma mais eficiente de lidar com a FRC é por meio da prática regular de atividades físicas. No entanto, apenas uma pequena parcela dos pacientes recebe instruções sobre como instaurar uma rotina de exercícios que seja tanto eficaz quanto adequada ao seu cotidiano. Pesquisas sobre atividades físicas em indivíduos que sofrem de fadiga demonstraram de maneira consistente benefícios no enfrentamento

da fadiga, melhoria na qualidade de vida, aumento da capacidade funcional, diminuição do estresse e alívio de vários outros sintomas.

A prática regular de exercícios aprimora a capacidade funcional e, conseqüentemente, diminui o esforço necessário para realizar tarefas diárias. O tipo de exercício praticado não é tão relevante quanto o simples fato de estar envolvido em uma atividade física. Oferecer ao paciente a oportunidade de escolher a modalidade de exercício que melhor se encaixe em sua rotina, ao mesmo tempo que se disponibiliza informações e incentivo para a realização dessas atividades, é fundamental para alcançar resultados positivos.

As práticas integrativas e complementares, apresentam efeitos positivos para a fadiga, porém associado ao câncer ainda necessita de uma atenção. A acupuntura, a acupressão bem como a acupuntura simulada segundo os estudos, trazem benefício, principalmente em relação a acupuntura isoladamente. precisam ser explorados.

Pacientes em cuidados paliativos experimentam a fadiga bem como outros sintomas como dispneia, edema, falta de apetite, insônia, desidratação, caquexia, secreção nas vias aéreas, pele seca, hipotensão, tosse, refluxo, depressão, ansiedade e delírios, com isso destaca-se a importância do cuidado fisioterapêutico, visando garantir uma melhor qualidade de vida para esses pacientes (MENDONÇA et al., 2021).

O tratamento fisioterapêutico na fadiga oncológica em pacientes nos cuidados paliativos busca a garantia da funcionalidade e independência física (COSTA et al., 2016). O controle da dor é umas das funções nesse contexto, assim como a aplicação de técnicas de terapia manual, cinesioterapia e técnicas de relaxamento são utilizadas para amenizar os sintomas. Os exercícios de manutenção, ganho de força, atividades de descarga de peso, alongamentos podem ser inseridos. (COSTA et al.,2017).

A fadiga contribui para a redução da atividade física, perda de massa muscular e da força muscular. A prática de exercícios físicos possibilita a melhora da capacidade física, associada a treinos de baixa e moderada intensidade de forma bem específica, respeitando e considerando o estágio da doença e o tratamento vigente (RODRIGUES; LUIZ, 2019).

Segundo Ester et al., (2021) em seu estudo realizado por meio de uma intervenção que aplicou atividade física, nutrição e gerenciamento de sintomas paliativos, observou que a carga dos sintomas e a qualidade de vida se manteve estável, entretanto, observou-se que o cansaço reduziu significativamente. O estudo de Pyszora et al., (2017) corrobora com esses achados e os estudos das intervenções fisioterapêuticas para fadiga relacionada ao câncer são realizados a partir da aplicação de programas de fisioterapia com duração de 30 minutos, 3 vezes por semana, durante 2 semanas, demonstrou-se

uma eficácia significativa. No programa aplicado por Ester et al., (2021) através de um protocolo de 12 semanas, com aulas de exercícios, verificou-se uma redução efetiva na fadiga, cansaço, depressão, dor e aumentos de energia e bem-estar dos participantes. Já o programa proposto por Pyszora et al., (2017) incluiu exercícios físicos nos membros superiores e inferiores, com relaxamento miofascial, FNP, treino de força, exercícios de equilíbrio, respiração, resistência, aeróbicos e com pesos, levando em conta as limitações de cada paciente. Os resultados mostraram a alta eficácia proposta, mas foi importante incluir exercícios simples e fáceis de memorizar. Poort et al., (2017) avaliou 51 pacientes com métodos de terapia exercícios graduados, terapia cognitivo comportamental e tratamento usual. Observou que exercícios graduais como treinos aeróbicos e de resistência, juntamente com a terapia cognitivo comportamental e tratamento usual parecem promissores na redução da fadiga. Os mesmos achados são encontrados no estudo de Poort et al., (2020) que avaliou durante 14 semanas, 134 pacientes gravemente fadigados e utilizou por meio da terapia cognitivo comportamental (TCC) e terapia de exercícios graduados (TEG), onde foi possível verificar uma melhora significativa no funcionamento emocional e qualidade de vida, reduziu a fadiga, dos pacientes por meio do TCC, e viu que foi necessário melhorar as intervenções na terapia de exercícios graduados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados, observou-se que promover a qualidade de vida ao paciente em cuidados oncológicos visa minimizar os sintomas apresentados e promover a sua qualidade de vida ao longo de sua jornada de tratamento inclusive em sua finitude. Os cuidados paliativos devem ser realizados por meio de uma assistência humanizada, sendo realizado através da equipe multidisciplinar. A fisioterapia potencializa a promoção da redução do estresse e da fadiga através de programas de reabilitação desses pacientes. A atuação profissional do fisioterapeuta na assistência ao paciente oncológico e em cuidados paliativos, é de fundamental importância, pois através de suas estratégias de trabalho, é capaz de promover o alívio da dor e de outros sintomas promovendo uma melhor qualidade de vida. A inserção do fisioterapeuta é voltada para fornecer auxílio na preservação da vida do paciente, amenizar os sintomas e estimular a sua independência funcional.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, FA. *Percepção de fisioterapeutas sobre aspectos bioéticos em cuidados paliativos*. Revista Bioética, v. 29, p. 107-114, 2021.

ALVES, AF et al. *Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos sob*

cuidados paliativos frente às intervenções de fisioterapia. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 6, p. 23965-23976, 2021.

BERGMANN, ANKE. *Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2000.

LARUN L, BRURBERG KG, ODGAARD-JENSEN J, PRICE JR. *Exercise therapy for chronic fatigue syndrome*. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Apr 25;4(4):CD003200. doi: 10.1002/14651858.CD003200.pub7. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2019 Oct 02;10:CD003200. doi:10.1002/14651858.CD003200.pub8. PMID: 28444695; PMCID: PMC6419524.

MCGETTIGAN M, CARDWELL CR, CANTWELL MM, TULLY MA. *Physical activity interventions for disease-related physical and mental health during and following treatment in people with non-advanced colorectal cancer*. Cochrane Database Syst Rev. 2020 May 3;5(5):CD012864. doi: 10.1002/14651858.CD012864.pub2. PMID: 32361988; PMCID: PMC7196359.

WISKEMANN J, HUMMLER S, DIEPOLD C, KEIL M, ABEL U, STEINDORF K, BECKHOVE P, ULRICH CM, STEINS M, THOMAS M. *Positive study: physical exercise program in non-operable lung cancer patients undergoing palliative treatment*. BMC Cancer. 2016 Jul 19;16:499. doi: 10.1186/s12885-016-2561-1. PMID: 27430336; PMCID: PMC4949758.



NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA – UM DIREITO NEGLIGENCIADO NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER

Patrícia Arraes¹⁵

Prevenção, suporte e sobrevida: o papel do acesso alimentar e nutricional desde o diagnóstico

A nutrição é uma das ferramentas mais importantes e, ao mesmo tempo, mais negligenciadas no enfrentamento do câncer. Dados recentes de estudos internacionais revelam que pacientes com câncer que recebem suporte nutricional adequado podem ter um aumento significativo na sobrevida. Em uma análise publicada na revista *Clinical Nutrition* (Arends et al., 2017), foi observado que pacientes acompanhados nutricionalmente apresentaram sobrevida média de até 20,9 meses, enquanto pacientes sem acompanhamento adequado ficaram limitados a 13,4 meses, e aqueles que apresentam maiores percentuais de perda de peso e diminuição da massa muscular tendem a ter piores prognósticos, com estimativa de vida diminuída a 4,3 meses.

Além disso, a presença de um nutricionista na equipe de cuidados aumenta em até 35% a chance de o paciente completar o tratamento sem interrupções, conforme demonstrado em estudos conduzidos no contexto europeu e validados por diretrizes como as da ESPEN e BRASPEN.

A desnutrição em pacientes oncológicos está associada a maior incidência de efeitos adversos, maior risco de internações, perda de resposta ao tratamento e até aumento da mortalidade. Já o suporte nutricional precoce, ainda na fase de diagnóstico, é capaz de preservar a funcionalidade do paciente, melhorar a tolerância às terapias e manter a qualidade de vida durante e após o tratamento.

¹⁵ Especialista em Nutrição Clínica, Terapia Nutricional Enteral e Parenteral e Oncologia. Palestrante. Diretora INPAR – Instituto Patrícia Arraes, cursos, mentorias e nutrição oncológica Idealizadora CONNUT.ON, Primeiro congresso online de Nutrição Oncológica Brasil e do Nosso Dia Pink, evento presencial destinado à pacientes e familiares, Niterói, RJ. Nutricionista Oncológica nas clínicas Oncomed e ProOnco Mulher, Palestrante, Consultório particular, atendimentos remotos e presenciais Professora Pós Graduação Nutmed Cursos – Rio de Janeiro.

Esses dados reforçam que a nutrição não é um adjuvante – é um componente terapêutico com impacto direto em desfechos clínicos e em meses de vida vividos com qualidade.

O presente documento tem como objetivo apresentar aos operadores do Direito os fundamentos científicos, legais e éticos que sustentam a inclusão obrigatória da nutrição como parte do cuidado oncológico integral, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) quanto nos serviços privados.

Obesidade, câncer e desigualdades raciais e sociais

A obesidade, além de ser fator de risco para pelo menos 13 tipos de câncer (como mama, endométrio, fígado, esôfago, cólon, pâncreas), está associada à inflamação crônica sistêmica. O tecido adiposo visceral libera citocinas inflamatórias como TNF-alfa, IL-6 e leptina, que promovem um microambiente pró-tumoral, disfunções metabólicas, resistência à insulina e comprometimento da imunovigilância contra células tumorais.

Estudos recentes apresentados na ASCO 2025 demonstram que o controle da obesidade através de agonistas do receptor de GLP-1 (como semaglutida) pode reduzir o risco de desenvolvimento de 13 tipos de câncer em populações de alto risco. Essa evidência reforça que o controle de peso não é apenas uma questão metabólica, mas também uma estratégia de prevenção oncológica primária.

Além disso, estudos de coorte observacionais e metanálises (INCA, WCRF, JAMA Oncology) indicam que mulheres obesas são mais frequentemente diagnosticadas em estágios mais avançados de câncer, em especial os de mama, endométrio e ovário. Isso ocorre por múltiplos fatores: menor acesso ao rastreamento, subestimação dos sintomas, menor acurácia dos exames físicos e exames de imagem menos sensíveis em pacientes com alto IMC.

Outro fator preocupante é o aumento exponencial da incidência de cânceres em pessoas com menos de 50 anos. Projeções globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que o número de casos de câncer aumentará em até 77% até 2050, sendo os cânceres colorretais, de mama e pâncreas os de maior crescimento entre adultos jovens.

Parte desse aumento está relacionado ao consumo excessivo de alimentos ultraprocessados, que comprometem a integridade da microbiota intestinal e induzem inflamação crônica. Dados apresentados na ASCO 2025 demonstraram que indivíduos com dietas ricas em ultraprocessados apresentam microbiotas disbióticas, com menor diversidade e predomínio de cepas pró-inflamatórias, o que está diretamente associado à maior incidência de câncer de cólon em jovens adultos.

Esse cenário alerta para a necessidade urgente de políticas públicas de **educação nutricional, rotulagem clara dos alimentos, regulamentação da**

publicidade de ultraprocessados e incentivo ao consumo de alimentos in natura, especialmente entre a população mais jovem.

A ausência de leis efetivas de proteção ao consumidor, como a exigência de rótulos frontais de advertência sobre riscos à saúde, representa uma omissão do Estado na contenção de fatores alimentares que promovem doenças crônicas e câncer.

A sarcopenia (perda e enfraquecimento do percentual de massa muscular corporal), por sua vez, é outro eixo de vulnerabilidade que se agrava na obesidade oculta (sarcopenia obesidade). Dados apresentados na ASCO e publicados em *The Lancet Oncology* mostram que pacientes com sarcopenia ao diagnóstico têm:

- Maior taxa de interrupção do tratamento (até 4x mais);
- Aumento de toxicidades hematológicas e gastrointestinais (inclusive com maior risco de neutropenia de grau 3/4);
- Pior resposta tumoral;
- Redução significativa da sobrevida global e livre de progressão.

Mesmo pacientes com IMC normal podem apresentar sarcopenia, o que reforça a importância de avaliação de composição corporal e não apenas do peso. A massa magra tem papel central na resposta imunológica, metabolismo de fármacos e capacidade funcional.

Portanto, obesidade, sarcopenia, inflamação e alimentação ultraprocessada compõem um cenário metabólico e social complexo, que exige atuação integrada de profissionais de saúde, políticas públicas e respaldo jurídico.

O Direito deve compreender que esses fatores não são escolhas individuais isoladas, mas consequências de um ambiente alimentar hostil, desigualdades estruturais e omissões institucionais que precisam ser enfrentadas com ações concretas e compromisso com a vida.

Mulheres Negras, Obesidade e Câncer: Uma Intersecção de Desigualdades

A obesidade afeta desproporcionalmente as mulheres negras no Brasil. Fatores como racismo estrutural, insegurança alimentar, menor acesso a cuidados de saúde, e barreiras econômicas tornam a alimentação saudável e o acompanhamento médico preventivo menos acessíveis a essa população.

Além disso, a obesidade é um fator de risco conhecido para vários tipos de câncer — inclusive os mais incidentes entre mulheres negras, como o câncer de mama e o câncer do colo do útero. No entanto, o sistema de saúde muitas vezes ignora essas relações complexas, e a ausência de estratégias voltadas à realidade das mulheres negras contribui para que seus cânceres sejam frequentemente diagnosticados em estágios mais avançados.

O corpo negro feminino sofre um duplo apagamento: invisível na prevenção e culpabilizado no tratamento. É papel do Direito combater esse ciclo, garantindo políticas públicas mais justas, campanhas educativas inclusivas e responsabilização de serviços que falham na equidade racial e alimentar.

DADOS E EVIDÊNCIAS (resumo para uso técnico e jurídico):

1. Prevalência aumentada de obesidade entre mulheres negras

- Segundo o IBGE e o VIGITEL, mulheres negras (pretas e pardas) apresentam índices mais altos de obesidade do que mulheres brancas.
- Isso se relaciona com fatores socioeconômicos, barreiras no acesso a alimentos saudáveis, discriminação no sistema de saúde e insegurança alimentar.

2. Obesidade como fator de risco para câncer

- A obesidade está associada ao risco aumentado de câncer de mama pós-menopausa, endométrio, colo do útero, fígado, cólon, entre outros.
- Mulheres negras tendem a ter cânceres mais agressivos (como o tipo triplo negativo de mama), que não estão tão ligados a hormônios — mas a obesidade crônica pode agravar o quadro inflamatório sistêmico e acelerar progressão tumoral.

3. Diagnóstico tardio: a combinação da obesidade com desigualdades raciais

- Estudos brasileiros (como o da Fiocruz e do INCA) mostram que mulheres negras são menos rastreadas, diagnosticadas mais tarde e tratadas de forma desigual.
- A obesidade agrava esse quadro ao mascarar sinais físicos (ex: nódulos menos palpáveis em mamas densas), dificultar exames, e ser estigmatizada como “culpa da paciente”.

4. Vulnerabilidades interseccionais

- Mulheres negras sofrem intersecções de raça, gênero, classe e corpo, sendo frequentemente culpabilizadas, invisibilizadas ou mal atendidas nos serviços de saúde.
- A ausência de políticas específicas que integrem raça e nutrição no cuidado oncológico é uma falha de equidade.

A mulher após o câncer de mama: bloqueios hormonais, sobrepeso e invisibilidade

Mulheres em uso de bloqueios hormonais como tamoxifeno, anastrozol ou letrozol enfrentam ganho de peso, perda muscular, insônia, dores articulares, resistência insulínica e inflamação. Essas mudanças corporais, somadas ao abandono assistencial, aumentam o risco de recidiva e reduzem a qualidade de vida.

Apesar disso, muitas não têm acompanhamento nutricional após o tratamento e são tratadas como “curadas”. A ausência de cuidado reforça a invisibilidade e fragiliza sua recuperação.

A nutrição no pós-tratamento é uma aliada para controle de peso, melhora do metabolismo e enfrentamento dos sintomas da menopausa induzida. O sistema de saúde e o Direito devem garantir que essas mulheres tenham acompanhamento contínuo e especializado.

Nutrição como direito garantido

A Constituição Federal, em seus artigos 6º e 196, assegura o direito à saúde e à alimentação adequada. As políticas públicas – como a PNAN (Política Nacional de Alimentação e Nutrição) e a PNPCC (Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer) – reforçam a obrigatoriedade da atenção nutricional como parte do cuidado integral.

Negar suporte nutricional a um paciente em tratamento oncológico pode configurar omissão institucional, passível de responsabilização. A atuação jurídica é essencial para garantir que o tratamento seja completo.

O que o advogado pode (e deve) observar

- O paciente foi avaliado nutricionalmente desde o diagnóstico?
- Houve acompanhamento por nutricionista ao longo do tratamento?
- Houve prescrição de suplementos ou fórmulas e negação por parte do plano de saúde?
- Existe protocolo institucional que inclua o cuidado nutricional?
- A paciente em bloqueio hormonal está recebendo suporte adequado?

Frente a essas situações, o advogado pode:

- Acionar o Ministério Público por omissão assistencial;
- Judicializar pedidos de acesso a suplementos e dietas;
- Solicitar inclusão de nutricionistas por meio de ofícios administrativos;
- Atuar nos conselhos de saúde e comissões hospitalares pela inclusão da nutrição nos fluxos.

Iniciativas legais e institucionais de apoio à nutrição em oncologia no Brasil

1. Lei nº 14.758/2023 – Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC)

Sancionada em dezembro de 2023, esta lei estabelece diretrizes para a prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre seus objetivos, destaca-se a garantia de acesso ao cuidado integral, incluindo o acompanhamento por profissionais de nutrição, reconhecendo a importância da terapia nutricional no tratamento oncológico.

2. Projeto de Lei nº 1862/2024 – Programa Nacional de Combate à Desnutrição Oncológica

Aprovado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados em abril de 2025, este projeto visa assegurar nutrição adequada para pacientes oncológicos de baixa renda. O programa propõe:

- Rastreamento de déficits nutricionais antes e durante o tratamento;
- Acompanhamento do estado nutricional do paciente;
- Garantia de acesso a tratamento especializado para prevenção ou controle de déficits nutricionais, quando houver indicação técnica.
- A proposta ainda tramita nas comissões de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

Iniciativas Institucionais

1. Instituto Nacional de Câncer (INCA)

O INCA desenvolve ações de prevenção e controle do câncer, incluindo orientações sobre alimentação saudável como forma de reduzir o risco da doença. O instituto também disponibiliza materiais educativos sobre nutrição e câncer para profissionais de saúde e para a população em geral.

2. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC)

A SBOC lançou o "Guia de Nutrição para o Oncologista", que aborda a importância do suporte nutricional durante o tratamento do câncer, incluindo conceitos como caquexia, sarcopenia e obesidade. O guia serve como orientador para que médicos oncologistas integrem a nutrição ao plano terapêutico dos pacientes.

Organizações da Sociedade Civil

1. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE)

A ABRALE oferece apoio nutricional gratuito a pacientes com câncer hematológico, promovendo encontros, palestras e materiais educativos sobre a importância da alimentação adequada durante o tratamento.

2. Instituto Ronald McDonald

Focado no câncer infantojuvenil, o instituto coordena programas que oferecem hospedagem, alimentação e apoio psicossocial para crianças e adolescentes em tratamento, além de suas famílias, contribuindo para a adesão ao tratamento e a melhora na qualidade de vida.

Conclusão: comer é sobreviver, prevenir é dever coletivo

A nutrição oncológica precisa ser compreendida como parte indissociável do tratamento, mas também como ferramenta de prevenção de novos casos, agravamentos e desigualdades. Comer é ato para resistência, suporte, força mas sobretudo dignidade na jornada oncológica.

O crescimento alarmante da incidência de câncer – com previsão de aumento de 77% até 2050 – impõe uma responsabilidade urgente e compartilhada entre profissionais de saúde, gestores públicos, educadores, juristas e toda a sociedade civil.

Os custos do câncer para o sistema público de saúde são altíssimos. Mas os impactos emocionais e sociais para os pacientes e suas famílias são ainda mais devastadores – muitas vezes evitáveis com educação alimentar, rotulagem adequada, acesso a alimentos in natura e políticas públicas que privilegiem desde o cuidado preventivo até o tratamento.

Precisamos atuar de forma integrada e estratégica: do rastreamento precoce ao tratamento humanizado, da mesa do paciente ao tribunal de Justiça. A defesa da nutrição é também a defesa da vida, da dignidade e da equidade.

Unir profissionais do Direito e da Saúde é fundamental para garantir que nenhum paciente seja negligenciado, que nenhum prato esteja vazio diante do câncer – e que cada cidadão tenha o direito à informação, cuidado e não adoecimento.

Referências

- AREND, J. et al. *ESPEN expert group recommendations*. Clinical Nutrition, 2017.
- ESPEN. *Guidelines on nutrition in cancer patients*. 2021.
- NCCN. *NCCN Guidelines®: Cancer-Associated Malnutrition*. 2023. Disponível em: <https://www.nccn.org>. Acesso em: 11 jun. 2025.
- BRASPEN; ABRAN. *Diretrizes brasileiras de nutrição em oncologia*. 2021. Disponível em: <https://www.braspen.org.br>. Acesso em: 11 jun. 2025.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer report 2024: Global cancer projections to 2050*. Geneva: WHO, 2024.
- AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY – ASCO. *Abstracts sobre GLP-1, ultraprocessados e câncer em jovens adultos*. 2025. Disponível em: <https://www.asco.org>. Acesso em: 11 jun. 2025.

JAMA ONCOLOGY. *Association of obesity with cancer diagnosis stage and survival*. JAMA Oncology, 2022.

THE LANCET ONCOLOGY. *Sarcopenia and chemotherapy outcomes in oncology patients*. The Lancet Oncology, 2023.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. *Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective*. Continuous Update Project Expert Report, 2018. Disponível em: <https://www.wcrf.org>. Acesso em: 11 jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – INCA. *Atlas da mortalidade por câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acesso em: 11 jun. 2025. 44

BRASIL. Lei nº 14.758, de 22 de dezembro de 2023. Institui medidas para o enfrentamento do câncer. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2023.

BRASIL. Projeto de Lei nº 1.862, de 2024. Dispõe sobre políticas públicas para nutrição oncológica. Disponível em: <https://www.camara.leg.br>. Acesso em: 11 jun. 2025.



INVISÍVEIS NA DOR: O DESAFIO DE CUIDAR DE QUEM CUIDA

*Solange da Cunha Pacheco*¹⁶

Os cuidados com o paciente oncológico muitas vezes recai a um familiar próximos que pode ser o cônjuge, pais, filhos e irmãos. Esses cuidadores informais exercem papel fundamental no tratamento, que passa pelo conforto físico e ultrapassa o suporte emocional do paciente. No entanto, essa dedicação intensa e contínua tem um custo: a invisibilidade social, emocional e institucional desse cuidador, que tem uma missão essencial na atenção ao paciente com câncer, influenciando diretamente no seu completo bem-estar.

Atualmente, a maioria dos tratamentos do câncer é realizado em regime ambulatorial. O que significa que pode ser necessária a presença de um acompanhante para ajudar nos cuidados diários do paciente, que muitas das vezes, passa a ser aquele que está por perto, um familiar. Esse cuidador acaba assumindo diferentes papéis, que vão se modificando durante o tratamento da doença.

O cuidador, de certa forma tem grande influência sobre como o paciente com câncer vai lidar com a doença. Sua maneira de encarar, o incentivo e apoio são fundamentais, ajudando inclusive no seguimento correto do esquema de tratamento proposto e nos cuidados adicionais, com a alimentação, banho, realização de atividades físicas e nos momentos de descanso, assim como nas atividades mais complexas como agendamento de consultas e o tratamento, problemas e burocracias dos planos de saúde ou do SUS. O cuidador acaba assumindo todas as necessidades do paciente.

É muito comum que o cuidador acabe deixando de lado parcialmente ou as vezes totalmente, sua vida profissional, por determinado tempo para

¹⁶ Advogada do Escritório Motta e Assumpção Advogados Associados, Presidente da Comissão de Defesa dos Direitos dos Pacientes Oncológicos e em Cuidados Paliativos - OAB/RJ; Presidente da Comissão de Direito Médico e da Saúde – OAB/Niterói, Palestrante, Pós-Graduação em Direito Civil, Processo Civil e Empresarial pela FESUDEPERJ; Especialista em Direito Médico e da Saúde, Direito do Trabalho e Processo do Trabalho pela Universidade Cândido Mendes, Autora do Livro: De Bem com a minha careca; Coordenadora e Coautora do livro: Reflexões Jurídica em Direito Médico e da Saúde; Coautora dos livros: Seleção de Artigos Jurídicos da ABA/RJ; Coautora do livro O Direito em Movimento e Palestrante.

se dedicar aos cuidados exclusivos do doente, negando oportunidades de trabalho, trabalhando menos horas, ou até se aposentando mais cedo para atender as demandas do paciente.

Invisibilidade dos Cuidadores: O Sofrimento Oculto

Os cuidadores apesar de protagonistas no dia a dia do cuidado, são invisibilizados não só pela própria família, mas também diante das políticas públicas, das equipes de saúde. Existe uma falta de reconhecimento de todas as esferas desse indivíduo que assume a responsabilidade pelo cuidado de paciente com câncer, algumas vezes, sem ter com quem dividir esse encargo ou mesmo compartilhar tantas demandas, podendo levar a consequências adversas para o cuidador.

Apesar de sua contribuição essencial, muitos cuidadores não recebem qualquer suporte ou auxílio de membros da família ou institucional, o que pode levar a uma sobrecarga com consequências diversas para aquele que assumiu a posição de cuidador.

São bem escassas as iniciativas que os reconhecem como sujeitos que também precisam de cuidados. A sobrecarga física e emocional é acentuada pela ausência de reconhecimento, pela sensação de impotência diante da doença grave em alguém tão próximo, por diversos motivos, seja pela culpa de não “poder adoecer”, porque precisa cuidar daquele paciente, priorizando sua saúde e sua vida, negligenciando seus próprios cuidados, o que os torna ainda mais vulneráveis.

Tudo isso, soma-se a ideia de finitude que o coloca num lugar insano de responsável pela vida daquele doente, aliado ao sofrimento de pensar em perder aquela pessoa amada, alguém tão importante em sua vida. Está comprometido para que tudo corra bem durante o tratamento, sem qualquer intercorrência. O que muitas vezes não acontece, por conta dos efeitos adversos do tratamento oncológico, frustrando-o.

O cuidador familiar tem uma cobrança pessoal, além das cobranças externas dos demais familiares, que aparecem como visitas apenas, mas questionam o tratamento, fazem cobranças, ou dão sugestões, sem se preocupar em se colocar no lugar de quem está na linha de frente, sem ter a sensibilidade de escutar suas angústia e necessidades pessoais.

Iniciativas recente brasileiras como a Política Nacional de Cuidados Paliativos (2024) demonstram que esses cuidadores vivenciam altos níveis de estresse, ansiedade, depressão, e desgaste físico, além de enfrentarem problemas econômicos decorrentes da dedicação integral ao paciente.

Impactos Psicológicos, a Negligência Institucional e Familiar

Estudos indicam que o estresse vivenciado pelo cuidador durante o tempo que se dedica aos cuidados do seu familiar adoecido se equipara ao

transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). A tristeza, angústia e sensação de impotência diante da doença do ente querido, somado à responsabilidade contínua do cuidado, contribui para o adoecimento também do cuidador, o que na maioria das vezes não é percebido por ninguém, já que o foco é tratar e salvar a vida do paciente oncológico. No entanto, mesmo diante desse sofrimento, poucos cuidadores têm acesso a acompanhamento psicológico.

Os cuidadores sem esse respaldo das instituições, ou da própria família, vão se socorrer em algum tipo de apoio, seja na espiritualidade, ou mesmo contratando suporte de cuidador particular, quando viável economicamente. Utilizando estratégias para sua própria sobrevivência ao se dar conta dessa necessidade, a fim de mitigar os efeitos negativos da sobrecarga emocional e física, porque são postos com o encargo de cuidar, muitas vezes sozinho do paciente e abandonados pela própria família e pelas instituições.

Nota-se que a maioria dos cuidadores familiares são do sexo feminino: mães, filhas ou esposas, refletindo padrões socioculturais que atribuem as mulheres essa responsabilidade pelo cuidado. O que provoca uma distribuição desigual, contribuindo ainda mais para invisibilidade do cuidador, que muitas das vezes é considerada a extensão das responsabilidades femininas.

A literatura confirma que a maioria dessas cuidadoras, em geral, estão na faixa etária de 50 anos que assumem essa tarefa tão complexa, sem apoio adequado e de forma prolongada, gerando fadiga, sofrendo restrições sociais, financeiras, profissionais e isolamento, além de perdas de renda e diminuição de perspectiva de progressão profissional. Essa invisibilidade compromete sua identidade e o seu reconhecimento social.

Recentemente o Ministério da Saúde, por meio de política de Cuidados Paliativos, já prevê o fortalecimento de ações voltadas a cuidadores, inclusive suporte psicossocial e orientação clínica. Entretanto, a implementação dessa política pública ainda é muito embrionária necessitando que se expanda por todas as regiões do país, já que a doença não escolhe os indivíduos que serão acometidos pelo câncer ou outras doenças graves que necessite de suporte por cuidador.

O cuidador precisa ser cuidado, pois adoce juntamente com o paciente, emagrece da mesma forma porque deixa de se alimentar, de realizar atividades físicas, de se relacionar com amigos, de sair para se divertir, ir a festas, praia, cinema. Deixa de se socializar, vivendo apenas em função de cuidar do doente, obstinado em fazer o melhor para que tudo corra bem no tratamento, negligenciando sua própria saúde física e mental.

É necessário que se implementem intervenções com suporte psicológico, capacitação, inclusão e implantação de redes de apoio a esses cuidadores que é fundamental para reduzir a sobrecarga e promover o seu bem-estar. Essa capacitação dos cuidadores é crucial, já que muitas vezes, assumem esse

lugar sem qualquer preparo para lidar com a complexidade do tratamento oncológico. A falta dessa capacitação e de orientação adequada pode levar a erros importantes comprometendo o tratamento do paciente, como na administração de medicamentos, cuidados com a higiene e alimentação, contribuindo para o aumento da sua sobrecarga emocional.

Considerações Finais

Cuidar de um paciente com câncer não pode significar o adoecimento silencioso de quem cuida. A invisibilidade do cuidador precisa ser rompida por meio de políticas públicas robustas, ações institucionais, reconhecimento legal, apoio contínuo de outros familiares ou suporte de cuidador profissional.

É preciso enxergar o cuidador como alguém que também precisa ser cuidado. A dignidade do cuidado passa, necessariamente, pela dignidade de quem cuida.

A presença de uma rede familiar e institucional de apoio é essencial para que o cuidador possa exercer sua função de forma menos solitária. A divisão de tarefas, o revezamento entre familiares, o acesso a cuidadores profissionais e a formação de grupos de apoio são medidas necessárias e expressamente recomendadas por especialistas em saúde mental e atenção domiciliar.

Iniciativas incipientes de algumas instituições que apresentam projetos para tratar também do cuidador, já oferecem alguns recursos que ajudam os cuidadores a entender melhor seu papel e a buscar suporte, isso já é um começo, mas não é tudo.

É preciso entender que o cuidador é o elo invisível, porém essencial, que sustenta com amor, sacrifício e resiliência o percurso do paciente oncológico, mesmo quando a dor permanece silenciosa e negligenciada.

Referências Bibliográficas

AMUCC – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PORTADORES DE CÂNCER. *Cuidadores de pacientes com câncer: como cuidar do físico e emocional?* [20--?]. Disponível em: <https://www.amucc.org.br>. Acesso em: 6 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS*. Brasília: MS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 6 jun. 2025.

CEONC – CENTRO DE ONCOLOGIA DO PARANÁ. *Janeiro Branco prioriza a saúde mental no cuidado oncológico*. [20--?]. Disponível em: <https://ceonc.com.br>. Acesso em: 6 jun. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Cartilha para cuidadores de pessoas com câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acesso em: 6 jun. 2025.

INSTITUTO ONCOGUIA. *Como cuidar de quem cuida?* [20--?]. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br>. Acesso em: 6 jun. 2025.

PROJETO CUIDAMOS JUNTOS. *Dicas para cuidadores de pacientes oncológicos.* [20--?]. Disponível em: <https://www.cuidamosjuntos.com.br>. Acesso em: 6 jun. 2025.

SILVA, L. M. da et al. *Necessidades de cuidadores familiares de pacientes oncológicos em cuidados paliativos: revisão integrativa.* Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 66, e-102231, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 6 jun. 2025.



PRESERVANDO SONHOS: O DIREITO À CRIOPRESERVAÇÃO DE ÓVULOS EM PACIENTES ONCOLÓGICAS

*Renata Muniz Fonseca Fernandes*¹⁷

A descoberta de um diagnóstico de câncer é, por si só, uma experiência desafiadora e emocionalmente devastadora. Quando essa realidade se abate sobre mulheres em idade fértil, surge uma preocupação adicional: a possibilidade de perder a capacidade de gerar filhos devido aos efeitos adversos dos tratamentos oncológicos, especialmente a quimioterapia. Neste cenário, a criopreservação de óvulos emerge como uma ferramenta crucial, tanto do ponto de vista médico quanto dos direitos humanos e jurídicos, oferecendo esperança e preservando o sonho da maternidade.

A capacidade reprodutiva é um elemento essencial para a realização pessoal e para o equilíbrio psíquico. No Brasil, o direito à reprodução assistida, que inclui a criopreservação de óvulos, integra o planejamento familiar e é reconhecido como uma extensão dos direitos fundamentais. No contexto das pacientes oncológicas, esse tema se torna ainda mais relevante por proporcionar uma chance de maternidade futura, mesmo em meio às adversidades do câncer.

Para uma paciente oncológica, a preservação da fertilidade não é apenas uma questão médica, mas uma questão ética profunda. Oferecer a estas mulheres a oportunidade de um futuro reprodutivo, mesmo diante do câncer, é respeitar seu direito à maternidade e à continuidade de um projeto de vida que a doença tenta interromper.

O impacto psicológico da infertilidade induzida por tratamentos oncológicos pode ser devastador. A possibilidade de criopreservar óvulos antes

¹⁷ Advogada Especialista em Direito Médico e da Saúde pelo Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra, Portugal, Pós graduada em Processo Civil pela UERJ, Pós Graduação: Práticas em Direito da Saúde pelo Complexo de Ensino Renato Saraiva – CERS, Conselheira da OAB Niterói., Vice-Presidente da Comissão de Defesa dos Direitos dos Pacientes Oncológicos e em Cuidados Paliativos - OAB/RJ, Vice- Presidente da Comissão de Direito Médico e da saúde da OAB Niterói, Diretora Geral da Associação Brasileira dos Advogados - ABA Niterói, Membro da Comissão Nacional de Direito à Saúde da ABA Nacional, Coordenadora e Coautora do livro: Reflexões Jurídica em Direito Médico e da Saúde, Coautora dos livros: Seleção de Artigos Jurídicos da ABA/RJ, Coordenadora e Coautora do livro O Direito em Movimento: Coletânea de Artigos Multidisciplinares, Palestrante.

do tratamento oferece não só esperança, mas também um controle tangível sobre o futuro, proporcionando um alento em meio a um diagnóstico assustador.

Perspectiva Jurídica

O Superior Tribunal de Justiça (STJ) já estabeleceu precedentes ao condenar o plano de saúde a pagar pelo procedimento de criopreservação dos óvulos de uma paciente até o fim de seu tratamento quimioterápico contra câncer de mama. O colegiado entendeu que, nesse caso, a criopreservação é parte do tratamento, pois visa preservar a capacidade reprodutiva da paciente diante da possibilidade de falência dos ovários após a quimioterapia, garantindo-lhe o direito ao planejamento familiar através da reprodução assistida.

A decisão judicial baseou-se em diversos fundamentos:

- (I) Planejamento familiar, como direito social garantido pela Constituição Federal, implica a obrigação de assegurar meios para a preservação da fertilidade.
- (II) A legislação prevê que, em situações excepcionais, como tratamentos oncológicos, procedimentos não listados pela ANS devem ser custeados, respaldando-se em normas técnicas e recomendações médicas.
- (III) A negativa de cobertura foi considerada uma violação do princípio da boa-fé e da função social dos contratos, além de contrariar o Código de Defesa do Consumidor.

Conclusão

O procedimento de criopreservação representa mais do que uma intervenção médica: é a manutenção de um projeto de vida interrompido abruptamente pela doença.

Preservar óvulos antes do início do tratamento quimioterápico proporciona à mulher a possibilidade de reconstruir seu futuro reprodutivo, contribuindo para a sua estabilidade emocional em um momento de extrema vulnerabilidade.

Dessa forma é imperativo que haja uma consolidação do entendimento jurídico sobre a criopreservação como parte inseparável do tratamento oncológico. Este direito é uma extensão lógica do planejamento familiar e deve ser protegido por políticas de saúde públicas e suplementares. Somente assim será possível garantir às pacientes o pleno exercício de seus direitos reprodutivos, promovendo uma saúde que verdadeiramente atende a todas as dimensões do ser humano.

Referências Bibliográficas

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Atualizada até a Emenda Constitucional nº 132. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível

em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 04 de junho 2025.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. *Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências*. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1998. Atualizado pela Resolução Normativa nº 428/2017 da Agência Nacional de Saúde.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. *Código de Defesa do Consumidor*. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1990.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Apelação Cível 0802569-29.2022.8.19.0045. Data de julgamento: 17 out. 2023. Data de publicação: 19 out. 2023. Disponível em: <https://www3.tjrj.jus.br/gedcacheweb/default.aspx?UZIP=1&GEDID=00046E9E8B B26AA1A5033469A CAF23675959C5153955130B>.



PARTE II

Direitos dos Pacientes Oncológicos: Garantias Legais, Dignidade Humana e Acesso Integral à Saúde.

AS LEIS QUE PROTEGEM O PACIENTE ONCOLÓGICO

Patricia de Souza Castro¹⁸

Ao enfrentar um diagnóstico de câncer, o paciente e a sua família devem receber todo o apoio possível, sendo necessário o suporte emocional, físico, psíquico e muitas vezes judicial, é aí que a Advocacia entra para trabalhar e acolher essa demanda tão nobre. Além disso, os pacientes e suas famílias também têm que lidar com preocupações financeiras, pois o tratamento é extremamente oneroso. Por tudo isso, existe vigente na legislação brasileira dispositivos que oferecem uma série de direitos e benefícios para auxiliar pacientes com câncer em sua jornada de tratamento, seja ele curativo ou paliativo. Por essa razão, é necessário que o advogado que pretende atuar nessas demandas conheça as leis que protegem os pacientes oncológicos, dentre elas as que incluem direitos relativos a tratamento, isenção de impostos, transporte público, procedimentos médicos, atendimento preferencial e muito mais.

Leis Principais:

Os direitos primordiais do paciente com câncer estão colacionados na Lei nº 14.238/2021, chamada de Estatuto da Pessoa com Câncer. Dentre os direitos prescritos destacamos o acesso ao diagnóstico precoce com informações claras, suporte psicológico, atendimento humanizado e acesso ao tratamento mais adequado.

Dentro da legislação oncológica foi estabelecido direitos relacionados à assistência social, saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), recebimento de auxílio-doença, entre outros benefícios que veremos mais adiante.

O paciente oncológico possui o direito ao atendimento integral e humanizado, esse atendimento engloba diversas especialidades médicas e da saúde como: fisioterapia, nutrição, serviço social, entre outras que são indicadas conforme

¹⁸ Advogada OAB SP 472.916; Mestranda em Direito Médico - UNISA, Especialista em Direito Médico e da Saúde – Legale; Especialista em Direito Civil e Processual Civil – Legale, Especialista em Direito Tributário – UNIDOM BOSCO e Legale; Membro da Comissão de Direito Médico e da Saúde Sede e Seção Jabaquara, Membro da Comissão de Direito Tributário Sede; Farmacêutica CRF-SP 24.191, Especialista em Vigilância Sanitária e Epidemiológica – UNAERP; Especialista em Qualidade em Serviços de Saúde e Segurança do Paciente – FIOCRUZ.

as necessidades de cada caso oncológico e cada resposta ao tratamento. Garante também o tratamento da dor e de outros sintomas prejudiciais ao bem-estar e à qualidade de vida, como náuseas, vômitos, diarreia, queda do cabelo, mucosite e outros. Quando o necessário, é garantido ao paciente o oferecimento de cuidados paliativos, objetivando melhorar a qualidade de vida, apoio social, psicológico e muitas vezes o espiritual; o espiritual com visando o alívio da dor e do sofrimento.

Lei nº 14.238/2021 (Estatuto da Pessoa com Câncer)¹⁹:

Define os direitos e deveres da pessoa com câncer para assegurar e a promover, em condições de igualdade, o acesso ao tratamento adequado e o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com câncer, com vistas a garantir o respeito à dignidade, à cidadania e à sua inclusão social.

Lei nº 14.758/2023 (Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer)²⁰:

Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer, que visa facilitar o acesso ao tratamento e cuidados incluindo o apoio psicológico e suporte aos familiares. A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, tem como principais objetivos:

- I - Diminuir a incidência dos diversos tipos de câncer;
- II - Garantir o acesso adequado ao cuidado integral;
- III - Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários diagnosticados com câncer;
- IV - Reduzir a mortalidade e a incapacidade causadas pelo câncer.

A Lei nº 14.758/2023 também estabelece diretrizes para o cuidado paliativo de qualidade, como:

Art. 2º, §1º - ... cuidados paliativos do paciente, bem como o apoio psicológico oferecido a ele e a seus familiares.

Art. 7º, inciso V - oferta de reabilitação e de cuidados paliativos para os casos que os exijam.

Art. 12. Os cuidados paliativos dos pacientes com câncer devem estar disponíveis em todos os níveis de atenção à saúde no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer.

Lei 12.732/2012 – Celeridade no tratamento - (Lei dos 60 dias)²¹:

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Prescreve que o paciente com

¹⁹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14238.htm

²⁰ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm

²¹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários e estabelece que o paciente tem o direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico, assegurando um cuidado mais rápido e eficaz.

Lei Federal nº 12.008/2009 – Prioridade no atendimento²²:

Regula o processo administrativo no âmbito da administração pública federal, a fim de estender a prioridade na tramitação de procedimentos judiciais e administrativos às pessoas que especifica. De acordo com Lei Federal nº 12.008, de 29 de julho de 2009, o paciente de câncer poderá obter a prioridade na tramitação de processos, tanto judiciais quanto administrativos, evitando longas esperas, desde que apresente prova de sua condição (laudo médico) junto à autoridade judiciária ou administrativa competente para dar prioridade a demanda do paciente oncológico garantindo um tratamento mais célere e confortável.

Lei 13.896/2019 – Lei dos 30 dias²³:

Ela estabelece que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, ou seja, em caso de suspeita de câncer.

Lei 14.335/2022 – Prevenção, detecção e tratamento dos cânceres de colo uterino, de mama e colorretal²⁴:

Dispõe sobre a atenção integral à mulher na prevenção dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal, desta forma as mulheres, que já tenham atingido a puberdade, terão acesso garantido exames citopatológicos do colo uterino, mamográficos e de colonoscopia.

Adicionalmente, a lei prevê o encaminhamento a serviços de maior complexidade para a complementação de diagnóstico, tratamento ou seguimento pós-tratamento sempre que a unidade que prestou o atendimento ou diagnóstico não dispuser de condições para fazê-lo.

Lei 11.664/2008²⁵ - Assistência integral à saúde da mulher:

Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por serviços próprios, conveniados ou contratados,

²² https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12008.htm

²³ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm

²⁴ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14335.htm

²⁵ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11664.htm

Lei 9.797/1999²⁶ – **Reconstrução mamária:**

Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, ou seja, disponibiliza o procedimento de reconstrução mamária gratuita no SUS após a conforme prescreve o seguimento pós-tratamento.

Já a **Lei 13.770/18**²⁷ dispõe especificamente sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer, a fim determinar que os procedimentos para obter a simetria das mamas e para a reconstrução do complexo aréolo-mamilar integram a cirurgia plástica reconstrutiva.

Lei 12.880/2013²⁸ – **Terapêutica em domicílio:**

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, para incluir tratamentos entre as coberturas obrigatórias, como tratamento contra o câncer com medicamentos de uso oral de uso domiciliar, assim como procedimentos radioterápicos e de hemoterapia relacionados à continuidade da assistência prestada na internação hospitalar.

Em um momento tão delicado como o enfrentamento do câncer, o conhecimento das leis que protegem o paciente oncológico pode fazer toda a diferença, assegurando um tratamento adequado e a preservação da dignidade e qualidade de vida.

O arcabouço legal brasileiro prescreve os tratamentos oncológicos e é abrangente objetivando a garantir tratamento de qualidade, acessível e com a maior celeridade possível e gratuito pelo SUS, com prioridade em atendimentos e a cobertura de tratamentos por planos de saúde para os aderentes à saúde suplementar.

A legislação brasileira está em evolução constante e adapta-se às novas tecnologias e necessidades dos pacientes.

A informação sobre os direitos e as leis relacionadas ao tratamento oncológico é importante que os pacientes estejam informados sobre todos os seus direitos, para que possam exercê-los.

Outras disposições importantes a destacar da legislação oncológica:

Prioridade em filas – Art. 4º inciso V, e §2º inciso II – 14.758/2023²⁹:

²⁶ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9797.htm

²⁷ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13770.htm

²⁸ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12880.htm

Pacientes oncológicos têm direito a prioridade em órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população, como em filas de bancos e estabelecimentos comerciais.

Cobertura pela Saúde Suplementar (planos de saúde) – Lei 14.307/2022³⁰:

Dispõe sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar, onde prevê que os planos de saúde devem cobrir os tratamentos oncológicos aprovados pelos órgãos de controle da saúde privada.

Direitos e Benefícios Assistenciais Sociais aos pacientes oncológicos

São disponibilizados aos pacientes portadores de carcinomas, diversos benefícios assistenciais sociais que objetivam facilitar a vida cotidiana do paciente que já se encontra comprometida por todo o cenário enfrentado pela doença em si e conseqüente tratamento enfrentado, assim, esses benefícios concedidos visam dirimir a repercussão da doença na vida do doente e seus familiares. O A.C. Camargo Cancer Center³¹ dá orientações muito relevantes em seu site pela cartilha "Os Direitos do Paciente com Câncer", a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica – SBCO³² também em seu site de igual modo dá orientações precisas e por fim o material do INCA – “Direitos sociais da pessoa com câncer: Orientações aos usuários”³³, todas estas entidades tratam a respeito deste assunto, e este material muito nos ajudou nesta empreitada pois trazem um material rico e muito bem estruturado para melhor compreensão do assunto que utilizamos para construir este guia.

Auxílio-doença - Lei 8.213/91³⁴, Art. 59:

Trata-se de um benefício social, assegurado pela Previdência Social aos contribuintes, incapazes de trabalhar por mais de 15 dias, em decorrência do câncer. A condição de inaptidão para o trabalho precisa ser comprovada com base em perícia previamente agendada, realizada no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e apresentar os documentos solicitados (SBCO, 2024).

Saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS (A.C. Camargo Cancer Center, 2024) ³⁵:

²⁹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm

³⁰ <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.307-de-3-de-marco-de-2022-383559194>

³¹ <https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

³² <https://sbco.org.br/conheca-os-direitos-do-paciente-com-cancer/>

³³ https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpresso_0.pdf

³⁴ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm

O trabalhador com câncer ou que tenha dependente com câncer pode sacar o FGTS reunindo a documentação exigida e se dirigir a uma agência da Caixa Econômica Federal – CEF para requerer o saque.

O saque do FGTS é permitido ao/à trabalhador/a (com carteira de trabalho assinada) com câncer ou com dependente acometido, na fase sintomática da doença. Para requerê-lo, é preciso reunir a documentação exigida e apresentá-la em qualquer agência da Caixa Econômica Federal, demonstrando que o trabalhador ou qualquer de seus dependentes foi acometido de Neoplasia Maligna.

A liberação do saldo do FGTS está fundada nas seguintes legislações: Lei 8.922/94 ³⁶ (que alterou a redação do artigo 20, da Lei 8.036/90 ³⁷) e Decreto nº. 99.684/90 ³⁸ (Normas Regulamentares do FGTS), artigo 35, inciso XI e artigo 36, inciso VIII.

Somente o trabalhador contratado sob o regime da CLT, que contribui mensalmente é que, nos casos previsto em lei, podem sacar o FGTS e o beneficiário precisa estar sintomático, ou seja, na vigência da doença comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos (A.C. Camargo Cancer Center, 2024) ³⁹:

- Documento de identificação;
- Carteira de Trabalho;
- Cópia autenticada das atas das assembleias que comprovem a eleição, eventuais reconduções e término do mandato, quando se tratar de diretor não empregado;
- Número de inscrição PIS/PASEP/NIS;
- Formulário “Relatório Médico de Doenças Graves para Solicitação de Saque do FGTS” preenchido e firmado com assinatura sobre carimbo e CRM/UF do médico assistente responsável pelo tratamento, com validade não superior a 1 (um) ano contado de sua expedição, disponível para download no site da CAIXA, baixe aqui;
- Cópia dos exames médicos e de seus respectivos laudos e/ou dados clínicos que tenham sido informados no formulário “Relatório Médico de Doenças Graves para Solicitação de Saque do FGTS”;
- Comprovante de dependência, no caso de saque em que o dependente do titular da conta vinculada estiver acometido de neoplasia maligna. (A.C. Camargo Cancer Center, 2024) ⁴⁰.

³⁵<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

³⁶ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8922.htm

³⁷ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8036consol.htm

³⁸ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D99684.htm

³⁹<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

Programa de Integração Social - PIS e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP ⁴¹:

Trata-se de unificação dos fundos constituídos com recursos dos Programas, de forma que os empregadores fazem as contribuições ao fundo dos respectivos programas, e esses valores são repassados aos empregados na forma de cotas proporcionais ao salário e o tempo de serviço.

O saque do fundo pode ser realizado pelo paciente ou pelo trabalhador que tenha dependente com diagnóstico de câncer e assim como no caso do FGTS o saque é restrito à fase sintomática da doença, para indivíduos cadastrados nos referidos programas, após a apresentação da documentação exigida.

Contudo, cabe ressaltar que este benefício não alcançam todos os trabalhadores, pois somente são beneficiários os trabalhadores que contribuíram para os fundos até 4 de outubro de 1988 e não efetuaram o resgate total de seus saldos anteriormente. O saque para os trabalhadores da iniciativa privada é obtido na Caixa Econômica Federal e os servidores públicos devem se dirigir ao Banco do Brasil. O pedido também pode ser feito por procuração mediante a apresentação do RG e CPF do procurador, além da procuração.

A liberação do PIS/PASEP está prevista no Decreto nº. Nº 9.978/19 ⁴² e condições estabelecidas na Resolução CD/PIS-PASEP nº. 01, de 15 de outubro de 1996 ⁴³ (A.C. Camargo Cancer Center, 2024).

Documentos exigidos pela Caixa Econômica Federal para saque do PIS (A.C. Camargo Cancer Center, 2024)⁴⁴:

- Carteira de identidade.
- Carteira de trabalho.
- Cartão PIS/Pasep ou comprovante de inscrição no PIS/Pasep.
- Cópia de resultados e laudos de exames.
- Comprovante de dependência, se for o caso.
- Atestado médico/Relatório médico têm validade de 30 dias a contar da sua emissão, contendo as seguintes informações:

⁴⁰<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁴¹<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁴² https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9978.htm#art14

⁴³ https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1-1996_95224.html

⁴⁴<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

- Diagnóstico expresso da doença.
- Estágio clínico atual da doença/paciente.
- CID – Classificação Internacional de Doenças.
- Data, nome e CRM do médico com a devida assinatura.

Documentos exigidos pelo Banco do Brasil para saque do PASEP (A.C. Camargo Cancer Center, 2024) ⁴⁵:

Documentos do Titular (A.C. Camargo Cancer Center, 2024) ⁴⁶:

- Carteira de Identidade;
- CPF;
- Atestado médico, com prazo de validade de 30 dias, no qual conste o diagnóstico expresso da doença, estágio atual da doença/paciente, CID de C00 a C97 e D00 a D12, menção à Resolução nº 01 de 15.10.96⁴⁷, do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/Pasep e carimbo que identifique o nome e o número do CRM do médico;
- Cópia de exame histopatológico que comprove o diagnóstico.

Documentos do dependente (A.C. Camargo Cancer Center, 2024) ⁴⁸:

- Cônjuge: certidão de casamento;
- Filho: certidão de nascimento;
- Pais, companheiro, filho inválido maior de 21 anos, irmão menor de 21 anos ou inválido, pessoa designada menor de 21 anos ou maior de 60 anos: anotação na CTPS ou declaração fornecida pela previdência social;
- Equiparado a filho: cópia da certidão judicial de guarda, tutela ou curatela e, se enteado, certidão de casamento do titular da conta e certidão de nascimento do dependente que comprove o vínculo de enteado;
- Os admitidos no regulamento do imposto de renda: cópia da última declaração.

⁴⁵<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁴⁶<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁴⁷ https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1-1996_95224.html

⁴⁸<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

Importante: Pai e mãe que tiverem filho paciente com câncer, podem sacar o saldo existente em contas vinculadas ao PIS/PASEP simultaneamente.

Onde consultar maiores informações sobre o PIS: clique aqui ou ligue para 0800-7260207 (de segunda a sexta-feira, das 8h às 22h; aos sábados, das 10h às 16h).

Onde consultar maiores informações sobre o PASEP: ligue para 4004-0001, (de segunda a sexta-feira, das 7h às 22h).

Isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI para a compra de veículos adaptados - Lei 10.754/2003⁴⁹ e Instrução Normativa SRF nº 1.769/2017⁵⁰ (A.C. Camargo Cancer Center, 2024)⁵¹.

Trata-se de um imposto federal cobrado pelos produtos fabricados pela indústria como os veículos automotivos, e portanto, quando o paciente por conta da doença ou do tratamento apresenta deficiência em membros (inferiores ou superiores) e por causa desta limitação não possam guiar veículos comuns, terá direito à isenção deste imposto quando da compra de um veículo adaptado, contudo, apenas se aplica a veículos fabricados no Brasil, em nome próprio ou de um representante legal (pais, tutores ou curadores) em caso de incapacidade para dirigir. Ressalte-se que mulheres que tiraram os gânglios linfáticos das axilas, em decorrência do câncer de mama, têm direito à isenção de IPI.

Para obter o benefício, entre no site da receita federal: <https://www.gov.br/receitafederale/pt-br> e siga o caminho serviços isenções e regimes especiais obter isenção ou suspensão obter isenção de imposto para comprar carro. Tem ainda site do SISEN que tem uma interface bem intuitiva, facilitando o seu manuseio, e para acessar a funcionalidade é necessário o paciente esteja munido de seus documentos pessoais como o RG, CPF, título de eleitor, para efetuar o cadastro conforme vai indicando passo a passo o site.

Documentação exigida (A.C. Camargo Cancer Center, 2024)⁵²:

- Documento de identificação oficial do beneficiário;
- Documento de identificação oficial do representante legal, se for o caso.
- Documento que comprove a condição de representante legal, certidão de nascimento, termo de curatela, etc.

⁴⁹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.754.htm

⁵⁰ <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=117&data=19/12/2017>

⁵¹ <https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁵² <https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:ext=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

- O laudo médico de avaliação deve ser emitido por:
- Prestador de serviço público de saúde;
- Por serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde (SUS); ou Pelo Detran, por suas clínicas credenciadas, ou por intermédio de serviço social autônomo, sem fins lucrativos, criado por lei.
- Os documentos entregues em papel devem ser vias originais ou cópias autenticadas.
- Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União, que pode ser requerida pela internet.

Isenção do Imposto de Circulação de Mercadorias e sobre Prestação de Serviços- ICMS na compra de veículos adaptados para Pessoas com Deficiência - Artigo 19 do Anexo I do Regulamento do ICMS, aprovado pelo Decreto nº 45.490, de 30 de novembro de 2000 (A.C. Camargo Cancer Center, 2024) ⁵³.

É um imposto Estadual, que estipula o valor a ser arrecadado, e que é cobrado quando da venda de automóveis. A isenção está prevista para a compra de um veículo novo adaptado ou ainda da necessidade de acessórios e adaptações especiais para serem instalados em veículo automotor a ser dirigido por pacientes que por conta da doença ou do tratamento apresente deficiência física.

Para requerê-la, deve-se fazer a solicitação no site do Sistema Eletrônico de Benefícios Fiscais para Veículos Automotores (Sivei) não havendo ônus para esta solicitação. A concessão desse benefício está ligada a concessão também da isenção do IPI. No Estado do Rio de Janeiro, o paciente deve comparecer à Secretaria de Estado de Fazenda da área de sua residência (Avenida Presidente Vargas, 670, Centro - Rio de Janeiro - RJ. Tel.: (21) 2334-4300 (INCA, 2022) ⁵⁴.

No Rio de Janeiro (INCA, 2022) ⁵⁵:

Na Secretaria de Estado de Fazenda e Planejamento do RJ - Avenida Presidente Vargas, 670, Centro - Rio de Janeiro - RJ. Tel.: (21) 2334-4300.

Em São Paulo (A.C. Camargo Cancer Center, 2024)⁵⁶:

A Portaria CAT18, de 21-02-2013 (DOE 22-02-2013) ⁵⁷ estabelece procedimentos para o reconhecimento da isenção do ICMS na aquisição de veículo

⁵³<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁵⁴https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf

⁵⁵https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf

automotor novo por pessoa com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autista e na operação interna com acessórios e adaptações especiais para serem instalados em veículo automotor.

Documentação exigida:

Acessar o link da página de download dos documentos da Portaria CAT 18/2013 para acessar os formulários.

Isenção do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores - IPVA (para veículos adaptados)

Trata-se de imposto estadual sobre a propriedade de veículos automotores. A isenção deste imposto somente será concedida para pacientes oncológicos que apresentem algum tipo de deficiência física, na aquisição de veículo adaptado. Este benefício fiscal é concedido nos seguintes estados: Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo e Distrito Federal (SBCO, 2024) ⁵⁸.

Cada Estado tem a sua própria legislação sobre o imposto, confira na lei de cada Estado para saber se existe a regulamentação para isentar de impostos os veículos adquiridos por deficientes físicos e quais são as exigências e critérios para a concessão da isenção para veículo com adaptações e/ou características especiais (INCA, 2022) ⁵⁹.

No Rio de Janeiro - **Lei nº 2.877/1997**,⁶⁰ em São Paulo/SP - **Lei Municipal nº 13.296/08** ⁶¹.

Para a solicitação da isenção:

No Rio de Janeiro, contatar com a Secretaria de Estado de Fazenda e Planejamento do RJ - Avenida Presidente Vargas, 670, Centro - Rio de Janeiro - RJ. Tel.: (21) 2334-4300.

Em São Paulo as informações estão disponíveis no site da Secretaria da Fazenda e Planejamento, através do link: <https://portal.fazenda.sp.gov.br/servicos/ipva>.

⁵⁶<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁵⁷ <https://portal.fazenda.sp.gov.br/servicos/isencao-icms-veiculos>

⁵⁸ <https://sbco.org.br/conheca-os-direitos-do-paciente-com-cancer/>

⁵⁹https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf

⁶⁰ https://legislacao.fazenda.rj.gov.br/wcc/?web_id=98872

⁶¹ <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2008/lei-13296-23.12.2008.html>

Quitação de financiamento de imóvel pelo Sistema Financeiro de Habitação - SFH (INCA, 2022 ⁶² e A.C. Camargo Cancer Center, 2024 ⁶³)

A quitação deve ser solicitada no caso de invalidez (total e permanente) ou morte do paciente com câncer e este for proprietário de imóvel financiado pelo Sistema Financeiro de Habitação (SFH), aderente ao pagamento de seguro (obrigatório) que lhe garante a quitação do imóvel, desde que o evento incapacitante ocorrido após a assinatura do contrato de compra do imóvel.

A quitação do imóvel ocorrerá quando da morte do mutuário ou da invalidez permanente, são advindas do diagnóstico de neoplasia maligna e este deverá ser posterior à assinatura do contrato para o financiamento.

A seguradora pode solicitar ao paciente oncológico a avaliação de uma junta médica constituída por três membros, devendo levar laudos, exames, atestados médicos, guias de internação ou quaisquer outros documentos de que disponha relacionados com o mal que impeça o exercício de seu trabalho.

O interessado deverá comparecer no banco ou instituição onde foi realizado o financiamento e apresentar os documentos que serão solicitados.

TFD – Tratamento fora de domicílio - (INCA, 2022 ⁶⁴ e A.C. Camargo Cancer Center, 2024 ⁶⁵)

O TFD (Tratamento Fora de Domicilio) trata-se de um programa regulamentado no Artigo 196 CF/88 ⁶⁶ e Portaria/SAS/Nº 055/1999 ⁶⁷ (Ministério da Saúde), que prescreve o direito a pacientes oncológicos tratados exclusivamente na rede pública e referenciada, garantindo o acesso de pacientes moradores de um município, a serviços assistenciais em outro município ou de um Estado para outro Estado. O benefício pode envolver a garantia de transporte (aéreo, terrestre e fluvial), hospedagem e ajuda de custo para alimentação, quando indicado durante o período de vigência do tratamento fora do domicílio do paciente. Se necessária a presença de um acompanhante, a ajuda de custo se estenderá ao mesmo, viabilizando desta forma a realização de intervenções médicas não disponibilizadas no local de domicílio do paciente.

⁶²https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf

⁶³<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁶⁴https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf

⁶⁵<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁶⁶ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

⁶⁷ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html

Medicamentos de alto custo

O artigo 196 da Constituição Federal ⁶⁸ prevê que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Para garantir o que prescreve a Constituição é direito do paciente, o acesso aos medicamentos de alto custo, dentro de critérios estabelecidos por políticas de saúde, para pacientes que são tratados através do sistema público de saúde (SUS) que é regulamentado pelo Ministério da Saúde (MS) e para os que são tratados pela Saúde Suplementar que é regulamentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Auxílio-doença (A.C. Camargo Cancer Center, 2024) ⁶⁹

É um benefício previsto no Artigo 59 da Lei 8.213/91⁷⁰ concedido pelo INSS ao segurado acometido de carcinoma que tenha que ficar afastado de seu trabalho por mais de 15 dias ou seja, a partir do 16º dia de afastamento, ressalte-se que no caso de paciente oncológico, não se aplica a carência dos 12 meses de contribuição que é necessária para os demais segurados.

O paciente oncológico faz o requerimento pelo site do INSS (clique aqui) ou pelo telefone 135, solicita um agendamento de perícia médica para atestar a incapacidade laboral. Após a realização da perícia médica, o auxílio deverá concedido pela comprovação da incapacidade para o trabalho onde o paciente receberá o benefício durante o tempo estabelecido pelo perito médico indicado pelo INSS.

Os documentos solicitados são (A.C. Camargo Cancer Center, 2024) ⁷¹:

- Cópia de Documento de Identificação oficial com foto e CPF;
- Cópia dos Exames médicos;
- Cópia do relatório médico com diagnóstico expresso da doença, com CID – Código Internacional de Doenças;
- Carteira de trabalho e comprovante de pagamento das contribuições ao INSS.

⁶⁸ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

⁶⁹ <https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁷⁰ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm

⁷¹ <https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

Benefício de prestação continuada (BPC) - Lei 8.742/1993 ⁷² e Lei 8.213/9173 (INCA, 2022 ⁷⁴ e A.C. Camargo Cancer Center, 2024 ⁷⁵).

Trata-se de um benefício social instituído pela Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) e que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas) que garante um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. Terá direito à contribuição a pessoa que apresente incapacidade de natureza mental, física, intelectual ou sensorial de longo prazo que a impossibilite de exercer suas atividades.

Tem direitos as pessoas cuja renda por pessoa do grupo familiar seja menor ou igual a ¼ do salário mínimo, e que o beneficiário e sua família devam estar inscritos no Cadastro Único. O benefício deverá ser requerido no site do INSS ou pelo telefone 135.

Transporte coletivo urbano gratuito - Vale Social (INCA, 2022) ⁷⁶

Refere-se um benefício que assegura a isenção ao pagamento de tarifas de transportes coletivos urbanos intermunicipais de passageiros ou intramunicipais sob administração estadual (trem, metrô e barcas). Esse benefício é destinado a pessoas com deficiência ou com doença crônica (incluindo o câncer), que exijam tratamento continuado e cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida.

O benefício do Vale Social no Rio de Janeiro é regido pela Lei nº 4.510 de 13 de janeiro de 2005 ⁷⁷, sendo regulamentado pelo Decreto Estadual nº 36.992 de 25 de fevereiro de 2005 ⁷⁸, alterado pelo Decreto Estadual nº 45.820 de 11 de novembro de 2016 ⁷⁹. O interessado deverá se dirigir a um dos *postos de atendimento* ⁸⁰ credenciados no seu município. Clique *aqui* para obter informações sobre a documentação necessária e os formulários para a solicitação do benefício.

⁷² https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm

⁷³ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm

⁷⁴ https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf

⁷⁵ <https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁷⁶ https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf

⁷⁷ <https://www.valesocial.rj.gov.br/index.php/pagina/legislacao#:~:text=outras%20san%C3%A7%C3%B5es%20cab%C3%ADveis-,Art.,Social%20e%20do%20Vale%20Educa%C3%A7%C3%A3o.>

⁷⁸ <https://leisestaduais.com.br/rj/decreto-n-36992-2005-rio-de-janeiro-regulamenta-a-lei-no-4-510-de-13-de-janeiro-de-2005-e-da-outras-providencias-2009-08-12-versao-consolidada?origin=instituicao>

⁷⁹ <https://leisestaduais.com.br/rj/decreto-n-45820-2016-rio-de-janeiro-altera-o-decreto-estadual-no-36-992-de-25-de-fevereiro-de-2005-o-qual-regulamenta-a-lei-estadual-no-4-510-de-13-de-janeiro-de-2005>

⁸⁰ <https://www.valesocial.rj.gov.br/>

Em São Paulo Portaria Intersecretarial SMT/SMS 001/11 ⁸¹, e seu *Anexo I*. Os pacientes deverão acessar o **site da SPTRANS** ⁸² e seguir os passos com preenchimento dos dados pessoais e médicos. O paciente receberá o Bilhete Único da Pessoa com Deficiência no endereço cadastrado.

Para a liberação do benefício é necessário realizar o requerimento e avaliação médica. Os acompanhantes dos beneficiados também têm direito à gratuidade, desde que constem com acompanhante no laudo médico, sendo que esta gratuidade é garantida no cartão do próprio paciente.

Isenção do Imposto de Renda na aposentadoria (INCA, 2022) ⁸³

Este benefício está previsto nas seguintes legislações: Lei nº 7.713 ⁸⁴, de 1988; Artigo 35, inciso II, letra “b”, do Decreto 9.580 ⁸⁵ de 22/11/2018; artigo 6º, inciso II da Instrução Normativa da SRF nº. 1.500 ⁸⁶ de 29/10/2014; Instrução Normativa da SRF nº. 1.756 ⁸⁷ de 31/10/2017 e Solução de Consulta Interna nº 11 - COSIT/RFB, de 28/06/2012.

Pacientes com câncer têm direito à isenção do Imposto de Renda sobre os valores recebidos a título de aposentadoria, pensão ou reforma, inclusive as complementações recebidas de entidades privadas e pensões alimentícias, mesmo que a doença tenha sido adquirida após a concessão da aposentadoria, pensão ou reforma.

Para a obtenção do benefício deve procurar o órgão responsável pelo pagamento da sua aposentadoria, pensão ou reforma como por exemplo o INSS, a União, o Estado ou Município, e requerer a isenção do Imposto de Renda que incide sobre o rendimento a que faz jus. Cada instituição pagadora deve informar quais são os procedimentos necessários e os documentos para requerer o benefício.

⁸¹ https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/PortariaIntersecretarial_001-2011_%20IsencaoTarifas.pdf

⁸² <https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁸³ https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf

⁸⁴ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7713.htm

⁸⁵ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9580.htm

⁸⁶ <https://normasinternet2.receita.fazenda.gov.br/#/consulta/externa/57670>

⁸⁷ <https://normasinternet2.receita.fazenda.gov.br/#/consulta/externa/87661/visao/original>

Aposentadoria por invalidez (INCA, 2022⁸⁸ e A.C. Camargo Cancer Center, 2024⁸⁹)

É um benefício mensal devido ao segurado pela Previdência Social (INSS) ou que atua como servidor público e que ficar incapacitado permanentemente para o trabalho em virtude de doença, neste caso o câncer, não sujeito à reabilitação para o exercício do trabalho. O benefício mensal é concedido a partir da solicitação do auxílio-doença e haverá documentação exigida para análise do pedido de aposentadoria por invalidez, que dependerá da categoria na qual o segurado está registrado no Regime Geral da Previdência Social (RGPS) e nos Regimes Próprios de Previdência Social (RPPS) dos servidores públicos.

O requerimento do benefício está previsto nos: artigo 201 e seus incisos, da Constituição Federal do Brasil de 1988⁹⁰; artigo 25, artigo 26 inciso II, artigo 42 caput e artigo 151, todos da Lei 8.213⁹¹ de 24 de julho de 1991 (que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e da outras providências) e legislações específicas para os RPPS.

Assistência permanente - Artigo 45 da Lei 8.213/^{91, 92} (A.C. Camargo Cancer Center, 2024)⁹³

A assistência permanente, derivada da aposentadoria por invalidez, corresponde a um acréscimo de 25% no benefício concedido ao assegurado pelo INSS, desde que se comprove por perícia, que será necessária a assistência permanente de um terceiro. Para a concessão do acréscimo é necessário se enquadrar pelo menos em 1 (uma) das seguintes situações previstas no anexo I, do Decreto 3.048/99⁹⁴:

1. Cegueira total;
2. Perda de nove dedos das mãos ou superior a esta;
3. Paralisia dos dois membros superiores ou inferiores;
4. Perda dos membros inferiores, acima dos pés, quando a prótese for impossível;
5. Perda de uma das mãos e de dois pés, ainda que a prótese seja possível;
6. Perda de um membro superior e outro inferior, quando a prótese for impossível;

⁸⁸https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf

⁸⁹<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁹⁰ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

⁹¹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm.

⁹² https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm.

⁹³<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁹⁴ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm

7. Alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social;
8. Doença que exija permanência contínua no leito;
9. Incapacidade permanente para as atividades da vida diária.

Cirurgia de reconstrução mamária (A.C. Camargo Cancer Center)⁹⁵ - Lei 9656/98⁹⁶ e Lei 12.802/2013⁹⁷.

Mulheres que são acometidas pelo câncer de mama e que por conta do tratamento teve que realizar a mastectomia única ou bilateral tem direito à realização de cirurgia plástica de reconstrução mamária, quando devidamente recomendada pelo médico responsável. Quando a paciente possui plano/seguro saúde há previsão de cobertura da reconstrução mamária conforme descreve a Lei Federal 9656/98 em seu artigo 10-A, que as operadoras de saúde são obrigadas, por meio de sua rede própria ou conveniadas, são obrigadas a prestar o serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, decorrente da utilização de técnica de tratamento de câncer utilizada, já para as pacientes que são tratadas através do sistema público de saúde, é garantido o mesmo direito pela Lei 12.802/2013 (Lei da Reconstrução Mamária).

Serviço de atendimento ao consumidor de forma preferencial - Lei 8078/90⁹⁸ e Lei 14.238/2021⁹⁹ (A.C. Camargo Cancer Center)¹⁰⁰

Conforme previsto no Código de Defesa do Consumidor e sua regulamentação pelo Decreto nº 11.034¹⁰¹, de 5 de abril de 2022, assegurado às pessoas, que por conta do tratamento de câncer tiver sequelas que causem deficiência auditiva ou de fala, o atendimento em caráter preferencial, devendo a empresa estipular até mesmo número telefônico específico para atendimento. Ressalte-se que de acordo com a Lei Federal 14.238/2021 (Estatuto da pessoa com câncer) foi ampliado tal direito, quando em seu art. 4º, § 2º, II, garantiu ao portador de qualquer tipo de câncer, prioridade no atendimento em serviços públicos nos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população, respeitada a precedência dos casos mais graves e de outras prioridades legais. Desta forma, o consumidor terá o direito a prioridade nos serviços públicos.

⁹⁵<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

⁹⁶ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm

⁹⁷ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12802.

⁹⁸ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm

⁹⁹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14238.htm

¹⁰⁰<https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

¹⁰¹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Decreto/D11034.htm

Andamento judiciário prioritário - Lei Federal nº 12.008/09¹⁰² e Lei nº 14.238/2021¹⁰³ (INCA, 2022)¹⁰⁴

O paciente de câncer poderá obter a prioridade na tramitação de processo judicial, administrativo e atendimento pela defensoria pública, desde que apresente prova de sua condição (laudo médico) junto aos órgãos competentes para decidir o procedimento e as providências a serem cumpridas. Pacientes em tratamento oncológico possuem prioridade de atendimento em estabelecimentos comerciais, bancários, repartições públicas e empresas particulares de prestação de serviços de qualquer natureza, conforme a Lei Estadual (SP) nº 17.832¹⁰⁵, de 01 de novembro de 2023.

Seguro de vida (A.C. Camargo Cancer Center)¹⁰⁶

Os contratos de seguro de vida estão regulados pelo Código de Defesa do Consumidor¹⁰⁷, conforme prevê o artigo 3º § 2º - “Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária...” Seguro de vida são contratos firmados com uma empresa seguradora, cujo escopo é proporcionar proteção econômica e financeira do segurado e de sua família em caso determinados em contrato, ou seja, em acontecimentos previsto em apólice, a seguradora pagará uma indenização ao segurado, cujo apoio financeiro poderá auxiliar o paciente com câncer nos casos de invalidez total ou parcial, bem como em caso de morte, dar suporte aos seus familiares. Desta forma, é importante ficar atento ao que está descrito no certificado do seguro e nas condições gerais da apólice, se existe direito a cobertura para os eventos mencionados.

Previdência privada (A.C. Camargo Cancer Center)¹⁰⁸

Os contratos de previdência privada estão regulados pelo Código de Defesa do Consumidor¹⁰⁹, de acordo com o artigo 3º § 2º - “Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive

¹⁰² https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12008.htm

¹⁰³ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14238.htm

¹⁰⁴ https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf

¹⁰⁵ <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2023/lei-17832-01.11.2023.html>

¹⁰⁶ <https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

¹⁰⁷ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm

¹⁰⁸ <https://accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/direitos-do-paciente-oncologico#:~:text=Como%20o%20aux%C3%ADlio%20%C3%A9%20concedido,o%2016%C2%BA%20dia%20de%20afastamento.&text=Os%20documentos%20solicitados%20s%C3%A3o:>

¹⁰⁹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm

as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária”, são contratos firmados com uma instituição seguradora de previdência privada e similar a uma aposentadoria, que visa garantir uma renda mensal ou resgate total do saldo depois de um determinado período preestabelecido e contratado, que preveem o pagamento de renda mensal ou indenização em determinados casos, conforme previsto em contrato, a pessoa diagnosticada com câncer, e/ou cuja consequência do tratamento provoque a invalidez total ou parcial, poderá se beneficiar da indenização, bem como os familiares no caso da morte do paciente, desde que o contrato esteja assinado antes do diagnóstico da doença, ou da causa que determinou a invalidez total. Para o resgate total do saldo, a Receita Federal do Brasil entende que há incidência do imposto de renda sobre o valor total do resgate. Entretanto, recentemente, o STJ (Superior Tribunal de Justiça) julgou o Recurso Especial nº 1.583.638 ¹¹⁰, acolhendo o pedido de um paciente portador de câncer, para determinar a isenção do Imposto de Renda sobre o resgate de aplicações em previdência privada PGBl e VGBL.

Riocard Especial - Decretos municipais nº 41.575/2016 ¹¹¹, nº 42.296 /2016 ¹¹² e nº 44.728/2018 ¹¹³ (INCA, 2022) ¹¹⁴.

É um benefício que o município do Rio de Janeiro garante a gratuidade no transporte rodoviário municipal às pessoas com deficiência ou doença, crônica incluindo-se o câncer, residentes no município, e que possuam renda familiar de até três salários mínimos que passem por avaliação da perícia médica do órgão responsável, mediante laudo médico da unidade de origem, conforme Decreto-Lei nº 32.842 ¹¹⁵, de 01 de outubro de 2010. Deve-se procurar o

¹¹⁰ <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/1260644663>

¹¹¹ <https://leismunicipais.com.br/a1/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2016/4157/41575/decreto-n-41575-2016-da-nova-redacao-ao-decreto-n-32842-de-1-de-outubro-de-2010-que-regulamentou-a-lei-n-5211-de-01-de-julho-de-2010-que-institui-o-bilhete-unico-no-municipio-do-rio-de-janeiro-bem-como-a-lei-n-3167-de-27-de-dezembro-de-2000-que-disciplina-a-bilhetagem-eletronica-nos-servicos-de-transporte-publico-de-passageiros-do-municipio-do-rio-de-janeiro-incluido-o-exercicio-das-gratuidades-legalmente-instituidas>

¹¹² <https://leismunicipais.com.br/a1/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2016/4229/42296/decreto-n-42296-2016-altera-a-redacao-do-art-10-do-decreto-n-41575-de-18-de-abril-de-2016>

¹¹³ <https://leismunicipais.com.br/a1/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2018/4473/44728/decreto-n-44728-2018-regulamenta-a-lei-n-5211-de-1-de-julho-de-2010-que-institui-o-bilhete-unico-municipal-bem-como-a-lei-n-3167-de-27-de-dezembro-de-2000-que-assegura-o-exercicio-das-gratuidades-previstas-no-art-401-da-lei-organica-do-municipio-do-rio-de-janeiro-mediante-a-instituicao-do-sistema-de-bilhetagem-eletronica-nos-servicos-de-transporte-publico-de-passageiros-por-onibus-do-municipio-do-rio-de-janeiro-e-da-outras-providencias-para-incluir-o-exercicio-das-gratuidades-legalmente-instituidas-e-da-outras-providencias>

¹¹⁴ https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpressao_0.pdf

¹¹⁵ https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4800832/4138120/Decreto_32842_2010.pdf

Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) mais próximo da residência, para maiores informações. Outras informações acesse o site www.riocard.com ou ligue para 4003-3737. Para fazer o requerimento é preciso agendar pelo telefone (21) 2224-1855.

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) 192 - Portaria nº 2048/02¹¹⁶ - (INCA, 2022)¹¹⁷

Conforme protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco e Portaria nº 2048/02 do Ministério da Saúde, todos que precisam de socorro, ao discar o número 192, os usuários serão atendidos por profissionais tecnicamente habilitados que irão avaliar o grau de urgência do paciente (“pré-triagem”). Com a chegada da ambulância no local do chamado, o paciente será reavaliado pelo profissional de saúde que decidirá a conduta a ser tomada.

Isenção de Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) - (INCA, 2022)¹¹⁸

Não há uma lei nacional que garanta a isenção. Assim, cada município tem sua legislação e pode ou não dar o benefício a portadores de doenças graves, como câncer. Informe-se na Secretaria das Finanças do seu município e verifique o que é preciso para dar entrada no pedido. Existem municípios que ofertam a isenção do IPTU para pessoas portadoras de doença crônica, segundo critérios estabelecidos por cada prefeitura. Confira se você tem direito a esse benefício na prefeitura do seu município. No Rio de Janeiro/RJ – Lei nº 1.955, de 24/3/1993¹¹⁹ (art. 61, inciso XXIII) – Isenta do IPTU pessoas com deficiência (inclusive as advindas do câncer), aposentados ou pensionistas com mais de 60 anos. Em São Paulo, a isenção do IPTU para pacientes oncológicos não é um direito automático e universal. A Prefeitura de São Paulo não prevê a isenção específica para pacientes com câncer. No entanto, se você for aposentado, pensionista ou beneficiário de renda mensal vitalícia e não possuir outro imóvel no município, pode ter direito à isenção, independente do diagnóstico.

Bilhete de Viagem do Idoso – Transporte Interestadual Gratuito – Lei nº 10741¹²⁰, de 2003, no art. 40, e no Decreto nº 9921, de 2019¹²¹ (INCA, 2022)¹²².

¹¹⁹<https://leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/lei-ordinaria/1993/195/1955/lei-ordinaria-n-1955-1993-dispoe-sobre-a-concessao-de-isencao-tributaria-e-da-outras-providencias>

¹²⁰ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

¹²¹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm#art48

¹²²https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5a_edicao_3a_reimpresso_0.pdf

¹²³ <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2008/1851>

¹²⁴ <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2381>

A carteira do idoso é um documento intransferível que dá direito ao acesso a transporte interestadual gratuito (duas vagas gratuitas em cada veículo) ou desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens para idosos com 60 anos ou mais e com renda individual de até dois salários mínimos. Na legislação estão estabelecidos os mecanismos e critérios a serem adotados na aplicação de transporte em cada veículo, comboio ferroviário ou embarcação do serviço de transporte interestadual de passageiros. Para comprovação da renda os aposentados, pensionistas ou trabalhadores ativos devem procurar as empresas de transporte, levando os documentos exigidos que você encontra no link: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-requentes/assistenciasocial/assistencia-social/usuario/carteira-do-idoso-usuario>. Caso as duas vagas reservadas para esse fim tenham sido ocupadas, outros idosos que queiram fazer o mesmo percurso poderão obter descontos de, no mínimo, 50% no valor da passagem para os demais assentos do veículo. Os interessados devem solicitar um único “Bilhete de Viagem do Idoso” nos pontos de venda das empresas de transporte, com antecedência mínima de 3 horas da partida do ponto inicial da linha. Reclamações: Caixa Postal 9800 - CEP 70040-976 - Brasília/DF E-mail: passelivre@transportes.gov.br

Laudo/Atestado Médico para Afastamento de Trabalho - Resolução CFM nº 1851¹²³, de 2008 - artigo 3º e Resolução CFM nº 2.381/2024¹²⁴

É uma documentação exigida, preenchida pelo médico que atende o paciente que relata o motivo do afastamento e o tempo estimado (temporário ou permanente). Para acesso aos diferentes direitos previdenciários, da iniciativa pública ou privada é necessário a apresentação desta documentação. O médico assistente é o profissional que acompanha o paciente em sua doença e evolução e, quando necessário, emite o devido atestado ou relatório médicos. De acordo com Resolução do Conselho Federal de Medicina, o médico assistente especificará o tempo concedido de dispensa às atividades de trabalho e estudantil, necessário para recuperação do paciente. Conforme Resolução CFM nº 2.381/2024, o atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, inclusive para fornecimento de atestados de sanidade, em suas diversas finalidades.

Todos os documentos médicos devem conter minimamente:

- I - Identificação do médico: nome e CRM/UF;
- II - Registro de Qualificação de Especialista (RQE), quando houver;
- III - Identificação do paciente: nome e número do CPF, quando houver;
- IV - Data de emissão;

¹²³ <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2008/1851>

¹²⁴ <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2381>

- V - Assinatura qualificada do médico, quando documento eletrônico; ou
- VI - Assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina, quando manuscrito;
- VII - Dados de contato profissional (telefone e/ou e-mail); e
- VIII - Endereço profissional ou residencial do médico.

Licença para Tratamento de Saúde (Servidor Público) - Art. 83, inciso I da Lei nº 8.112/1990 ¹²⁵ (Federal).

É o direito dos servidores públicos civis se afastarem do trabalho, quando ficam, temporariamente, incapacitados para o trabalho, mediante comprovação por perícia médica oficial, realizada pelo órgão público ao qual o servidor está vinculado. Está previsto a licença na Lei nº 94/1979 ¹²⁶ do Rio de Janeiro o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Rio de Janeiro, e na Lei Municipal nº 8.989/1979 ¹²⁷ de São Paulo, regulamentado pelo Decreto Municipal nº 64.014/2025 ¹²⁸.

Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família (Servidor Público) - Art. 83, inciso II da Lei nº 8.112/1990 ¹²⁹

É o direito de o servidor se afastar de suas atividades laborais para acompanhar o tratamento de familiar e/ou dependente doente, também mediante comprovação por perícia médica. Há a mesma previsão legal para o Rio de Janeiro e São Paulo apontada no item anterior.

Procuração (para pacientes oncológicos) – Arts. 653 e 654 §1º da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 ¹³⁰

Tendo em vista que o tratamento oncológico por muitas vezes é prolongado e limitante, é possível que os pacientes oncológicos possam designar uma pessoa de confiança para representá-los com base em um instrumento legal para representação de paciente que não possa exercer pessoalmente os atos da vida civil. Esse processo é feito por meio de uma procuração, instrumento legal de autorização. A orientação é que pacientes com diagnóstico oncológico avançado, mas lúcidos, providenciem procuração pública de plenos poderes, com cláusula específica sobre atos bancários, médicos, patrimoniais e judiciais. Nos termos da legislação brasileira, existem procurações que só têm validade e produzirão efeitos jurídicos se forem públicas. Recomenda-se que o interessado verifique em cada caso a exigência ou não da procuração por instrumento público junto ao órgão/instituição perante o qual a procuração será utilizada. Cabe ressaltar que existem órgãos públicos que

¹²⁵ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm

¹²⁶ <https://e.camara.rj.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/L941979.html>

¹²⁷ <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-8989-de-29-de-outubro-de-1979>

¹²⁸ <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-64014-de-24-de-janeiro-de-2025>

¹²⁹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm

¹³⁰ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm

adotam modelos próprios de procuração com finalidades específicas, como é o caso do INSS e da Farmácia Popular. Em casos excepcionais, o cartório poderá destacar um funcionário para que vá até unidade de saúde ou residência para lavrar a procuração. Contudo é necessário apresentar laudo comprobatório de lucidez do paciente/outorgante, utilizado para fins de procuração a terceiros.

Interdição Judicial (Curatela) - Lei nº 13.146/2015¹³¹ (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e Art. 1747 da Lei nº 13.105¹³², de 16 de março de 2015.

Também chamada de curatela, se refere aos maiores de 18 anos, e é uma medida judicial para proteger civilmente pacientes absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, que por enfermidade ou deficiência, não possam gerir a sua própria vida.

O procedimento é feito por meio de processo judicial, no qual o juiz nomeia um curador para o interditado, pessoa que ficará responsável por todas as ações legais da pessoa interditada. É necessária perícia médica determinada pelo juiz, que comprove a incapacidade relativa ou absoluta, desta feita o juiz nomeia o curador, caso comprovado a incapacidade. Curador nomeado representante representa os interesses do curatelado passando a responder por todos os atos da vida civil deste.

Testamento Vital (Diretivas antecipadas de Vontade) Resolução CFM nº 1.995/2012¹³³ e Art. 15 do Código Civil¹³⁴.

É um documento que expressa à vontade sobre que tratamentos deseja ou não receber quanto do diagnóstico de doença incapacitante ou terminal, ou seja, registra-se o desejo do paciente de não ser submetido a determinados procedimentos ou até mesmo de suspender certos tipos de tratamentos, considerados fúteis e prolongadores do sofrimento, nestes casos. Para redigir estas diretivas, é imprescindível que o paciente tenha informações claras e objetivas sobre o seu diagnóstico, tratamento e expectativa de vida. Recomenda-se que seja elaborada escritura pública em Cartório de Notas contendo as diretivas antecipadas de vontade, para maior segurança jurídica. Incluir cláusula de nomeação de procurador para decisões médicas, caso aplicável.

CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP, 2025)¹³⁵

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP é a principal entidade de representação multiprofissional da prática paliativa no Brasil. Seu compromisso é com o desenvolvimento e reconhecimento desta prática como campo de conhecimento científico e área de atuação profissional. Assim nada mais correto do que usar suas definições para nortear o conhecimento

¹³¹ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm

¹³² https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm

¹³³ <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>

¹³⁴ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm

¹³⁵ <https://paliativo.org.br/o-que-sao-cuidados-paliativos/>

da Advocacia para melhor atender as necessidades dos pacientes que se encontram nesta fase de cuidado, como mostraremos a seguir na íntegra.

Proteger. Esse é o significado de paliar, derivado do latim *pallium*, termo que nomeia o manto que os cavaleiros usavam para se proteger das tempestades pelos caminhos que percorriam. ***Proteger alguém é uma forma de cuidado, tendo como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual.*** Por esse motivo, quando ouvir que você ou alguém que conhece é elegível a cuidados paliativos, não há o que temer.

Receber cuidados paliativos não significa que não haja mais nada a fazer por você ou pela pessoa que você ama. Isso simplesmente indica que o diagnóstico é de uma doença crônica grave, que ameaça a vida, e que uma equipe, juntamente com os profissionais especialistas na enfermidade, irá cuidar de quem está doente e daqueles que o cercam. Ou seja, “há muito a fazer” pelo paciente.

Claro que é muito angustiante receber o diagnóstico de uma doença grave. Ela costuma vir acompanhada, além dos sintomas físicos, de questões profundas de ordem social, psicológica e espiritual. Um diagnóstico difícil traz à tona questões como o medo da morte, a apreensão em deixar a família desamparada, conflitos do passado e até problemas de ordem prática, como o afastamento do trabalho e a conseqüente queda de renda, entre outras.

O objetivo é amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles de origem física, psicológica, social ou espiritual. Isso exige uma equipe que integra todas as áreas da vida da família e do indivíduo que necessita desse tipo de apoio, de acordo com cada caso.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos é a principal entidade de representação multiprofissional da prática paliativa no Brasil. Seu compromisso é com o desenvolvimento e reconhecimento desta prática como campo de conhecimento científico e área de atuação profissional. Assim nada mais correto do que usar suas definições para nortear o conhecimento da Advocacia para melhor atender as necessidades dos pacientes que se encontram nesta fase de cuidado (ANCP, 2025) ¹³⁶.

Estes esclarecimentos da ANCP são apenas linhas gerais para tomarmos contato com o tema, contudo frente a uma necessidade real de prestar assistência jurídica nestes casos, é necessário aprofundar os estudos para melhor adequar a técnica e assim atender os interesses dos clientes.

A legislação vigente atual sobre o tema:

Portaria GM/MS nº 3.681/2024 ¹³⁷, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos, buscando garantir que pacientes com doenças graves

¹³⁶ <https://paliativo.org.br/o-que-sao-cuidados-paliativos/>

¹³⁷ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html

recebam um tratamento abrangente que prioriza o alívio da dor, sofrimento e outros sintomas, com foco na qualidade de vida. Define que os cuidados paliativos devem ser iniciados precocemente, após o diagnóstico de doença sem possibilidade de cura, com objetivo de qualidade de vida do paciente e de seus familiares. O objetivo dos cuidados paliativos é melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, mediante o alívio da dor e do sofrimento.

Princípios e Diretrizes:

- Respeito à dignidade e autonomia do paciente, incluindo o direito a uma morte digna e sem dor.
- Acesso a cuidados paliativos integrais e adequados à complexidade da situação e às necessidades do paciente.
- Comunicação eficaz entre o paciente, familiares e a equipe de saúde.
- Apoio aos familiares durante todo o processo de cuidados.
- Trabalho em equipe multidisciplinar.
- Formação de profissionais com conhecimentos e habilidades específicas para lidar com cuidados paliativos.
- Atenção à dor e sofrimento físicos, psíquicos e espirituais do paciente e de seus familiares, incluindo o luto; entre outros.

Lei nº 14.758/2023¹³⁸, que estabelece que os cuidados paliativos para pacientes com câncer devem estar acessíveis em todos os níveis de atenção à saúde, no âmbito da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer. Resolução CFM nº 1.805/2006¹³⁹ que permite que médicos limitem ou suspendam procedimentos que prolonguem a vida em casos de enfermidades graves e incuráveis, garantindo cuidados para aliviar sintomas. Resolução nº 41/2018¹⁴⁰ que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS.

Legislação Estadual

- São Paulo: Lei nº 17.292/2020¹⁴¹: Institucionaliza a Política Estadual de Cuidados Paliativos em São Paulo, buscando melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças sem possibilidade de cura e de seus familiares.
- Rio de Janeiro, a legislação sobre cuidados paliativos é regulada pela Lei nº 8.425/2019¹⁴², que cria o Programa Estadual de Cuidados

¹³⁸ https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm

¹³⁹ <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>

¹⁴⁰ https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html

¹⁴¹ <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2020/lei-17292-13.10.2020.html#:~:text=Artigo%201%C2%BA%20%2D%20Fica%20institui%C3%ADda%20a,doen%C3%A7as%20sem%20possibilidade%20de%20cura.>

¹⁴² <https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-8425-2019-rio-de-janeiro-cria-o-programa-estadual-de-cuidados-paliativos-no-ambito-da-sau-de-publica-do-estado-do-rio-de-janeiro>

Paliativos. Essa lei é complementada por outras normas, como a Lei nº 6.714/2020, que institui a Política Municipal de Cuidados Paliativos para o município do Rio de Janeiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como demonstrado ao longo deste guia, o cumprimento dos direitos do paciente com câncer exige o preenchimento de determinados requisitos legais. No entanto, nem todos os benefícios estão, estritamente, vinculados ao diagnóstico da doença. Muitos da constatação de deficiências associadas, da incapacidade laboral ou de outros fatores específicos. Por isso, é fundamental que cada caso seja verificado individualmente, com o devido respaldo técnico e jurídico. Nosso compromisso permanece firme na democratização das informações sobre programas e direitos sociais direcionados às pessoas em tratamento oncológico, com objetivo de reduzir os impactos deste momento tão sensível e desafiador, o qual reconhecemos e respeitamos profundamente na vida dos pacientes. Reforçamos, assim, a importância da informação como instrumento de autonomia, acesso à justiça e fortalecimento da cidadania.

REFERÊNCIAS

A. C. CAMARGO CANCER CENTER. Cartilha dos direitos do paciente com câncer. São Paulo. A. C. Camargo Cancer Center, [s.d.]. Disponível em: <https://www.accamargo.org.br/pacientes/apoio-ao-paciente-e-ao-familiar/cartilha-dos-direitos-do-paciente-com-cancer>. Acesso em: 20 mai. 2025.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (Brasil). O que são Cuidados Paliativos. São Paulo: ANCP, [2025]. Disponível em: <https://paliativo.org.br/o-que-sao-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 28 maio 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. Direitos do Paciente. 2020. Disponível em: <https://www.abrale.org.br/informacoes/direitos-do-paciente/>. Acesso em: 13/05/2025.

BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 nov. 2018. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2018/res0041_23_11_2018.html. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Conselho Diretor do Fundo PIS-PASEP. Resolução CD/PIS-PASEP nº 1, de 15 de outubro de 1996. Autoriza a liberação do saldo das contas do Programa de Integração Social (PIS) e do Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-1-1996_95224.html. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Atualizada até a Emenda Constitucional nº 132. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 99.684, de 8 de novembro de 1990. Consolida as normas regulamentares do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 nov. 1990.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D99684.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 maio 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 9.580, de 22 de novembro de 2018. Aprova o Regulamento do Imposto sobre a Renda e Proventos de Qualquer Natureza. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 nov. 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9580.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 jul. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9921.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 9.978, de 20 de agosto de 2019. Dispõe sobre o Fundo PIS-PASEP e institui o Conselho Diretor do Fundo PIS-PASEP. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 ago. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9978.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Decreto nº 11.034, de 5 de abril de 2022. Regulamenta a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 – Código de Defesa do Consumidor, para estabelecer normas sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 abr. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Decreto/D11034.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988. Altera a legislação do imposto de renda e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 dez. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7713.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 maio 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8036consol.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078compilado.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. [Consolidada]. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 8.922, de 25 de julho de 1994. Dispõe sobre a criação de cargos em comissão e funções de confiança no âmbito da Administração Pública Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jul. 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8922.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 9.278, de 10 de maio de 1996. Regula o § 3º do art. 226 da Constituição Federal, dispondo sobre a união estável. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 maio 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9278.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei No 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9797.htm. Acesso em: 13/05/2025.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 8, p. 1-74, 11 jan. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406compilada.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei no 10.754, de 31 de outubro de 2003. Altera a Lei no 8.989, de 24 de fevereiro de 1995 que "dispõe sobre a isenção do Imposto Sobre Produtos Industrializados - IPI, na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física e aos destinados ao transporte escolar, e dá outras providências" e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.754.htm. Acesso em: 23/05/2025.

BRASIL. Lei nº 12.008, de 29 de julho de 2009. Altera os arts. 1.211-A, 1.211-B e 1.211-C da Lei no 5.869, de 11 de janeiro de 1973 - Código de Processo Civil, e acrescenta o art. 69-A à Lei no 9.784, de 29 de janeiro de 1999, que regula o processo administrativo no âmbito da administração pública federal, a fim de estender a prioridade na tramitação de procedimentos judiciais e administrativos às pessoas que especifica. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12008.htm. Acesso em: 13/05/2025.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 13/05/2025.

BRASIL. Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 abr. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12802.htm. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Lei nº 12.880, de 12 de novembro de 2013. Altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde”, para incluir tratamentos

entre as coberturas obrigatórias. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12880.htm. Acesso em: 13/05/2025.

BRASIL. Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Institui o Código de Processo Civil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 mar. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm. Acesso em: 28 maio 2025. 74

BRASIL. Lei nº 13.770, de 19 de dezembro de 2018. Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13770.htm. Acesso em: 13/05/2025.

BRASIL. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias, no caso em que especifica. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 13/05/2025.

BRASIL. Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer; e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14238.htm. Acesso em: 13/05/2025.

BRASIL. Lei nº 14.335, de 10 de maio de 2022. Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para dispor sobre a atenção integral à mulher na prevenção dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/l14335.htm. Acesso em: 13/05/2025.

BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm. Acesso em: 13/05/2025.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal do Brasil. Coordenação-Geral de Tributação – COSIT. Solução de Consulta Interna nº 11, de 28 de junho de 2012. Trata da isenção de imposto de renda para portadores de doenças graves. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?idAto=36836>. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Secretaria da Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa SRF nº 1.500, de 29 de outubro de 2014. Dispõe sobre normas gerais de tributação relativas ao imposto sobre a renda das pessoas físicas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 out. 2014. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-rfb-n-1.500-de-29-de-outubro-de-2014-12171243>. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Secretaria da Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa SRF nº 1.756, de 31 de outubro de 2017. Altera a Instrução Normativa RFB nº 1.500, de 29 de outubro de 2014. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1º nov. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21722697. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria da Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa RFB nº 1769, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2017. Disciplina a aplicação da isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e do Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro, ou relativas a Títulos e Valores Mobiliários (IOF), na aquisição de veículos por pessoas com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas, e dá outras providências. Disponível em: <https://>

pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=117&data=19/12/2017. Acesso em: 23/05/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 nov. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 maio 2024. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a implementação da assistência domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em: 28 maio 2025.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial nº 1.583.638. Relator: Ministro Mauro Campbell Marques. Brasília, DF. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/stj/1260644663>. Acesso em: 28 maio 2025.

CON – ONCOLOGIA, HEMATOLOGIA E CENTRO DE INFUSÃO. Guia dos direitos do paciente com câncer. Disponível em: <https://www.con.com.br/wp-content/uploads/2022/01/con-guiadopaciente-hematologia-oncologia.pdf>. Acesso em: 13/05/2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 nov. 2006, p. 169. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 28 maio 2025

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.851, de 14 de agosto de 2008. Altera o art. 3º da Resolução CFM nº 1.658, de 13 de fevereiro de 2002, que normatiza a emissão de atestados médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 ago. 2008. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2008/1851>. Acesso em: 28 maio 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.381, de 20 de junho de 2024. Normatiza a emissão de documentos médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2 jul. 2024. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2024/2381>. Acesso em: 28 maio 2025.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Direito ao luto: guia de sepultamento. Rio de Janeiro: DP-RJ, [2022]. Disponível em: <https://defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/1f9c7c7b38b044a9b28fff53ce850e23.pdf>. Acesso em: 28 maio 2025.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO (FOSP). Hospitais do SUS habilitados para atendimento em câncer no Estado de São Paulo. São Paulo: FOSP, [s.d.]. Disponível em: <https://fosp.saude.sp.gov.br/fosp/espaco-paciente/hospitais-do-sus-habilitadas-para-atendimento-em-cancer-no-estado-de-sao-paulo/>. Acesso em: 28 maio 2025.

HOSPITAL SÃO LUIZ. Direitos Sociais Da Pessoa Com Câncer. Disponível em: <https://www.rededorsaoluiz.com.br/hospital/neh/servicos/direitos-sociais-da-pessoa-com-cancer> . Acesso em: 13/05/2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Sobre o INCA. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/institucional>. Acesso em: 20 mai. 2025. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Direitos Sociais da Pessoa com Câncer - Orientações aos usuários. 5ª ed. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/impresao_direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_final-2_0.pdf. Acesso em: 20 mai. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Estimativa 2023: Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf> . Acesso em: 20 mai. 2025.

INSTITUTO ONCOGUIA. Direitos dos Pacientes. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/direitos-dos-pacientes/> . Acesso em: 13/05/2025. INSTITUTO VENCER O CÂNCER. Os direitos dos pacientes com câncer e o que todos nós podemos fazer para melhorar a saúde no país. 2019. Disponível em: <https://vencercancer.org.br/os-direitos-dos-pacientes-com-cancer-e-o-que-todos-nos-podemos-fazer-para-melhorar-a-saude-no-pais/>. Acesso em: 13 mai. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) - Direitos sociais da pessoa com câncer. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/direitos-sociais-da-pessoa-com-cancer> . Acesso em: 13/05/2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) - Direitos sociais da pessoa com câncer Orientações aos usuários. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/direitos_sociais_da_pessoa_com_cancer_5edicao.pdf . Acesso em: 13/05/2025.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. 60 dias para o câncer e o direito do paciente. 2017. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/cancer-de-sangue/mieloma-multiplo/2017/60-dias-para-o-cancer-e-o-direito-do-paciente/>. Acesso em: 13/05/2025.

REVISTA ABRALE ON-LINE. O que é a Lei de 30 dias? 2020. Disponível em: <https://revista.abrale.org.br/lei-dos-30-dias-diagnostico-de-cancer/> Acesso em: 13/05/2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 36.992, de 25 de fevereiro de 2005. Regulamenta a Lei nº 4.510, de 13 de janeiro de 2005, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 28 fev. 2005. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/decreto-n-36992-2005-rio-de-janeiro-regulamenta-a-lei-no-4-510-de-13-de-janeiro-de-2005-e-da-outras-providencias-2009-08-12-versao-consolidada?origin=instituicao>. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 45.820, de 11 de novembro de 2016. Altera o Decreto Estadual nº 36.992, de 25 de fevereiro de 2005, que regulamenta a Lei Estadual nº 4.510, de 13 de janeiro de 2005, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 14 nov. 2016. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/decreto-n-45820-2016-rio-de-janeiro-altera-o-decreto-estadual-no-36-992-de-25-de-fevereiro-de-2005-o-qual-regulamenta-a-lei-estadual-no-4-510-de-13-de-janeiro-de-2005>. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 2.877, de 22 de dezembro de 1997. Dispõe sobre o imposto sobre a propriedade de veículos automotores (IPVA). Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro: Poder Executivo, Rio de Janeiro, 23 dez. 1997. Disponível em: <https://legislacao.fazenda.rj.gov>.

br/wcc/?web_id=98872. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 4.510, de 13 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros por ônibus do Estado do Rio de Janeiro, para alunos do ensino fundamental e médio da rede pública estadual de ensino, para as pessoas portadoras de deficiência e portadoras de doença crônica de natureza física ou mental que exijam tratamento continuado e cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 14 jan. 2005. Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/69d90307244602bb032567e800668618/3b714281166c970483256f89006d268c?OpenDocument>. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 8.425, de 1º de julho de 2019. Cria o Programa Estadual de Cuidados Paliativos no âmbito da saúde pública do Estado do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2 jul. 2019. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-8425-2019-rio-de-janeiro-cria-o-programa-estadual-de-cuidados-paliativos-no-ambito-da-saude-publica-do-estado-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Transporte e Mobilidade Urbana. Legislação do Vale Social. Disponível em: <https://www.valesocial.rj.gov.br/index.php/pagina/legislacao>. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Transporte e Mobilidade Urbana. Vale Social. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: <https://www.valesocial.rj.gov.br/>. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Município). Decreto nº 32.842, de 1º de outubro de 2010. Regulamenta a Lei nº 5.211, de 1º de julho de 2010, que institui o Bilhete Único no Município do Rio de Janeiro, bem como a Lei nº 3.167, de 27 de dezembro de 2000, que disciplina a bilhetagem eletrônica nos serviços de transporte público de passageiros do Município do Rio de Janeiro, incluído o exercício das gratuidades legalmente instituídas. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 4 out. 2010. Disponível em: https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4800832/4138120/Decreto_32842_2010.pdf. Acesso em: 28 maio 2025

RIO DE JANEIRO (Município). Decreto nº 41.575, de 18 de abril de 2016. Dá nova redação ao Decreto nº 32.842, de 1º de outubro de 2010, que regulamentou a Lei nº 5.211, de 1º de julho de 2010, que institui o Bilhete Único no Município do Rio de Janeiro, bem como a Lei nº 3.167, de 27 de dezembro de 2000, que disciplina a bilhetagem eletrônica nos serviços de transporte público de passageiros do Município do Rio de Janeiro, incluído o exercício das gratuidades legalmente instituídas. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 19 abr. 2016. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2016/4157/41575/decreto-n-41575-2016-da-nova-redacao-ao-decreto-n-32842-de-1-de-outubro-de-2010-que-regulamentou-a-lei-n-5211-de-01-de-julho-de-2010-que-institui-o-bilhete-unico-no-municipio-do-rio-de-janeiro-bem-como-a-lei-n-3167-de-27-de-dezembro-de-2000-que-disciplina-a-bilhetagem-eletronica-nos-servicos-de-transporte-publico-de-passageiros-do-municipio-do-rio-de-janeiro-incluido-o-exercicio-das-gratuidades-legalmente-instituidas>. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Município). Decreto nº 42.296, de 23 de setembro de 2016. Altera a redação do art. 10 do Decreto nº 41.575, de 18 de abril de 2016. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 26 set. 2016. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a1/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2016/4229/42296/decreto-n-42296-2016-altera-a-redacao-do-art-10-do-decreto-n-41575-de-18-de-abril-de-2016>. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Município). Decreto nº 44.728, de 12 de julho de 2018. Regulamenta a Lei nº 5.211, de 1º de julho de 2010, que institui o Bilhete Único Municipal, bem como a Lei nº 3.167, de 27 de dezembro de 2000, que assegura o exercício das gratuidades previstas no art. 401 da Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, mediante a instituição do Sistema de Bilhetagem Eletrônica nos serviços de transporte público de passageiros por ônibus do Município do Rio de Janeiro, e dá outras providências. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 13 jul. 2018. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/decreto/2018/4473/44728/decreto-n-44728-2018-regulamenta-a-lei-n-5211-de-1-de-julho-de-2010-que-institui-o-bilhete-unico-municipal-bem-como-a-lei-n-3167-de-27-de-dezembro-de-2000-que-assegura-o-exercicio-das-gratuidades-previstas-no-art-401-da-lei-org-nica-do-municipio-do-rio-de-janeiro-mediante-a-instituicao-do-sistema-de-bilhetagem-eletronica-nos-servicos-de-transporte-publico-de-passageiros-por-onibus-do-municipio-do-rio-de-janeiro-e-da-outras-providencias-para-incluir-o-exercicio-das-gratuidades-legalmente-instituidas-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Município). Lei nº 94, de 14 de março de 1979. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos do Poder Executivo do Município do Rio de Janeiro e dá outras providências. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 15 mar. 1979. Disponível em: <https://e.camara.rj.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/L941979.html>. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Município). Lei Ordinária nº 1.955, de 24 de março de 1993. Dispõe sobre a concessão de isenção tributária e dá outras providências. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 25 mar. 1993. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rj/r/rio-de-janeiro/lei-ordinaria/1993/195/1955/lei-ordinaria-n-1955-1993-dispoe-sobre-a-concessao-de-isencao-tributaria-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 28 maio 2025.

RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 2.015, de 16 de julho de 1992. Dispõe sobre o Serviço Funerário Gratuito. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 17 jul. 1992. Disponível em: <https://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/bc008ecb13dcfc6e03256827006dbbf5/cf48cd22fcc13c620325651700675c3c?OpenDocument>. Acesso em: 28 maio 2025.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 13.296, de 23 de dezembro de 2008. Dispõe sobre o tratamento tributário relativo ao imposto sobre a propriedade de veículos automotores – IPVA. Diário Oficial do Estado de São Paulo, Poder Executivo, São Paulo, 24 dez. 2008. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2008/lei-13296-23.12.2008.html>. Acesso em: 28 maio 2025.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Fazenda. Portaria CAT nº 18, de 21 de fevereiro de 2013. Estabelece procedimentos para o reconhecimento da isenção do ICMS na aquisição de veículo automotor novo por pessoa com deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autista, e na operação interna com acessórios e adaptações especiais para serem instalados em veículo automotor. Diário Oficial do Estado de São Paulo, Poder Executivo, São Paulo, 22 fev. 2013. Disponível em: <https://legislacao.fazenda.sp.gov.br/Paginas/pcat182013.aspx>. Acesso em: 28 maio 2025.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 17.292, de 13 de outubro de 2020. Institui a Política Estadual de Cuidados Paliativos e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, 14 out. 2020. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2020/lei-17292-13.10.2020.html>. Acesso em: 28 maio 2025.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 17.832, de 1º de novembro de 2023. Consolida a legislação relativa à defesa do consumidor, criando a Consolidação das Leis em Defesa do Consumidor do Estado

de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo: Poder Executivo, São Paulo, SP, 6 nov. 2023. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2023/lei-17832-01.11.2023.html>. Acesso em: 28 maio 2025.

SÃO PAULO (Município). Lei nº 8.989, de 29 de outubro de 1979. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos do Município de São Paulo e dá providências correlatas. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, SP, 30 out. 1979. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-8989-de-29-de-outubro-de-1979>. Acesso em: 28 maio 2025.

SÃO PAULO (Município). Lei nº 11.083, de 6 de setembro de 1991. Autoriza o Executivo Municipal a instituir a gratuidade do sepultamento e dos meios a ele necessários à população de baixa renda, e dá outras providências. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, SP, 7 set. 1991. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-11083-de-6-de-setembro-de-1991>. Acesso em: 28 maio 2025.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Transportes; Secretaria Municipal da Saúde. Portaria Intersecretarial nº 001/2011, de 1º de dezembro de 2011. Disciplina e estabelece procedimentos para a concessão de isenção do pagamento de tarifas de transporte público coletivo municipal às pessoas com deficiência causada por lesão permanente ou temporária que comprometa significativamente sua mobilidade. Diário Oficial da Cidade de São Paulo, São Paulo, 2 dez. 2011. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/PortariaIntersecretarial_001-2011_%20IsencaoTarifas.pdf. Acesso em: 28 maio 2025.

SÃO PAULO (Município). Decreto nº 64.014, de 24 de janeiro de 2025. Regulamenta a concessão aos servidores municipais de licença para tratamento de saúde, licença por motivo de doença em pessoa da família, licença compulsória, licença por acidente de trabalho ou por doença profissional ou do trabalho, licença à gestante, licença-maternidade especial, licença-paternidade e horário-amamentação, bem como de readaptação funcional, horário especial de trabalho, aposentadoria por incapacidade permanente para o trabalho, benefício assistencial e realização de exame médico admissional em candidatos a ingresso no serviço público municipal, entre outros, conforme previsto na legislação específica. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, SP, 27 jan. 2025. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-64014-de-24-de-janeiro-de-2025>. Acesso em: 28 maio 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA ONCOLÓGICA. Os direitos do paciente com câncer. Disponível em: <https://sbco.org.br/conheca-os-direitos-do-paciente-com-cancer/>. Acesso em: 13/05/2025.

THERASKIN. Programa Suavidade. Quais são os direitos do paciente que vive com câncer? <https://www.programasuavidade.com.br/quais-sao-os-direitos-do-paciente-que-vive-com-cancer.html>. Acesso em: 13/05/2025.