Contribuições da Consulta Pública - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Pulmão - Conitec

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
30/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sou a favor de procedimentos minimamente invasivos para tratamentos de saúde, sobretudo de câncer.	Meu tio morreu em decorrência de câncer de pulmão. Eu gostaria que ele tivesse tido acesso a uma tecnologia minimamente invasiva à epoca para seu tratamento. Talvez tivesse tido mais chances de cura.
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Fundamental a incorporação de técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, como a videotoracoscopia - VATS e robótica - RATS, no tratamento dos pacientes do SUS, Isso muda completamente a jornada cirúrgica dos pacientes com câncer de pulmão
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	nao
01/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Ressaltar a importância da inclusão da cirurgia minimamente invasiva no tratamento do câncer de pulmão. Isso já é devidamente comprovado com inúmeros benefícios para o paciente e para o sistema de saúde, com menor custo	Não
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	1- Tornar obrigatória a disponibilidade de cirurgia torácica minimamente invasiva, toracoscopia e robótica, para tratamento do câncer de pulmão., 2- Disponibilizar o uso do PET CT para esclarecimento de nódulo pulmonar mesmo antes da biópsia, 3- Disponibilizar a realização de testes moleculares para definição precisa dos diferentes tipos de neoplasia maligna do pulmão, 4- Disponibilizar as terapias mais recentes como Imunoterapia e terapia alvo	Não há como tratar câncer de pulmão fora de um contexto de alta complexidade, devido a alta demanda por testes invasivos diagnósticos, de estadiamento, bem como tratamento cirúrgico. Desta forma toda infra-estrutura de diagnóstico e terapia deveria estar concentrada em unidades de tratamento de câncer, preferencialmente acadêmicas, no intuito não só de oferecer o melhor tratamento possível aos pacientes mas também formando profissionais e desenvolvendo pesquisa clínica.
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Reforçar a importância da VATS
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	NÃO	É DE EXTREMA IMPORTANCIA A CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA PARA PACIENTE COM NEOPLASIA DE PULMÃO. JÁ HÁ COMPROVADO BENEFÍCIO CLÍNICO DESTA ABORDAGEM EM COMPARAÇÃO COM A ABORDAGEM ABERTA, COM MENOR DOR PÓS OPERATÓRIA, RETIRADA ANTECIPADA DE DRENO, MENOS SANGRAMENTO E MENOR PERIÓDO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
01/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Incluir os tipos de cirurgia, enfatizando a cirurgia por video (VATS e RATS).,	Cabe neste relatório a informação para a inclusão de novos codigos na tabela SIGTAP e ampliar a associação dos códigos, bem como a inclusão de OPME?, Poderiar deixar algo que possa facilitar a introdução de novas tecnologias, materiais e medicamentos?
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Incentivos por resultados e menores tempo de internamento.	A vídeo cirurgia é uma ferramenta de baixo custo e de grandes resultados devendo ser investido em materiais e incentivado seu uso do SUS. A economia com tempo de internamento e os melhores resultados pagam a conta no fim do processo.
01/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Incluir a recomendação para ressecção pulmonar vídeo-assistida por sua menor morbi-mortalidade em relação a técnica aberta. Assim como a inclusão de um código “Lobectomia Pulmonar Videoassistida em oncologia” e a padronização do opme necessário a referida ressecção	Quanto a ressecação cirurgia a citada no ontem 11 desse questionário
01/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	NA	NA
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Inclusão de EBUS , Ampliação de aparelhos de PET-CT e prova de funcao pulmonar com DLCO, Inclusão de cirurgia por Videotoracoscopia, com uso de grampeadores cirúrgicos endoscópicos e energia avançada	Nao
01/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Incluir a cirurgia minimamente invasiva	Apenas parabenizar pela iniciativa
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Reforço a inclusão da cirurgia torácica vídeo-assistida (VATS) no SUS. Está é uma abordagem minimamente invasiva com menores compilações pós-operatórias e excelentes resultados oncológicos.	Não
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
01/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Minha opinião é que o SUS tem que estar sempre se modernizando para dar à população todos os recursos possíveis. É NECESSÁRIA A INCLUSÃO DA CIRURGIA POR VÍDEO TAMBÉM. Em 2020 minha mãe foi diagnosticada com câncer de pulmão, massa de 6 cm e me foi dito que não havia o que fazer, ela faleceu em 3 meses. Então, se há a possibilidade de uma cirurgia menos invasiva, por vídeo, onde o paciente pode se recuperar mais rapido, sou a favor dos hospitais terem como fazer isso.
01/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
01/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Acho importante que as cirurgias possam ter a opção de serem por videos.
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	nao	nao
01/10/2026	Interessado no tema	Boa	NÃO	A inclusão da cirurgia por vídeo também é super necessária.
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Como oncologista clínico, considero fundamental que o PCDT de câncer de pulmão garanta o acesso ao durvalumabe como terapia de consolidação para pacientes com câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) estágio III irressecável, sem progressão após quimiorradioterapia definitiva à base de platina., , Essa estratégia é sustentada por evidência de fase III robusta e com seguimento de longo prazo. No estudo PACIFIC, o durvalumabe reduziu em aproximadamente 28% o risco de morte (HR 0,72) e em 45% o risco de progressão ou morte (HR 0,55). A mediana de sobrevida global foi de 47,5 meses com durvalumabe versus 29,1 meses com placebo. Aos cinco anos, 42,9% dos pacientes tratados com durvalumabe estavam vivos, comparados a 33,4% no grupo placebo, a sobrevida livre de progressão em cinco anos foi de 33,1% versus 19,0%. Esses resultados demonstram um benefício clinicamente relevante, duradouro e obtido em um cenário de tratamento com intenção curativa., , O durvalumabe já possui indicação aprovada pela Anvisa para esse cenário e sua incorporação ao SUS foi formalmente determinada pela Portaria SECTICS/MS nº 21/2024. Portanto, sua presença clara no PCDT e, sobretudo, a garantia de acesso efetivo aos pacientes elegíveis são fundamentais para que o tratamento oferecido no SUS esteja alinhado às melhores evidências disponíveis e ao padrão de cuidado estabelecido internacionalmente., , Como oncologista que acompanha pacientes com câncer de pulmão, considero essencial que uma terapia capaz de aumentar de forma significativa e sustentada a chance de controle da doença e de sobrevida em um cenário potencialmente curativo esteja efetivamente disponível aos pacientes do SUS.	Como oncologista clínico, considero fundamental que o PCDT de câncer de pulmão garanta o acesso ao durvalumabe como terapia de consolidação para pacientes com câncer de pulmão de não pequenas células (CPNPC) estágio III irressecável, sem progressão após quimiorradioterapia definitiva à base de platina., , Essa estratégia é sustentada por evidência de fase III robusta e com seguimento de longo prazo. No estudo PACIFIC, o durvalumabe reduziu em aproximadamente 28% o risco de morte (HR 0,72) e em 45% o risco de progressão ou morte (HR 0,55). A mediana de sobrevida global foi de 47,5 meses com durvalumabe versus 29,1 meses com placebo. Aos cinco anos, 42,9% dos pacientes tratados com durvalumabe estavam vivos, comparados a 33,4% no grupo placebo, a sobrevida livre de progressão em cinco anos foi de 33,1% versus 19,0%. Esses resultados demonstram um benefício clinicamente relevante, duradouro e obtido em um cenário de tratamento com intenção curativa., , O durvalumabe já possui indicação aprovada pela Anvisa para esse cenário e sua incorporação ao SUS foi formalmente determinada pela Portaria SECTICS/MS nº 21/2024. Portanto, sua presença clara no PCDT e, sobretudo, a garantia de acesso efetivo aos pacientes elegíveis são fundamentais para que o tratamento oferecido no SUS esteja alinhado às melhores evidências disponíveis e ao padrão de cuidado estabelecido internacionalmente., , Como oncologista que acompanha pacientes com câncer de pulmão, considero essencial que uma terapia capaz de aumentar de forma significativa e sustentada a chance de controle da doença e de sobrevida em um cenário potencialmente curativo esteja efetivamente disponível aos pacientes do SUS.
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
01/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Gostaria de reforçar a informação que o câncer de pulmão é a neoplasia mais letal do mundo e precisamos investir no rastreio e nas terapêuticas!	Não!
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não,

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	sou a favor da incoroporação do Durvalumabe 10 mg/kg a cada 2 semanas ou 1.500 mg a cada 4 semanas por até 12 meses	.
01/10/2026	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Muito boa	Não	Não
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Houve ganho de qualidade de vida, eventos adversos manejáveis.
01/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não. Já ter referência ao VATS já foi de suma importância.	Momento importante pois é muito positivo terem incluído de forma explícita VATS no texto do PCDT. Muito importante ressaltarmo a importância desta inclusão tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde como uma terapia que traz eficiência na utilização dos recursos públicos.
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Sugiro que o PCDT explicite a necessidade de compatibilização da recomendação de pleuroscopia/videotoracoscopia e do EBUS para diagnóstico e estadiamento do câncer de pulmão com os respectivos procedimentos e mecanismos de financiamento da Tabela SIGTAP.	Não.
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Inclusão de tecnologias como eco- broncoscopia com biópsia	Este projeto tem pressa em Ser aprovado
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao,
02/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Gostaria que a incorporação de medicamentos de alto custo fosse um processo mais fácil e de maior alcance e sem tantas burocracia.	Que a lei fosse cumprida e mais pessoas tivessem acesso aos seus tratamentos
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
02/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Acho muito necessário a inclusão do medicamento no sus.	Nao
02/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Não.,	Gostaria de lembrar que o medicamento por não ser acessível tem muita demanda, então, adaptem o tratamento para todos.
02/10/2026	Gestores do SUS	Muito boa	Não	Não
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	'-	'-
02/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Adicionar que trata-se de um tratamento menos invasivo e com melhores resultados aos pacientes.	Hoje muitas especialidades oncológicas já possuem acesso a protocolos menos invasivos, inclusive no ano passado foi aprovada a incorporação para essas. O câncer de pulmão é o câncer que mais mata no Brasil. A incorporação é necessária a população.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
02/10/2026	Profissional de saúde	Regular	"A meu ver os métodos cirúrgicos, que são os de maior potencial curativo no câncer de pulmão foram pouco destacados., , Na área diagnostica faltou destacar a indicação mais liberal da biopsia transbrôquica como método de diagnostico precoce dos casos de câncer de pulmão (e também da tuberculose), dois problemas de saúde publica em nosso meio., , E também incluir a videomediastinoscopia que é fundamental no estadiamento do câncer de pulmão, principalmente quando não se dispõe de EBUS., , Na área cirúrgica propriamente dita, é necessário pontuar que a maior contribuição para os casos de câncer limitados seria a liberação de suturas mecânicas (grampeadores), o que permitiria o uso da ""cirurgia torácica vídeo assistida (VATS)"" nos pacientes do SUS. Sem isso, os pacientes tem que ser operados por toracotomias, que exigem internação mais prolongada, maior trauma na cirurgia, mais tempo para recuperação, etc..., "	Nao
02/10/2026	Profissional de saúde	Boa	ndn	ndn
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Como médica oncologista, manifesto-me favoravelmente à recomendação do durvalumabe como tratamento de consolidação para pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas, estádio III irressecável, sem progressão após quimiorradioterapia à base de platina, respeitando os critérios de elegibilidade e segurança previstos no protocolo., , Essa estratégia representa um avanço relevante em um cenário de tratamento com intenção curativa. O estudo PACIFIC demonstrou benefício sustentado em sobrevida global e sobrevida livre de progressão, consolidando o durvalumabe como padrão terapêutico para pacientes elegíveis. Oferecer essa possibilidade aos usuários do SUS significa ampliar as perspectivas de controle prolongado da doença., , Considero fundamental que a recomendação no PCDT seja acompanhada de condições concretas para sua implementação, incluindo financiamento adequado, fornecimento regular do medicamento e fluxos de autorização que permitam o início oportuno após a quimiorradioterapia. Também é necessário garantir os exames para seleção dos pacientes e o acompanhamento especializado para identificação e manejo de eventos adversos, especialmente pneumonite., , Defendo, portanto, a manutenção dessa recomendação no documento final e a garantia de acesso equitativo em todas as regiões do país. A disponibilidade do tratamento não deve depender da capacidade financeira do paciente ou da instituição em que é atendido. A incorporação precisa se traduzir em acesso efetivo, oportuno e contínuo, permitindo que o benefício demonstrado pelas evidências científicas alcance os pacientes atendidos pelo SUS.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Vats para o sus	Precisamos evoluir
02/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
02/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Tema muito importante para população
02/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Gostaria que tivessem sido incluídos outras opções terapêuticas já aprovadas pela ANVISA, como a imunoterapia. Essa terapia específica tem transformado o cuidado dos pacientes com câncer de pulmão, com aumento expressivo da sobrevida. E sua não disponibilização no SUS traz inequidade, uma vez que há diferença considerável de acesso aos tratamentos entre os pacientes do SUS e aqueles da saúde suplementar.	O texto traz importantes avanços, como a recomenação preliminar de incorporação do Durvalumabe mas ainda deixa de fora tratamentos já aprovados pela ANVISA e que vem transformando o cuidado dos pacientes com câncer de pulmão, como a imunoterapia., , Reforço que a incorporação do Durvalumabe já traz avnços importantes, assim como a consolidação do papel da Ecobroncoscopia e da Endoscopia com ultrassom como métodos de diagnóstico e estadiamento do câncer de pulmão
02/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
02/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Nao	Penso ser necessário considerar a importância da cirurgia por vídeo também nos procedimentos médicos de tratamento e diagnóstico.
02/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Sem alterações.	Sem comentários
02/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
02/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Perdi meu marido há 1 ano com neoplasia de testículo e metástase pulmonar e atualmente, minha mãe de 85 anos está em investigação inicial de câncer de pulmão, fará a bx em breve para diagnóstico. Todos os protocolos novos que surgirem para o tratamento, trazem esperança
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
03/10/2026	Interessado no tema	Boa	nao	nao

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
03/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Gostaria de solicitar a inclusão e ampliação de tecnologias mais modernas para o diagnóstico precoce e tratamento do câncer de pulmão no protocolo. Como familiar de quem já viveu a dor de acompanhar um ente querido (minha avó) enfrentando o câncer em um período com poucos recursos, sei o quanto o acesso rápido a terapias avançadas faz a diferença. Peço que contemple a ampliação do acesso a exames mais precisos, tratamento multidisciplinar rápido e tratamentos inovadores no SUS, reduzindo o tempo de espera e aumentando as chances de cura e qualidade de vida dos pacientes.	Concordo plenamente com a atualização das diretrizes e apoio a ampliação do acesso aos tratamentos no SUS. Minha avó teve câncer e vivenciamos na pele a dor e as dificuldades decorrentes da falta de recursos na época. Só quem passa por isso com um familiar sabe o impacto devastador da doença. Por isso, considero extremamente válida e urgente a inclusão de tecnologias modernas, diagnósticos precoces e tratamentos mais eficazes para o câncer de pulmão, garantindo mais qualidade de vida e chances de cura aos pacientes.
03/10/2026	Profissional de saúde	Boa	inposrtante novas e ajustes de tecnologia em geral	importante sempre investir no dg precoce novas tecnologias e sempre avaliar a cirurgia mesmo no estadio avancado,
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
03/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	N/a	Acredito que para ainda melhor seja incluido cirugia por video tambem
03/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
03/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Nao	Nao
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Acesso aos pacientes é extremamente importante.
03/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
03/10/2026	Paciente	Boa	Nós que temos ataxia temos pressa.	Quero ter melhor qualidade de vida e não morrer aos poucos.
04/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
04/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Não Não	Não
04/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
04/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não.	Não.
04/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
05/10/2026	Interessado no tema	Boa	Não	Acho a proposta ótima, mas precisamos incluir a cirurgia minimamente invasiva, pois ela já é uma realidade no convênio e somente no SUS as pessoas ainda passam por cirurgia aberta, que é muito mais dolorida e as pessoas ficam mais tempo internadas.
05/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
05/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
05/10/2026	Interessado no tema	Regular	"Fiquei surpreso com a pouca menção dada à TORACOSCOPIA VÍDEO-ASSISTIDA como modalidade de cirurgia, no item 7.3.1, e sem menção na Introdução do dosumento, sendo que as modalidades cirúrgicas minimamente invasivas trazem vantagens bem estabelecidas em relação às cirurgias convencionais - ou ""abertas"",, , Vantagens Gerais:, , • Menor agressão: Cortes menores reduzem o dano aos tecidos e o sangramento durante o procedimento., • Recuperação ágil: O tempo de internação hospitalar diminui e o paciente volta mais rápido à rotina., • Menos riscos: Há menor probabilidade de infecções e de necessidade de transfusão de sangue., , Vantagens em Pacientes Oncológicos:, , • Início precoce do tratamento complementar: A recuperação rápida permite iniciar terapias adjuvantes (como quimioterapia ou imunoterapia) mais cedo, sem atrasos causados por cicatrização lenta., • Preservação da imunidade: O menor impacto no organismo ajuda a manter o sistema imunológico mais forte após a operação., • Melhor tolerância em grupos de risco: Idosos ou pessoas com outras doenças suportam melhor o procedimento, viabilizando cirurgias antes consideradas complexas., , Benefícios específicos no tratamento do CPCNP:, , • Preservação da função pulmonar: As pequenas incisões evitam o trauma na musculatura intercostal, resultando em menor dor ao respirar no pós-operatório. Isso reduz drasticamente os riscos de complicações respiratórias graves, como pneumonia e atelectasia (colapso de partes do pulmão)., • Dissecção linfonodal mais precisa: No tratamento do câncer de pulmão, remover e analisar os linfonodos do mediastino é fundamental para o estadiamento correto da doença. A cirurgia robótica oferece uma visão ampliada em 3D e pinças multiarticuladas, permitindo uma limpeza linfonodal extremamente rigorosa, igual ou superior à cirurgia aberta., • Menor tempo com o dreno de tórax: O dreno, necessário para retirar ar e líquidos após a cirurgia, costuma ser removido mais cedo (frequentemente em até 4 dias), o que confere maior conforto e agilidade na alta hospitalar., • Viabilidade para pacientes idosos ou com DPOC: Pacientes que têm Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (enfisema ou bronquite crônica) ou idade avançada muitas vezes não tolerariam os riscos de uma cirurgia aberta. A técnica minimamente invasiva permite operá-los com segurança., , Finalmente, gostaria de citar que a ANS já prevê a cirurgia minimamente invasiva para o câncer de pulmão (a videotoracoscopia no Rol de Procedimentos). , Em termos de Sociedades Médicas, tanto a SBCT (Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica), quanto a SBOC (Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica) recomendam a Cirurgia Torácica Videoassistida como preferencial sempre que clinicamente indicada e quando houver equipe capacitada para tal."	Somente o citado no item 11. O SUS possui excelência em diversas áreas, e oncologia é uma delas. Algo tão importante quanto as cirurgias minimamente invasivas não podem ser exceção a esse padrão de excelência., , Agradeço.
05/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Precisamos de toda tecnologia disponível para o tratamento do câncer de pulmão. , É importante que o Ministério da Saúde mencione na apresentação do protocolo a efetiva disponibilização da cirurgia minimamente invasiva, uma vez que a diretriz anterior não explicitava a via de acesso ao tumor.	A cirurgia minimamente invasiva traz uma série de benefícios para os pacientes e para o sistema de saúde. , É importante que todos os trâmites burocráticos, incluindo codificação e valor de reembolso sejam realizados para a efetiva disponibilização da tecnologia.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
05/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Não
05/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	FALTOU INCLUSÃO DE PET-CT NO ESTADIAMENTO DAS NEOPLASIAS DE PEQUENAS CÉLULAS DE PULMÃO	DIZER DA IMPORTÂNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DE DURVALUMABE ADJUVANTE , APÓS QT/RT NOS TUMORES NÃO PEQUENAS CÉLULAS EC III
06/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	nao	Não temos até este momento nenhuma terapia para tratamento deste paciente do SUS a nao ser radioterapia com quimioterapia, A incorporação do Durvalumab dara um melhor beneficio e ganho de sobrevida global a esses pacientes
06/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não, para mim já está ótimo!	Não, para mim já está ótimo!
06/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
06/10/2026	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Muito boa	não	não
06/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Incluir a cirurgia minimamente invasivo é fundamental para a melhor recuperação do paciente e reduzir o tempo de internação, liberando leitos para atendimento de mais pacientes
06/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Achei a proposta essencial para melhoria do tratamento do câncer de pulmão	Sim gostaria muito que as cirurgias fossem realizadas em todos pacientes por videolaparoscopia o que melhoria significa mente o tratamento e principalmente a recuperação cirurgias minimamente invasivas são essenciais para todos !
06/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Na minha opinião, é muito importante incluir a cirurgia por vídeo, para que os pacientes do SUS também tenham acesso a uma técnica menos invasiva, que pode facilitar a recuperação, diminuir a dor e reduzir o tempo de internação. Acho justo que essas tecnologias estejam disponíveis também para quem depende do SUS.
06/10/2026	Paciente	Muito boa	Nao	Nao
06/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	O durvalumabe pós-QT-RT concomitante é padrão com benefício de SG sustentado em 5 anos.(42.9%) O maior ganho está em PD-L1 ?1%. EGFR mutado deve ir para osimertinibe (LAURA), e ALK não deve receber consolidação com IO. Os maiores pontos de debate são PD-L1 <1%, QT-RT sequencial e pacientes com pneumonite pós-RT.
06/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Por favor ofereçam o tratamento especializado ao paciente do SUS.
07/10/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/10/2026	Paciente	Muito boa	Tenho cancer e preciso muito de uma avaliação com essas equipe.	Muito difícil encontrar equipe especialista em cirugia torácica
07/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Bom	Bom
07/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Não
07/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Não	"A inclusão desse tratamento pode aumentar significativamente as chances de ""cura"" dos paciente e reduzindo custos com tratamentos paliativos nos casos de recidiva."
07/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
07/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	A incorporacão da medicação sera de grande importância na resposta ao tratamento de pacientes com cancer de pulmão E.III.
07/10/2026	Paciente	Boa	Não	Não
07/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não gostaria	Não gostaria
08/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Interessante avaliar a inclusão de sistema de drenagem digital, para melhoria do controle pós-operatório, maximizando o período de internação e alarmando com maior brevidade a necessidade de reabordagem cirúrgica, reduzindo os riscos de obstruções severas que impedem a alta hospitalar e podem levar a óbito.	Avaliar tecnicamente a drenologia do paciente, melhorar a cirurgia e estender internação por falha de dreno prejudica o paciente e toda a rede assistencial.
08/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Precisaremos levar mais oportunidades a todas as pessoas. SUS é uma grande vitrine de visibilidade mundial.
08/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não obrigada.	Seria extraordinário para os pacientes
08/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	É muito importante que tenhamos essa opção de uma cirurgia menos invasiva por video no Torax, para minimizar os efeitos ruins de uma cirurgia.
08/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	A inclusão da cirurgia minimamente invasiva, especialmente a cirurgia torácica videoassistida (VATS), é de grande importância, pois proporciona menor trauma cirúrgico, menos dor e recuperação mais rápida, além de apresentar **potencial significativo de cura para o paciente, quando indicada adequadamente**.
08/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	O Tema é super relevante, pois irá contribuir pra um melhor tratamento pros pacientes, com uma recuperação mais rápida e menos dolorosa, trazendo dignidade às pessoas e melhor retorno ao trabalho, quando aplicável.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Parabenizo a iniciativa desta consulta pública pela oportunidade de contribuir para o aprimoramento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Pulmão e para a qualificação da assistência às pessoas acometidas pela doença., , Como profissional da saúde e familiar e acompanhante de paciente oncológico, considero fundamental que o cuidado integral contemple, além dos tratamentos sistêmicos e radioterápicos, o acesso oportuno ao tratamento cirúrgico, incluindo as abordagens minimamente invasivas, quando clinicamente indicadas., , Nesse sentido, destaco positivamente o item 7.3.1, que reconhece o potencial curativo da cirurgia no câncer de pulmão de células não pequenas e menciona a toracoscopia vídeo-assistida. Sugiro que a versão final do protocolo detalhe o papel da cirurgia torácica vídeo-assistida — VATS, na sigla em inglês — e as condições necessárias para sua oferta na rede assistencial. Em pacientes adequadamente selecionados, sobretudo com doença em estádios iniciais e ressecável, a ressecção cirúrgica pode ser realizada com intenção curativa, respeitando os princípios oncológicos de ressecção completa e adequada avaliação linfonodal., , A relevância dessa abordagem também se relaciona à recuperação e à qualidade de vida. O ensaio clínico randomizado VIOLET demonstrou benefícios da lobectomia por VATS em comparação à cirurgia aberta, incluindo melhor recuperação funcional, menor dor prolongada e menor tempo de internação hospitalar (Lim et al., 2022)., , Ressalto, ainda, a importância de integrar a cirurgia às estratégias de tratamento multimodal, associando-a a tratamentos sistêmicos e, em situações específicas, à radioterapia, conforme o estadiamento, a ressecabilidade e as condições clínicas e funcionais do paciente. Essa definição deve ocorrer em discussão multidisciplinar, com participação da cirurgia torácica, oncologia clínica, pneumologia e radioterapia, considerando também as preferências da pessoa em tratamento., , Assim, recomendo que o protocolo fortaleça as orientações para encaminhamento oportuno à avaliação cirúrgica especializada e para o acesso equitativo às técnicas minimamente invasivas, com equipes capacitadas e infraestrutura adequada. Na minha perspectiva profissional e na vivência como familiar e acompanhante, ampliar o acesso às opções terapêuticas respaldadas por evidências significa oferecer possibilidades de tratamento individualizadas, com atenção à segurança, à recuperação, à qualidade de vida e ao potencial de cura.
08/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Nao	Nao

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	É importante incluir a cirurgia (VATS) Minimamente invasiva, pois faz toda diferença para o paciente envolvido em questão.
08/10/2026	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Muito boa	Não	Não
08/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	não	Deveriamos incluir a importância de cirurgia minimamente invasiva / cirurgia por vídeo de tórax/VATS.
08/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
08/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Acredito que precise incluir a a incorporação da toracoscopia vídeo-assistida que vocês mencionam no 7.3.1.. Afinal a cirurgia por vídeo oncológica já é uma realidade em outras especialidades cirúrgicas, o que me faz entender que vocês também entendem os diversos benefícios da cirurgia minimamente invasiva.	Todo o protocolo é muito bom, porém A VATS, sigla em inglês para cirurgia Videotoracospia assistida necessita ser incluída como parte desse tratamento. A cirurgia por vídeo já é uma realidade amplamente conhecida com melhores benefícios não só para o paciente, mas inclusive para o sistema de saúde.
08/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	nao	nao
09/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	NÃO	É NECESSÁRIO A INCLUSÃO DA CIRURGIA POR VÍDEO TAMBÉM. SERÁ MUITO MAIS EFICIENTE
09/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não, obrigada.	Não, obrigada.
09/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
09/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Investimento em pacientes em estágios iniciais é muito bom do ponto de vista de custo benefício.	Nao
09/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Como cirurgião torácico entendo que falta inclusão da cirurgia minimamente invasiva como padrão de tratamento para doença inicial. Existem dados na literatura médica mostrando a superioridade desta técnica em comparação com a técnica convencional quanto a tempo de recuperação, tempo de internação e retorno as atividades laborativas, sem perder qualidade de controle oncológico da doença. , Ainda existe literatura mostrando que em termos de custos há equivalencia entre as técnicas, quando considerado o custo global.,	não
09/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
10/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não.	Toda *Tecnologia: medicamento, produto ou procedimento deve ser incorporada ao SUS. TODAS as pessoas que possuem alguma doença ou condição que precisa de tratamento específico com medicamentos, procedimentos ou acompanhamentos de profissionais específicos, têm que ter o direito ao acesso. A vida é o bem mais precioso que existe, temos que cuidar da melhor forma pois isso impacta diretamente em toda a sociedade. E se existem estudos novos, procedimentos/condutas novos, e tudo o mais de novo e tecnológico que possa contribuir para um rápido diagnóstico, e uma melhor abordagem de cura para o paciente, tudo tem que estar disponível no SUS.
10/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não, apoio exatamente como foi proposta	Gostei muito da iniciativa, tem tudo para ser ótima para a população visto aue tal enfermidade tem se alastrado descomunalmente pelo país
10/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nada	Não
12/10/2026	Interessado no tema	Ruim	aue a lei seja a favor dos nescessitados	que seja aprovada pela comissao
13/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
13/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Nao	Nao
13/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Essa ação é de extrema importância para o SUS. Pacientes com menos condições ter acesso a cirurgias por vídeo, diminuindo tempo de internação é importante.
13/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	n/a	n/a
13/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
13/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não, achei a proposta adequada.	Acho interessante essa proposta e caso aprovado, o quão será benéfica para os pacientes portadores desta patologia.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
14/10/2026	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	"[Texto completo no anexo] ""... A AstraZeneca manifesta apoio à recomendação preliminar favorável à publicação do PCDT do Câncer de Pulmão e à inclusão de IMFINZI® (durvalumabe) como tratamento de consolidação de pacientes com CPNPC estágio III irressecável cuja doença não progrediu após QRT à base de platina. Em síntese, a empresa respeitosamente sugere: (I) a indicação do regime de dose fixa de 1.500 mg a cada 4 semanas, com a apresentação de 500 mg/10 mL, como regime posológico preferencial para pacientes com peso superior a 30 kg, sendo mantido o regime por peso para pacientes com peso igual ou inferior a 30 kg, (II) o esclarecimento do fluxo assistencial,do prazo de disponibilização e da definição de financiamento do teste rt-PCR para detecção de mutação do EGFR, e (III) a orientação de que a testagem molecular, quando indicada, seja realizada no momento do diagnóstico, sem que a indisponibilidade ou a pendência do resultado impeça o início do tratamento com durvalumabe, em harmonia com o segundo parágrafo da página 23 do Relatório Preliminar.""""	[Texto completo no anexo] Em complemento ao item anterior, a AstraZeneca destaca:, , I) Posologia durvalumabe (dose fixa para pacientes acima de 30kg): além de equivalente em exposição ao regime por peso, reduz de 26 para 13 as infusões em 12 meses, com menos deslocamentos do paciente e potencial redução de custos do SUS com Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Para os CACON e as UNACON, elimina a sobra por frasco e simplifica prescrição, preparo, estoque e programação. Recomenda-se que as estimativas de demanda e de impacto orçamentário considerem a distribuição de peso da população elegível: acima de 72 kg, a dose por peso consome mais miligramas por ano do que a dose fixa., , II) Fluxo assistencial do rt-PCR para EGFR: incorporado pela Portaria SECTICS/MS nº 8/2024, que previa a oferta em até 180 dias, o teste ainda não tem fluxo definido no Relatório Preliminar. Sugere-se que o PCDT, ou ato normativo complementar, detalhe: o momento da solicitação, preferencialmente no diagnóstico histopatológico e a partir do mesmo espécime tumoral (Seção 4.2), quais profissionais podem solicitá-lo, o encaminhamento da amostra aos laboratórios habilitados, inclusive em arranjos regionais com logística de transporte, e o prazo esperado para emissão do laudo, compatível com a decisão terapêutica. Esse detalhamento evita que o teste se torne gargalo de acesso às terapias-alvo e reduz desigualdades regionais., , III) Regulação e autorização teste molecular: sugere-se que a autorização do tratamento de consolidação com durvalumabe (Seção 9) se baseie nos critérios clínicos e de estadiamento que fundamentaram a incorporação, sem condicioná-la ao resultado prévio do teste molecular. A indicação abrange todo o estágio III irressecável, inclusive o estádio IIIA, ao qual não se refere a orientação de perfil molecular prevista para a quimioterapia paliativa nos estádios IIIB e IV.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
14/10/2026	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	"[Texto completo no anexo] ""... A AstraZeneca manifesta apoio à recomendação preliminar favorável à publicação do PCDT do Câncer de Pulmão e à inclusão de IMFINZI® (durvalumabe) como tratamento de consolidação de pacientes com CPNPC estágio III irressecável cuja doença não progrediu após QRT à base de platina. Em síntese, a empresa respeitosamente sugere: (I) a indicação do regime de dose fixa de 1.500 mg a cada 4 semanas, com a apresentação de 500 mg/10 mL, como regime posológico preferencial para pacientes com peso superior a 30 kg, sendo mantido o regime por peso para pacientes com peso igual ou inferior a 30 kg, (II) o esclarecimento do fluxo assistencial,do prazo de disponibilização e da definição de financiamento do teste rt-PCR para detecção de mutação do EGFR, e (III) a orientação de que a testagem molecular, quando indicada, seja realizada no momento do diagnóstico, sem que a indisponibilidade ou a pendência do resultado impeça o início do tratamento com durvalumabe, em harmonia com o segundo parágrafo da página 23 do Relatório Preliminar.""""	[Texto completo no anexo] Em complemento ao item anterior, a AstraZeneca destaca: I) Posologia durvalumabe (dose fixa para pacientes acima de 30kg): além de equivalente em exposição ao regime por peso, reduz de 26 para 13 as infusões em 12 meses, com menos deslocamentos do paciente e potencial redução de custos do SUS com Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Para os CACON e as UNACON, elimina a sobra por frasco e simplifica prescrição, preparo, estoque e programação. Recomenda-se que as estimativas de demanda e de impacto orçamentário considerem a distribuição de peso da população elegível. II) Fluxo assistencial do rt-PCR para EGFR: incorporado pela Portaria SECTICS/MS nº 8/2024, que previa a oferta em até 180 dias, o teste ainda não tem fluxo definido no Relatório Preliminar. Sugere-se que o PCDT, ou ato normativo complementar, detalhe: o momento da solicitação, preferencialmente no diagnóstico histopatológico e a partir do mesmo espécime tumoral (Seção 4.2), quais profissionais podem solicitá-lo, o encaminhamento da amostra aos laboratórios habilitados, inclusive em arranjos regionais com logística de transporte, e o prazo esperado para emissão do laudo, compatível com a decisão terapêutica. Esse detalhamento evita que o teste se torne gargalo de acesso às terapias-alvo e reduz desigualdades regionais. III) Regulação e autorização de teste molecular: sugere-se que a autorização do tratamento de consolidação com durvalumabe (Seção 9) se baseie nos critérios clínicos e de estadiamento que fundamentaram a incorporação, sem condicioná-la ao resultado prévio do teste molecular. A indicação abrange todo o estágio III irressecável, inclusive o estádio IIIA, ao qual não se refere a orientação de perfil molecular prevista para a quimioterapia paliativa nos estádios IIIB e IV.
14/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	não	Reforçar a importância da incorporação do durvalumabe aos pacientes com estágio III submetidos à quimioterapia e radioterapia como tratamento radical. O estudo Pacific foi uma mudança de paradigma neste cen´ário ao mostrar 47,5 x 29,1 meses de sobrevida global em 5 anos de seguimento a favor do uso do durvalumabe por 1 ano versus a observação. Este dado reforça essa importância da incorporação. Caso esse paciente não receba durvalumabe, a chance de progressão com internamentos e intercorrências aumenta.
14/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Não	Não
14/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Sem alterações	Apresentação de dose fixa é melhor que variável
15/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Acho importante

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
15/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Não	Importante a opção de ter um tratamento para câncer de pulmão pelo SuS
15/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
15/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	teria q incluir ressecção pulmonar por videotoracoscopia como o tratamento padrão do câncer de pulmão operável e a linfadenectomia por video	não
15/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	É um importante tratamento que aumentam as chances de cura para o tipo de câncer mais mortal do país.
15/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Gostaria que o durvalumabe seja incluso para o tratamento de cancer de pulmão o que traria excelentes resultados, benefícios e redução de efeitos colaterais em detrimentos da quimioterapia	O tratamento é indispensável para os pacientes que tem indicação e muda mortalidade e qualidade de vida
15/10/2026	Paciente	Boa	Está muito demorado para começar o tratamento acho q vou morrer antes	Nao
16/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	não	não
16/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	estou de acordo com a atuliação, porem é importante ressaltar que precisamos ter acesso a exames de imagem com rapidez para comprovar a não progressão de doença	Sou totalmente favorável à atualização do PCDT, pois a inclusão do durvalumabe amplia o acesso a um tratamento com benefício comprovado em sobrevida, oferecendo maior chance de controle duradouro da doença e de cura. Intervir precocemente, após a quimiorradioterapia, pode reduzir o risco de progressão para doença metastática, que exige tratamentos mais complexos e potencialmente mais onerosos para o SUS. Trata-se, portanto, de uma medida que valoriza a vida, promove equidade no acesso à inovação e pode contribuir para a sustentabilidade do sistema público de saúde.
16/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não.	Não
16/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
16/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/10/2026	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Muito boa	A Medtronic considera que a explicitação da toracoscopia vídeo-assistida (VATS) como abordagem cirúrgica recomendada para pacientes elegíveis com câncer de pulmão de células não pequenas representa um dos principais avanços da proposta de atualização do PCDT. Nesse sentido, sugerimos que esse aspecto receba maior destaque na apresentação e nas mensagens centrais do documento, uma vez que está alinhado às principais diretrizes clínicas internacionais e reflete a evolução das práticas cirúrgicas para abordagens minimamente invasivas, associadas a melhores desfechos de recuperação, menor dor pós-operatória e melhor qualidade de vida dos pacientes.	A Medtronic parabeniza a CONITEC pela inclusão explícita da toracoscopia vídeo-assistida (VATS) no PCDT de Câncer de Pulmão, reconhecendo a relevância dessa atualização para a modernização do cuidado cirúrgico oncológico no SUS. , Considerando as evidências clínicas e econômicas apresentadas nesta contribuição, entendemos que a efetiva implementação dessa recomendação poderá ampliar o acesso dos pacientes a uma abordagem menos invasiva, mantendo resultados oncológicos equivalentes e proporcionando benefícios relevantes em recuperação pós-operatória, complicações e qualidade de vida. , Nesse contexto, será importante que a atualização clínica proposta pelo PCDT seja acompanhada da evolução dos instrumentos administrativos, assistenciais e de financiamento necessários para viabilizar a adoção da VATS pelos serviços de saúde e garantir que os benefícios previstos no protocolo possam ser efetivamente disponibilizados aos usuários do SUS.
16/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
16/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Sintomas em pacientes com câncer de pulmão ocorrem, invariavelmente quando a doença já está nas fases avançadas, não servindo de orientação para diagnóstico precoce e necessitando investigação diagnóstica com urgência., Últimas revisões sobre rastreamento aboliram os 15 anos de abstinência ao tabagismo como fatos excludente ao seguimento do rastreamento do câncer de pulmão, Há publicação brasileira sobre custo-efetividade do rastreamento do câncer de pulmão, 1. DOI: 10.3322/caac.21811, 2. DOI: 10.1200/GO-25-00097	A cirurgia minimamente invasiva no tórax (cirurgia torácica video-assistida) tem tempo de internação menor e possibilita retorno ao trabalho mais precoce quando comparada a cirurgia convencional (aberta). A redução de ambos (tempo de internação e tempo de retorno ao trabalho) fica em torno de 50%. Há redução da morbidade (dor, tempo de permanência do dreno), do custo hospitalar (menor necessidade de UTI para o pôs-operatorio imediato), menor tempo de internação, menor custo com medicações. O retorno à atividade profissional, apesar de não computado sob o ponto de vista de custo, também contribui com menor custo social de afastamento no trabalho., 1. lume.ufrgs.br/handle/10183/288162?locale-attribute=pt_BR , CUSTO-EFETIVIDADE DA LOBECTOMIA POR VIDEOTORACOSCOPIA VERSUS LOBECTOMIA ABERTA EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO SOB OBOLHAR DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Flávia Magalhães Howes

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	"SUGESTÃO I: , Sugerimos que a cirurgia torácica minimamente invasiva por videotoracoscopia (VATS) seja mencionada de forma explícita já na seção de apresentação do PCDT, destacando sua relevância clínica e seu papel no cuidado contemporâneo do câncer de pulmão. As principais diretrizes internacionais como NCCN e ESMO recomendam a utilização preferencial de abordagens minimamente invasivas, incluindo VATS, para pacientes elegíveis, considerando os benefícios clínicos e assistenciais associados a essa técnica [1,2]., Entendemos que a explicitação da VATS no texto introdutório do protocolo confere maior clareza quanto à importância desse avanço para o SUS e representa uma evolução relevante em relação às Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas publicadas em 2014, nas quais a via de acesso cirúrgico não era mencionada na descrição das estratégias terapêuticas disponibilizadas [3]., Além disso, a inclusão expressa da técnica no PCDT reforça o compromisso do sistema de saúde com a adoção de práticas baseadas em evidências e alinhadas aos padrões assistenciais atualmente recomendados internacionalmente., [1] National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Guidelines Version 5.2026 Non-Small Cell Lung Cancer [Internet]. 2026. Available from: https://www.nccn.org/home/member-, [2] - Zer A, Ahn MJ, Barlesi F, Bubendorf L, De Ruysscher D, Garrido P, et al. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. 2025 Nov, 36(11):1245–62. doi:10.1016/j.annonc.2025.08.003, [3] - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Pulmão [Internet]. 2014 [cited 2025 Oct 9]. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/ddt_capulmao_26092014.pdf/view, , , SUGESTÃO II: , Proposta de inclusão da ablação térmica percutânea guiada por imagem (crioablação, radiofrequência e micro-ondas) como alternativa terapêutica para pacientes selecionados com câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP)., 1. Identificação dos trechos do PCDT para alteração, A presente contribuição refere-se ao relatório preliminar do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Pulmão, submetido à Consulta Pública nº 100/2026, especificamente aos seguintes trechos:, •Página 13 - Seção 7, Abordagem terapêutica: descrição das modalidades terapêuticas disponíveis para o câncer de pulmão., •Páginas 19–20 - Seção 7.3.2, Radioterapia: abordagem do tratamento locorregional do CPCNP, incluindo a radioterapia ablativa estereotáxica para pacientes em estádio I sem condições clínicas para cirurgia., •Página 25 - Alternativas terapêuticas para CPCNP estádio I: apresentação das opções terapêuticas, incluindo cirurgia, radioterapia ablativa torácica e radioterapia radical., Embora o documento contemple modalidades cirúrgicas, radioterápicas e sistêmicas, não há referência específica à ablação térmica percutânea guiada por imagem como alternativa terapêutica para pacientes com CPCNP em estádio inicial clinicamente inoperáveis [1]., 2. Proposta de inclusão no PCDT, Sugere-se a inclusão do seguinte texto na seção 7.3, referente ao tratamento do câncer	"A ABIMED parabeniza a CONITEC e o Ministério da Saúde pela proposta de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Câncer de Pulmão, especialmente pela incorporação de avanços capazes de ampliar a qualidade da assistência oferecida aos pacientes do Sistema Único de Saúde, com destaque para as práticas cirúrgicas que recentemente forum destaque na impressa mundial por conta do procedimento cirúrgico para ressecção de CA de pulmão ao qual foi submetido o Papa Leão XIV., Oportunamente, reconhece e valoriza o importante esforço realizado pelo Ministério da Saúde na revisão e atualização deste PCDT., Entretanto, para que os benefícios clínicos esperados sejam concretamente alcançados, é fundamental que a atualização do protocolo seja acompanhada das medidas administrativas necessárias à sua implementação, incluindo a adequada codificação dos procedimentos, definição de financiamento e revisão dos valores de remuneração compatíveis com a utilização da técnica minimamente invasiva. Atualmente, os procedimentos cirúrgicos relacionados ao câncer de pulmão no SUS não diferenciam explicitamente a realização por cirurgia aberta ou por videotoracoscopia, o que pode representar uma barreira à adoção da técnica na prática assistencial., A literatura científica demonstra de forma consistente que a VATS está associada à redução do tempo de internação hospitalar, menor incidência de complicações pós-operatórias, menor dor pós-cirúrgica e melhores resultados clínicos quando comparada à cirurgia aberta [4]., Dessa forma, a ABIMED sugere que os desdobramentos operacionais decorrentes desta atualização do PCDT sejam conduzidos de maneira prioritária, permitindo que os pacientes do SUS possam efetivamente se beneficiar dos avanços propostos pelo protocolo e tenham acesso equitativo às melhores práticas cirúrgicas atualmente disponíveis para o tratamento do câncer de pulmão., [4] Han L, Cheng H, Liu J, Gao W, Wang H, Xie H, et al. Original Article Effect of video-assisted thoracoscopic surgery on immune function and trauma in patients with non-small cell lung cancer. Int J Clin Exp Med [Internet]. 2018. Available from: www.ijcem.com/, , Ademais, o guideline do National Comprehensive Cancer Network (NCCN), em seus princípios para o tratamento cirúrgico do câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP), recomenda a ressecção pulmonar anatômica para a maioria dos pacientes. , Para tumores periféricos T1a/b, N0, a segmentectomia e a ressecção em cunha devem ser fortemente consideradas, desde que sejam respeitadas margens cirúrgicas adequadas, iguais ou superiores a 2 cm ou ao tamanho do nódulo, e que seja realizada a

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			de pulmão de células não pequenas:, Ablação térmica percutânea guiada por imagem, A ablação térmica percutânea guiada por imagem constitui uma modalidade de tratamento locorregional minimamente invasiva, que utiliza diferentes mecanismos físicos para produzir destruição tecidual controlada. Entre as técnicas disponíveis estão a crioablação, ablação por radiofrequência (RFA) e a ablação por micro-ondas (MWA) [2,3]., Em pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP) em estádio I, especialmente estádio IA, clinicamente inoperáveis ou com risco cirúrgico elevado, a ablação térmica percutânea poderá ser considerada em situações selecionadas, particularmente quando a radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) apresentar contraindicação, risco elevado de complicações ou expectativa de eficácia limitada [2–4]., A indicação deverá ser individualizada e discutida por equipe multidisciplinar, incluindo oncologista clínico, cirurgião torácico, radioterapeuta e radiologista intervencionista, considerando o estadiamento, o tamanho e a localização tumoral, a reserva funcional pulmonar, as comorbidades, os riscos associados ao procedimento e as preferências do paciente [2,3]., A utilização dessas técnicas deverá observar a disponibilidade de infraestrutura adequada, profissionais capacitados e protocolos institucionais de segurança, bem como os processos regulatórios e de incorporação de tecnologias em saúde aplicáveis ao SUS., Inclusão proposta na página 25 — Estádio I, Sugere-se acrescentar às alternativas terapêuticas:, Ablação térmica percutânea guiada por imagem, incluindo crioablação, radiofrequência e micro-ondas, em pacientes clinicamente inoperáveis selecionados, especialmente quando a radioterapia estereotáxica corporal não for considerada adequada, mediante avaliação multidisciplinar e observadas as condições de incorporação e financiamento no SUS., 3. Justificativa técnico-científica, 3.1. Reconhecimento da ablação percutânea em diretrizes internacionais, A ablação térmica percutânea guiada por imagem é reconhecida em pareceres internacionais de sociedades científicas como uma modalidade de tratamento locorregional para pacientes selecionados com neoplasias pulmonares primárias ou secundárias., O posicionamento multidisciplinar da Society of Interventional Radiology (SIR), publicado em 2021 e endossado por sociedades internacionais de radiologia e oncologia intervencionista, reconhece a ablação térmica guiada por imagem como opção de tratamento para pacientes com CPCNP estádio I clinicamente inoperáveis e para determinadas situações de doença pulmonar recorrente [2]., O documento contempla diferentes modalidades de ablação, incluindo radiofrequência, micro-ondas e crioablação, destacando a importância da seleção apropriada dos pacientes, das características da lesão e da experiência da equipe responsável pelo procedimento., Os Standards of Practice da Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE), publicados em 2020, também descrevem a ablação térmica percutânea como modalidade de tratamento para tumores pulmonares primários e secundários, enfatizando a necessidade de estadiamento adequado, planejamento por imagem, seleção criteriosa e acompanhamento dos resultados clínicos [3]., A	amostragem apropriada das estações linfonodais N1 e N2, exceto quando tecnicamente inviável sem aumento substancial do risco cirúrgico. , A segmentectomia, preferencialmente, ou a ressecção em cunha também são alternativas apropriadas para pacientes selecionados com baixa reserva pulmonar ou comorbidades importantes que contraindiquem a lobectomia. , O NCCN recomenda ainda que a cirurgia minimamente invasiva, realizada por videotoracoscopia (VATS) ou assistida por robô (RATS), seja fortemente considerada em pacientes sem contraindicações anatômicas ou cirúrgicas, desde que os princípios oncológicos e os padrões de dissecção cirúrgica sejam preservados e que os cirurgiões possuam e mantenham proficiência nessas técnicas. , O guideline destaca que, em centros de grande volume e com experiência significativa em VATS ou RATS, a lobectomia por essas abordagens, em pacientes selecionados, está associada a melhores desfechos iniciais, como menor dor, menor tempo de internação, recuperação mais rápida das atividades habituais e menor ocorrência de complicações, sem comprometimento dos resultados oncológicos. Além disso, quando anatomicamente apropriada e com possibilidade de obtenção de margens cirúrgicas negativas, a ressecção anatômica com preservação do parênquima pulmonar, como a lobectomia em cunha, é preferível à pneumonectomia. Por fim, para tumores T3 por invasão e tumores T4 com invasão local, recomenda-se a ressecção em bloco das estruturas acometidas, com obtenção de margens negativas. Quando houver dúvidas quanto à possibilidade de ressecção completa, o guideline orienta considerar uma avaliação cirúrgica adicional em um centro especializado de grande volume., 1.NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC). Version 9.2026. Plymouth Meeting, PA: NCCN, 22 set. 2026., 2.Altorki N, et al. Lob ar or sublobar resection for peripheral stage IA non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2023, 388:489-498. , 3.Saji H, et al. Segmentectomy versus lobectomy in small-sized peripheral non-small-cell lung cancer (JCOG0802/WJOG4607L): A multicentre, open-label, phase 3, randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet. 2022, 399:1607-1617., 4.Kim E, et al. Video-assisted thoracoscopic or open lobectomy in early-stage lung cancer. NEJM Evid. 2022, 1:EVIDoa2100016., , Por sua vez, a diretriz de prática clínica da Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO)1 apresenta as seguintes recomendações para o tratamento cirúrgico do câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP):, •A cirurgia deve ser oferecida a todos os pacientes com CPCNP

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			diretriz de prática clínica do American College of Chest Physicians (ACCP/CHEST), publicada em 2025, também contempla as modalidades de ablação percutânea avaliadas para o tratamento do câncer de pulmão de células não pequenas em estádio inicial [4]. A diretriz considera técnicas ablativas como radiofrequência, micro-ondas e crioablação, analisando seu papel no tratamento locorregional de pacientes clinicamente inoperáveis. Para pacientes com CPCNP estádio I clinicamente inoperáveis, a ACCP reconhece que a ablação percutânea pode constituir uma abordagem razoável em circunstâncias clínicas selecionadas, particularmente quando a SBRT apresenta risco elevado de complicações ou expectativa de eficácia limitada. A inclusão expressa das técnicas ablativas entre as técnicas avaliadas pela ACCP reforça sua relevância clínica como modalidade de tratamento locorregional e a pertinência de sua consideração em protocolos terapêuticos nacionais [4]., 3.2. Potencial aplicação em pacientes com contraindicação cirúrgica, Pacientes com CPCNP em estádio inicial podem apresentar condições clínicas que limitam a realização de ressecção cirúrgica, incluindo comprometimento da função pulmonar, comorbidades cardiovasculares e risco anestésico elevado., Nesses casos, a SBRT constitui uma modalidade terapêutica estabelecida e deve permanecer como referência na seleção do tratamento local., Entretanto, determinadas características clínicas ou anatômicas podem limitar sua adequação, justificando a avaliação individualizada de outras estratégias locorregionais [2–4]., A ablação térmica percutânea oferece uma abordagem de tratamento local que não exige ressecção cirúrgica e pode ser considerada em pacientes selecionados, desde que os potenciais benefícios sejam avaliados em conjunto com os riscos de complicações, falha de controle local e necessidade de retratamento., Entre os eventos adversos relevantes estão pneumotórax, hemorragia, dor e complicações respiratórias, cuja ocorrência depende de fatores relacionados ao paciente, à lesão e à técnica utilizada [2,3]., A decisão terapêutica deve considerar a relação entre benefício e risco individual, sem pressupor equivalência de resultados entre ablação, cirurgia e radioterapia., [1] BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Pulmão: relatório de recomendação preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. 52 p. Documento submetido à Consulta Pública nº 100/2026., [2] Genshaft SJ, Suh RD, Abtin F, Baerlocher MO, Chang AJ, Dariushnia SR, Devane AM, Faintuch S, Himes EA, Lisberg A, Padia S, Patel S, Tam AL, Yanagawa J. Society of Interventional Radiology Multidisciplinary Position Statement on Percutaneous Ablation of Non-small Cell Lung Cancer and Metastatic Disease to the Lungs: Endorsed by the Canadian Association for Interventional Radiology, the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, and the Society of Interventional Oncology. J Vasc Interv Radiol. 2021 Aug, 32(8):1241.e1-1241.e12. doi: 10.1016/j.jvir.2021.04.024. PMID: 34332724., [3] Pusceddu, Claudio. ""CIRSE Standards of Practice on Thermal Ablation of Primary and Secondary Lung Tumours."" CardioVascular and Interventional Radiology	operável em estágios I e II que estejam dispostos a aceitar os riscos associados ao procedimento [III, A]., •A cirurgia toracoscópica videoassistida (video-assisted thoracoscopic surgery — VATS) ou a cirurgia toracoscópica assistida por robô (robotic-assisted thoracoscopic surgery — RATS) são recomendadas para pacientes com tumores em estágios I e II [I, A]., •As abordagens minimamente invasivas podem ser consideradas para tumores ressecáveis em estágio III, de acordo com a experiência do cirurgião [V, C]., A ESMO destaca que a cirurgia minimamente invasiva (CMI), realizada por VATS ou RATS, consolidou-se como uma abordagem importante no tratamento cirúrgico do CPCNP. A VATS apresenta resultados oncológicos equivalentes aos da toracotomia, com menor morbidade, conforme demonstrado pelo ensaio clínico randomizado multicêntrico VIOLET.2 Entre seus benefícios, destacam-se a redução da dor incisional, a melhora da função física após cinco semanas, o menor tempo de internação hospitalar e a redução das reinternações.2,3, Adicionalmente, as evidências disponíveis indicam que a RATS e a VATS apresentam resultados comparáveis em relação às taxas de ressecção completa com margens cirúrgicas negativas (R0), ao upstaging linfonodal — quando o estadiamento é atualizado em razão da identificação de comprometimento linfonodal — e às taxas de complicações, conforme demonstrado em diferentes metanálises. Esses achados reforçam a relevância das abordagens minimamente invasivas na cirurgia torácica oncológica, considerando a seleção adequada dos pacientes, o estágio da doença e a experiência da equipe cirúrgica.4,5, 1.Zer A, et al. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2025, 36:1245–1262., 2.Kim E, et al. Video-assisted thoracoscopic or open lobectomy in early-stage lung cancer. NEJM Evid. 2022, 1(3): EVIDoa2100016. , 3.Bendixen M, et al. Postoperative pain and quality of life after lobectomy via video-assisted thoracoscopic surgery or anterolateral thoracotomy for early stage lung cancer: a randomised controlled trial. Lancet Oncol. 2016, 17(6):836-844. , 4.Zhou Q, Huang J, Pan F, et al. Operative outcomes and long-term survival of robotic-assisted segmentectomy for stage IA lung cancer compared with video-assisted thoracoscopic segmentectomy. Transl Lung Cancer Res. 2020, 9(2):306-315., 5.Ma J, Li X, Zhao S, et al. Robot-assisted thoracic surgery versus video- assisted thoracic surgery for lung lobectomy or segmentectomy in patients with non-small cell lung cancer: a meta-analysis. BMC Cancer. 2021, 21(1):498., , , Adiconalmente, destacamos que o

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			(2020)., [4] Howington, John, et al. ""Management of patients with early-stage non-small cell lung cancer: an American College of Chest Physicians clinical practice guideline."" Chest (2025)., , "	reconhecimento da ablação térmica percutânea guiada por imagem em documentos internacionais da SIR, CIRSE e ACCP/CHEST demonstra a relevância dessa modalidade no contexto do tratamento locorregional de pacientes selecionados com câncer de pulmão., A presente contribuição não propõe substituir os tratamentos estabelecidos nem afirmar superioridade das técnicas ablativas, mas ampliar a discussão sobre alternativas locorregionais em situações clínicas nas quais as opções convencionais possam não ser adequadas., A inclusão de referência à ablação térmica percutânea no PCDT poderá contribuir para o reconhecimento dessa possibilidade terapêutica, respeitando os critérios de seleção de pacientes e as limitações das evidências disponíveis."
16/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
16/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
16/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Não.	São avanços importantes no tumor sólido mais letal nesta proposta. Porém, falta o principal, o rastreamento ao câncer de pulmão. É importante ressaltar que a redução da mortalidade de câncer de pulmão não pequenas células depende do diagnóstico precoce com rastreamento conforme diretrizes já publicadas internacionalmente e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. O impacto na redução da mortalidade com a tomografia de tórax anual no grupo de risco é de pelo menos 20%. Este rastreamento deveria ser incorporado ao SUS como ferramenta eficaz (como já comprovado) de reduzir os números catastróficos de mortes, além de minimizar a pressão sobre o SUS devido a grande maioria de pacientes diagnósticados com a doença em estágios avançados, que levam a maiores custos diretos e indiretos à sociedade.
16/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao. O uso de durvalumabe no contexto do paciente com câncer de pulmão pós quimio e radioterapia concomitantes, cuja doença não progrediu a QT já é utilizada com sucesso na saúde suplementar, e representa um avanço para os pacientes do SUS.	Nao

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
16/10/2026	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Regular	Sugiro a atualização do PCDT para incluir o OLIZU® (serplulimabe) em associação à carboplatina e etoposídeo como opção terapêutica de primeira linha para pacientes com câncer de pulmão de pequenas células em doença extensa (CPPC-DE). Atualmente, o protocolo contempla apenas a quimioterapia baseada em platina e etoposídeo, persistindo uma importante necessidade médica não atendida para pacientes com uma doença altamente agressiva, de rápida progressão e elevada mortalidade. Os resultados do estudo ASTRUM-005 demonstraram benefício clínico significativo com a adição do serplulimabe ao tratamento padrão, incluindo aumento da sobrevida global para 15,4 meses versus 10,9 meses, redução de 37% no risco de morte (HR=0,63), melhora da sobrevida livre de progressão (5,7 vs. 4,3 meses) e aumento da taxa de resposta objetiva (80,2% vs. 69,4%). Esses resultados justificam a atualização do protocolo para refletir os avanços científicos disponíveis e ampliar as opções terapêuticas para os pacientes do SUS.	Gostaria de destacar que o CPPC-DE continua sendo uma neoplasia de prognóstico extremamente desfavorável, associada a rápida progressão da doença e elevada mortalidade. Apesar dos avanços observados no tratamento de outros subtipos de câncer de pulmão, os pacientes com CPPC-DE atendidos pelo SUS ainda têm acesso apenas à quimioterapia prevista no PCDT, evidenciando uma importante necessidade médica não atendida. Nesse contexto, o OLIZU® (serplulimabe) representa uma oportunidade de oferecer uma alternativa terapêutica inovadora e respaldada por evidências clínicas robustas. Além do ganho de sobrevida global e da redução do risco de morte demonstrados no estudo ASTRUM-005, o tratamento apresentou melhora em desfechos clínicos relevantes e perfil de segurança compatível com essa classe terapêutica. A incorporação do serplulimabe ao PCDT contribuirá para alinhar o tratamento oferecido no SUS às evidências científicas mais atuais, ampliando as possibilidades terapêuticas para uma população com poucas opções disponíveis e grande necessidade de melhores resultados clínicos., , Adicionalmente, encaminhamos em anexo a ABBOTT - Contribuição da Abbott à Consulta Pública nº 1002026 da CONITEC, contendo informações complementares e evidências científicas que fundamentam esta contribuição. Permanecemos à disposição da CONITEC para quaisquer esclarecimentos adicionais e para apoiar tecnicamente as discussões relacionadas ao tratamento dos pacientes com câncer de pulmão de pequenas células em doença extensa (CPPC-DE).
17/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	NO	Nao
17/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
17/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Nào
17/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Ainda estou estudando o projeto.	Ainda estou estudando o projeto.
17/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Gostaria de incluir dados mais detalhados sobre o impacto da doença na qualidade de vida diária dos pacientes e de seus cuidadores. O relatório técnico foca muito em dados laboratoriais, mas desconsidera o alívio de sintomas práticos, como a redução das dores e o ganho de autonomia nas tarefas mais simples do dia a dia, que são fundamentais para quem vive com a condição.	Sim. O acesso a essa tecnologia no SUS representa não apenas um ganho na saúde, mas uma economia para o Estado a longo prazo, pois reduz internações de urgência e complicações graves. Além disso, para as famílias, diminui o gasto catastrófico com saúde e permite que os pacientes e cuidadores retornem ao mercado de trabalho ou aos estudos.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
17/10/2026	Profissional de saúde	Boa	Consideramos muito relevante a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Pulmão e gostaríamos de contribuir especificamente em relação ao papel da endoscopia respiratória terapêutica., A versão apresentada reconhece adequadamente a importância da broncoscopia no diagnóstico e incorpora técnicas avançadas, como a ecobroncoscopia (EBUS) e a ecoendoscopia (EUS), para diagnóstico e estadiamento. Relatório preliminar - PCDT do … Entretanto, entendemos que o documento poderia contemplar de maneira mais explícita o manejo endoscópico da obstrução maligna das vias aéreas centrais, condição clinicamente relevante em pacientes com câncer de pulmão e que pode determinar dispneia importante, atelectasia, pneumonia pós-obstrutiva, hemoptise e insuficiência respiratória., O próprio PCDT destaca que a dispneia é frequente e recomenda a identificação e o tratamento de causas potencialmente reversíveis. Nesse contexto, consideramos fundamental reconhecer que, quando a dispneia decorre de obstrução tumoral das vias aéreas centrais, a intervenção broncoscópica pode atuar diretamente sobre a causa mecânica da obstrução, devendo ser considerada dentro da estratégia terapêutica multidisciplinar., Sugerimos, portanto, a inclusão de uma seção específica sobre broncoscopia intervencionista no manejo da obstrução maligna das vias aéreas centrais, contemplando, conforme indicação clínica e disponibilidade, técnicas de desobstrução endobrônquica, dilatação das vias aéreas e implantação de stents traqueobrônquicos, além das demais modalidades endoscópicas disponíveis., A disponibilização de stents merece atenção especial. Esses dispositivos podem ser fundamentais na manutenção da permeabilidade da via aérea após a desobstrução, particularmente em situações de compressão extrínseca, obstruções mistas ou perda da sustentação da parede brônquica. Assim, entendemos ser importante que o PCDT reconheça não apenas a indicação clínica dessas intervenções, mas também a necessidade de garantir acesso a equipamentos, dispositivos e profissionais capacitados para sua realização no SUS.	Consideramos pertinente destacar a experiência brasileira no desenvolvimento de tecnologias destinadas à endoscopia respiratória. O grupo de Endoscopia Respiratória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre participou do desenvolvimento de um stent de silicone de fabricação nacional, produzido pela Medicone, bem como de um broncoscópio rígido nacional, desenvolvido em parceria com a BhioSupply. Inauguramos recentemente um Parque Tecnológico (HCPATec) com o objetivo de potencializar ainda mais iniciativas como essas. Demonstramos assim a capacidade da interação entre instituições acadêmico-assistenciais e a indústria nacional para gerar soluções aplicáveis às necessidades do sistema de saúde., Da mesma forma, a formação de recursos humanos constitui elemento essencial para a expansão dessa assistência. O Programa de Residência Médica em Endoscopia Respiratória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre completou 25 anos de atividade e já formou mais de 40 profissionais na área, contribuindo para a disseminação dessa competência no país., Apesar desses avanços, permanece uma preocupação relevante com a distribuição ainda limitada de profissionais capacitados, broncoscópios rígidos, equipamentos para broncoscopia intervencionista e stents de vias aéreas no Brasil. A inclusão explícita dessa área no PCDT poderia contribuir não apenas para orientar a prática clínica, mas também para sinalizar aos gestores do SUS a necessidade de estruturação de centros de referência e ampliação progressiva do acesso a essas tecnologias., Consideramos, portanto, importante que o PCDT reconheça a broncoscopia intervencionista como componente do tratamento multidisciplinar do câncer de pulmão nos pacientes com obstrução maligna das vias aéreas centrais (cerca de 20 a 30% dos pacientes com câncer de pulmão irão apresentar necessidade de broncoscopia intervencionista), estabelecendo suas principais indicações e a necessidade de encaminhamento dos casos apropriados para centros com experiência, recursos humanos e infraestrutura adequados., O grupo de Endoscopia Respiratória do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) coloca-se à disposição do Ministério da Saúde e da CONITEC para contribuir tecnicamente na discussão deste tema, incluindo aspectos relacionados às indicações, técnicas, formação profissional, equipamentos e dispositivos necessários para a estruturação dessa assistência no Sistema Único de Saúde.
18/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não, mas deve ser feito	Não, mas tem que implementar

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
18/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Nao	Ampliação e Facilitação do Acesso à Cirurgia Ressecutiva Torácica Assistida por Vídeo (VATS) e Redução do Tempo para Tratamento Cirúrgico no PCDT do Câncer de Pulmão
19/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Manifesto favoravelmente a atualização do PCDT de câncer de pulmão com a indicação de durvalumabe como tratamento de consolidação após tratamento com quimioterapia concomitante com radioterapia para câncer de pulmão não pequenas céulas estágio III. , , Além das robustas evidências científicas de ganho de sobrevida com o acréscimento do tratamento de consolidação com o durvalumabe, no caso particular do Sistema Único de Saúde, infelizmente, muitos casos são diagnosticados e estadiados como casos avançados/irressecáveis configurando es´tagio III, devido a falhas no diagn´ósitco precoce. Portanto, por essa particularidade, a indicação de duvarlumabe após tratamento com quimioterapia/radioterapia se torna ainda mais recomendada. , , Em relação à segurança, o perfil observado no PACIFIC foi considerado manejável., , Do ponto de vista da equidade, a disponibilização do durvalumabe no SUS é particularmente relevante por possibilitar que pacientes atendidos na rede pública tenham acesso a uma estratégia terapêutica capaz de modificar a história natural da doença. A ausência de acesso a esse tratamento pode produzir desigualdade assistencial entre pacientes que recebem cuidados no sistema público e aqueles atendidos na saúde suplementar, apesar de apresentarem a mesma indicação clínica., , Reconhece-se que a incorporação de novas tecnologias deve considerar a sustentabilidade financeira do sistema, a relação entre custo e efetividade, o impacto orçamentário e a capacidade operacional dos serviços de saúde. Entretanto, a avaliação econômica deve ser interpretada em conjunto com a magnitude e a durabilidade do benefício clínico demonstrado. Nesse sentido, recomenda-se que a negociação de preços, a aquisição centralizada quando pertinente e o planejamento da oferta sejam considerados instrumentos para viabilizar o acesso sustentável à tecnologia, sem desconsiderar os resultados clínicos relevantes demonstrados., , Diante do exposto, considero que as evidências do estudo PACIFIC sustentam de maneira consistente a utilização do durvalumabe como tratamento de consolidação para pacientes com CPCNP estágio III irressecável, sem progressão após quimiorradioterapia concomitante à base de platina.	Para garantir a equidade no acesso ao durvalumabe em todas as unidades de assistência oncológica do país, sugere-se que o Ministério da Saúde avalie a possibilidade de viabilizar seu fornecimento de forma centralizada, com aquisição e distribuição aos serviços habilitados no SUS., , Essa proposta considera que a incorporação de uma tecnologia pela CONITEC, embora represente um avanço importante, não assegura, por si só, o acesso efetivo dos pacientes ao tratamento. Na prática, existem situações em que medicamentos oncológicos já incorporados ao SUS não são disponibilizados de maneira uniforme, pois os estabelecimentos de saúde enfrentam dificuldades para padronizá-los e custear sua aquisição com os recursos recebidos por meio da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), especialmente quando os valores de financiamento não são suficientes para cobrir os custos do tratamento., , Dessa forma, o fornecimento centralizado pelo Ministério da Saúde poderia reduzir as desigualdades regionais e institucionais, favorecer a padronização da assistência e garantir maior previsibilidade de abastecimento. Essa estratégia contribuiria para que o acesso ao durvalumabe fosse determinado pela indicação clínica e pelos critérios de elegibilidade estabelecidos, e não pela capacidade financeira ou operacional de cada serviço de oncologia., , Assim, recomenda-se que a incorporação do durvalumabe seja acompanhada de uma estratégia concreta de financiamento, aquisição e distribuição que assegure sua efetiva disponibilização aos pacientes elegíveis em todo o território nacional, promovendo equidade, integralidade e acesso oportuno ao tratamento oncológico no SUS.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	O Grupo de Apoio ao Paciente Reumático Brasil manifesta-se favoravelmente à publicação do PCDT do Câncer de Pulmão. Para quem recebe esse diagnóstico, o tempo entre a suspeita, a confirmação da doença, o estadiamento e o início do tratamento pode representar uma diferença importante na trajetória do cuidado., A atualização do Protocolo representa avanço ao organizar diagnóstico, estadiamento e tratamento e ao incorporar recursos importantes, como o teste molecular por rt-PCR para EGFR, a ecobroncoscopia e a ecoendoscopia, além de atualizar alternativas terapêuticas para diferentes perfis da doença. , Consideramos essencial que a publicação seja acompanhada de condições reais para sua implementação em todo o país, garantindo que o local onde a pessoa vive não determine sua possibilidade de realizar exames, receber diagnóstico molecular ou acessar o tratamento indicado.,	O Grupo de Apoio ao Paciente Reumático Brasil reforça que um protocolo somente transforma vidas quando suas recomendações chegam efetivamente aos pacientes. A escolha terapêutica deve considerar o estágio da doença, as condições clínicas, o perfil de toxicidade e também a preferência do paciente, além das características moleculares do tumor, como EGFR e ALK. , Por isso, sugerimos atenção especial à equidade na implementação, com acesso oportuno aos exames diagnósticos e moleculares, redução das desigualdades regionais, organização dos fluxos de referência e contrarreferência e início do tratamento sem atrasos evitáveis. Também é importante garantir cuidado multiprofissional, informação acessível ao paciente e integração dos cuidados paliativos desde quando forem necessários., Mais do que estabelecer condutas clínicas, este Protocolo deve contribuir para que cada pessoa com câncer de pulmão no SUS encontre uma linha de cuidado organizada, humanizada e capaz de transformar as recomendações em acesso concreto ao diagnóstico e ao tratamento.,
19/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
19/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	não	não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Entendemos ser importante fortalecer a equidade regional na implementação do PCDT. A incorporação de EBUS/EUS, PET-CT, diagnóstico molecular e terapias direcionadas somente produzirá impacto real se houver capacidade instalada, profissionais capacitados e fluxos regulatórios capazes de levar essas tecnologias aos diferentes territórios. Recursos humanos, capacitação, indicadores, satisfação do paciente: Essa lógica poderia ser ampliada para o conjunto da linha de cuidado, com monitoramento de disponibilidade regional, tempo de acesso aos exames e terapias, percentual de pacientes submetidos à avaliação molecular quando indicado e a necessidade de deslocamento do paciente para outro município ou estado., Outro aspecto que entendemos precisar de complementação é a prevenção e cessação do tabagismo como parte integrante do cuidado oncológico, e não apenas como recomendação paralela. A sugestão é reforçar que a avaliação do status tabágico seja realizada desde o diagnóstico e que o paciente tenha acesso contínuo ao cuidado para cessação durante o tratamento e seguimento. Da mesma forma, considerando que o próprio documento reconhece exposições ocupacionais, amianto, sílica, radônio, poluição e outros agentes como fatores relacionados ao câncer de pulmão, seria pertinente fortalecer a orientação para investigação e registro desses fatores de risco, especialmente nos pacientes que nunca fumaram. ,	Reforçamos a integralidade do cuidado e a participação do paciente nas decisões terapêuticas. O PCDT já estabelece que a escolha do tratamento deve considerar subtipo histológico, estágio, capacidade funcional, toxicidade, condições clínicas e preferência do paciente. Essa diretriz deve ser preservada e trabalhada por meio de decisão compartilhada, comunicação transparente sobre benefícios e riscos, suporte psicológico, reabilitação, nutrição e manejo dos efeitos adversos. Em uma doença de elevada complexidade, o resultado não pode ser medido apenas pela realização do procedimento ou pelo monitoramento medicamentoso, mas também pela capacidade do sistema de manter o paciente vinculado ao cuidado. Reforçamos a importância de que sua implementação seja acompanhada de medidas capazes de garantir acesso oportuno, equânime e integral ao diagnóstico, estadiamento, caracterização molecular e tratamento. Como organização da sociedade civil dedicada à defesa dos pacientes, destacamos que a efetividade do Protocolo deve ser medida não apenas pela incorporação de condutas, mas pela capacidade de assegurar que cada paciente receba, em tempo adequado, o cuidado de que necessita, independentemente de sua região ou condição socioeconômica. Nesse sentido, as complementações propostas buscam fortalecer a linha de cuidado e contribuir para que o PCDT se traduza, na prática, em melhores condições de cuidado, qualidade de vida e resultados para as pessoas com câncer de pulmão.
19/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	"O Instituto Oncoguia, organização da sociedade civil dedicada à defesa dos direitos das pessoas com câncer, respaldado por seu Comitê Científico, apresenta sua contribuição à Consulta Pública nº 100/2026, referente à proposta de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Câncer de Pulmão., O Oncoguia ocupa, neste processo, a cadeira rotativa destinada às organizações da sociedade civil no Comitê de PCDT da Conitec e participou da 155ª Reunião Ordinária, na qual o documento foi apreciado. Optamos por também contribuir por meio desta consulta pública porque a contribuição escrita permite um detalhamento maior do que o formato da reunião e porque novas informações surgiram após a sua realização. Parte das considerações a seguir foi pontuada durante a reunião e é aqui aprofundada, com o objetivo de enriquecer o material., Reconhecemos a importância da atualização das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Pulmão e da sua conversão em PCDT, e parabenizamos a equipe elaboradora pelo trabalho. As considerações abaixo trazem o ponto de vista da pessoa com câncer de pulmão, com o objetivo de fortalecer o documento., , 1.1. Inclusão de capítulo de Cuidado Oncológico Integral, a) Inclusão do capítulo. Em resposta às contribuições às consultas públicas dos PCDTs oncológicos, em 9 de outubro de 2026, os documentos passaram a contar com um capítulo dedicado ao cuidado oncológico integral. Consideramos essa inclusão um ganho importante para as pessoas com câncer e entendemos que ela deve ser replicada no PCDT do Câncer de Pulmão, bem como nos próximos PCDTs oncológicos. , b) Especificidades para o câncer de pulmão. Entendemos que o capítulo deve ser adequado para contemplar as especificidades das pessoas com câncer de pulmão, com destaque para duas dimensões:, Avaliação nutricional e esofagite. O protocolo reconhece o emagrecimento como manifestação da doença (4.1) e a esofagite como toxicidade da radioterapia torácica, especialmente no esquema hiperfracionado (7.1.2), mas não prevê a conduta correspondente. A esofagite causa dor ao engolir e reduz a ingestão justamente durante a quimiorradioterapia, fase em que a perda de peso compromete a tolerância e a continuidade do tratamento., Reabilitação pulmonar. O PCDT exige prova de função pulmonar para candidatos à cirurgia (4.3), mas não prevê preparo funcional antes da ressecção nem reabilitação após a cirurgia ou a quimiorradioterapia. Para quem passa por lobectomia ou pneumonectomia, a recuperação da capacidade respiratória define a retomada do trabalho, das atividades diárias e da autonomia., Sugerimos:, - incluir capítulo de Cuidado Oncológico Integral, nos moldes dos demais PCDTs oncológicos, , - prever triagem nutricional ao diagnóstico, com reavaliação durante a quimioterapia e a radioterapia, , - prever monitoramento sistemático de esofagite durante a radioterapia torácica, com conduta definida (analgesia, adequação da dieta, suporte nutricional e via alternativa de alimentação quando indicada), , - incluir pré-habilitação e reabilitação pulmonar para pessoas submetidas à ressecção pulmonar e à quimiorradioterapia, com critérios de encaminhamento à fisioterapia., , 1.2. Detecção precoce e diagnóstico (seções 4.1 e 4.2), Como pontuado durante a reunião, o diagnóstico é um	"2.1. Inconsistências nos quadros de esquemas terapêuticos (Quadros 4, 9 e 12 e seção 7), Identificamos inconsistências que, por envolverem doses e intervalos, podem gerar dúvidas na prescrição e na autorização dos procedimentos:, Quadros 9 e 12 — o esquema ""gencitabina 200 mg/m² D1 e D8 + vinorelbina 30 mg/m² D1 e D8"" apresenta dose de gencitabina muito inferior às adotadas nos demais esquemas do próprio protocolo (1.000 a 1.250 mg/m²). Sugerimos verificar a dose., Quadros 9 e 12 — os esquemas de carboplatina ou cisplatina com paclitaxel 200 mg/m² aparecem ""a cada 4 semanas"", enquanto os mesmos esquemas nos Quadros 5 e 6 aparecem ""a cada 3 semanas"". Sugerimos uniformizar o intervalo., Quadro 9 — a gencitabina em monoterapia de 2ª e 3ª linha (D1, D8 e D15) não informa a duração do ciclo, que no Quadro 12 é de 28 dias. Sugerimos uniformizar., Quadro 4 — na 2ª linha do câncer de pulmão de pequenas células, gencitabina e paclitaxel figuram ao lado dos demais esquemas sob o título ""Possíveis esquemas"", com nota de que ""não deve ser a alternativa preferencial"". Sugerimos distinguir no quadro os esquemas preferenciais dos de exceção. O retratamento com o esquema de 1ª linha para doença sensível, previsto no texto da seção 7.1.4, também não consta do quadro., Seção 7.1.4 — o trecho ""o tratamento deve ser definido conforme a resposta ao tratamento adicional"" parece referir-se à resposta ao tratamento inicial, critério utilizado logo acima para classificar a doença em sensível, resistente ou quimiorrefratária. O mesmo parágrafo menciona o topotecano duas vezes, como opção de maior experiência e entre as ""outras alternativas""., Seção 7.1.2 — a afirmação de que ""não é recomendado o uso de fator estimulador de granulócitos"" se beneficiaria de delimitação ao período de quimiorradioterapia concomitante, para que não seja lida como vedação em outras fases do tratamento., Seção 7.3.3 — o texto afirma que a manutenção com pemetrexede ""parece conferir vantagem"", mas carece de corroboração, com base em referências de 2010 a 2012. A análise final do estudo PARAMOUNT demonstrou ganho de sobrevida global com a manutenção de continuação com pemetrexede após indução com cisplatina e pemetrexede em pessoas com carcinoma não escamoso sem progressão (HR 0,78, p = 0,0195) (Paz-Ares LG, et al. J Clin Oncol. 2013, 31(23):2895-902). Sugerimos atualizar a avaliação e, sendo o caso, incluir a manutenção no Quadro 9., , Considerações finais, O PCDT do Câncer de Pulmão representa uma oportunidade importante de qualificar a assistência às pessoas com câncer de pulmão no SUS. Para isso, é fundamental que o documento contemple não apenas as opções terapêuticas, mas

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			dos principais gargalos no cuidado da pessoa com câncer de pulmão no Brasil, onde a maior parte dos casos é identificada em estádio avançado, quando as possibilidades de tratamento com intenção curativa são reduzidas. A seção 4.1 lista sintomas respiratórios e constitucionais e a possibilidade de achado radiológico incidental, e a seção 4.2 traz uma orientação adequada sobre a escolha do método de biópsia pela equipe multidisciplinar. Entre esses dois momentos, porém, o protocolo não descreve o percurso: quais sinais e combinações de sinais devem levantar a suspeita, qual exame de imagem solicitar inicialmente e quando prosseguir apesar de um exame inicial normal, e como conduzir o nódulo pulmonar identificado incidentalmente., Esse detalhamento é especialmente relevante no contexto brasileiro. A própria seção 4.3 reconhece o caráter endêmico da tuberculose no país, na prática, sintomas respiratórios persistentes são frequentemente investigados e tratados como tuberculose antes de se considerar a hipótese de câncer, o que prolonga o intervalo até o diagnóstico. Da mesma forma, nódulos identificados em exames realizados por outros motivos nem sempre têm seguimento definido. , Como referência para esse detalhamento, sugerimos o artigo publicado recentemente no New England Journal of Medicine, intitulado “Pulmonary Nodules”, de Callister, M. E., & Silvestri, G. A. (2026). (N Engl J Med. [2026]. doi:10.1056/NEJMcp2515063. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp2515063)., Sugerimos:, - detalhar, na seção 4.1, os sinais, sintomas e situações clínicas que devem motivar a suspeita de câncer de pulmão, considerando os fatores de risco já descritos na Introdução (tabagismo atual ou pregresso, idade e exposições ocupacionais), , - detalhar todos os exames necessários para o diagnóstico do câncer de pulmão, da suspeita à confirmação histopatológica (exames de imagem, procedimentos de obtenção de amostra e exame anatomopatológico), com a indicação e a sequência de cada um, , - definir o exame de imagem inicial diante da suspeita e a conduta quando a suspeita persiste apesar de exame inicial sem alterações, , - orientar que a hipótese de câncer de pulmão seja considerada quando a investigação para tuberculose não confirmar o diagnóstico ou quando não houver resposta ao tratamento instituído, , - incluir critérios de seguimento para o nódulo pulmonar identificado incidentalmente., , 1.3. Ecobroncoscopia (EBUS) e ecoendoscopia (EUS) (seções 4.2 e 7.3.1 e Material Suplementar), Reconhecemos o cuidado da equipe elaboradora ao incluir o Material Suplementar com parâmetros para o uso da EBUS e da EUS, incorporadas pela Portaria SECTICS/MS nº 16/2024, inclusive com indicadores de qualidade que contemplam a satisfação da pessoa atendida. Identificamos alguns pontos que se beneficiariam de ajuste:, a seção 7.1.1 recomenda estadiamento linfonodal mediastinal, preferencialmente invasivo, para pessoas com câncer de pulmão de pequenas células candidatas à cirurgia, mas as indicações do Material Suplementar contemplam apenas o câncer de pulmão de células não pequenas, , o Material Suplementar orienta o envio do material ao estudo citológico, mas não menciona a preservação de	também as condições de acesso a um diagnóstico oportuno, a informação necessária para a decisão compartilhada e o cuidado com as consequências físicas, emocionais e sociais da doença e do tratamento., Nesse sentido, recomendamos a incorporação das considerações apresentadas, especialmente aquelas relacionadas à inclusão de um capítulo de cuidado oncológico integral, com atenção à avaliação nutricional, à esofagite e à reabilitação pulmonar, ao detalhamento dos sinais, das situações de suspeita e dos procedimentos para o diagnóstico, à coerência das orientações sobre o estadiamento invasivo e o diagnóstico molecular, incluindo o registro dos métodos disponíveis no SUS, à garantia de acesso ao erlotinibe e ao gefitinibe conforme indicação clínica, e à correção das inconsistências nos quadros de esquemas terapêuticos. , Esperamos que esta contribuição some ao aprimoramento do documento e ao cuidado das pessoas com câncer de pulmão no país, e permanecemos à disposição para colaborar., "

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			amostra suficiente para a caracterização molecular, o que pode exigir nova biópsia., Sugerimos:, - incluir no Material Suplementar a indicação de estadiamento mediastinal no câncer de pulmão de pequenas células candidato à cirurgia, em coerência com a seção 7.1.1, , - orientar a obtenção de bloco celular e a preservação de material para os testes moleculares, sempre que houver indicação, , - descrever o fluxo de referência para serviços que realizam o procedimento, considerando que nem todos os estabelecimentos habilitados em oncologia dispõem da tecnologia., , 1.4. Diagnóstico molecular (seção 7.3.3), a) Métodos disponíveis no SUS: A seção 7.3.3 admite a pesquisa de rearranjo de ALK por “imuno-histoquímica, FISH ou NGS”. FISH e NGS, no entanto, não estão incorporados ao SUS, e o texto não registra essa distinção. A redação atual pode levar à leitura de que esses exames estão disponíveis na rede, o que gera expectativa sobre um exame que a pessoa não conseguirá realizar., Sugerimos:, registrar na seção 7.3.3 que FISH e NGS não estão disponíveis no SUS, distinguindo-os dos métodos incorporados, , considerar essa lacuna para subsidiar avaliação posterior pela Conitec., b) Coerencia interna: A seção 7.3.3 determina a realização de perfil molecular para EGFR e ALK, e o rt-PCR para EGFR foi incorporado pela Portaria SECTICS/MS nº 8/2024. Reconhecemos a orientação, muito relevante, de que a pessoa que inicia quimioterapia enquanto aguarda o resultado pode passar à terapia-alvo sem que isso configure troca de linha., Identificamos, no entanto, dois pontos de coerência interna. O texto restringe a pesquisa de ALK a ""pacientes com adenocarcinomas"", sem contemplar o carcinoma não escamoso não especificado e as amostras pequenas em que o subtipo não pode ser definido com segurança. Além disso, o perfil molecular é determinado para a doença ""localmente avançada (estádio IIIB), avançada ou metastática"", enquanto a mesma seção estabelece que pessoas com mutação de EGFR ou rearranjo de ALK não têm indicação de durvalumabe após a quimiorradioterapia no estádio III irressecável — critério que só pode ser aplicado se a testagem ocorrer também nesse cenário., Sugerimos:, - estender a pesquisa de ALK ao carcinoma não escamoso, incluindo os casos não especificados e as amostras em que o componente escamoso não possa ser confirmado, , - explicitar a testagem de EGFR e ALK em todo o estádio III irressecável antes da consolidação com durvalumabe, em coerência com o critério de exclusão previsto na própria seção., , 1.5. Capacidade funcional e terapia-alvo (seção 7.3.3), A seção 7.3.3 estabelece que a quimioterapia paliativa de 1ª linha seja indicada para pessoas com capacidade funcional ECOG 0, 1 ou 2 e, na sequência, determina a realização do perfil molecular para a escolha do tratamento. A redação não deixa claro se o limite de ECOG se aplica também aos inibidores de tirosina quinase. Pessoas com mutação de EGFR ou rearranjo de ALK com capacidade funcional comprometida pela própria doença podem se beneficiar de terapia oral de toxicidade mais manejável, com possibilidade de recuperação funcional à medida que o tumor responde., Sugerimos:, - esclarecer que o limite de ECOG 0 a 2 se refere à quimioterapia citotóxica, , - explicitar que pessoas com ECOG 3 e mutação de	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			EGFR ou rearranjo de ALK podem receber a terapia-alvo de 1ª linha, a critério médico, , - explicitar que a capacidade funcional não deve impedir a solicitação do teste molecular., , 1.6. Escolha e substituição entre erlotinibe e gefitinibe (seção 7.3.3 e Quadro 10), A seção 7.3.3 preconiza erlotinibe ou gefitinibe na 1ª linha da doença com mutação de EGFR. Por considerar os dois equivalentes, orienta a oferta preferencial do medicamento de menor custo de tratamento, critério reproduzido na nota do Quadro 10, e prevê que a substituição de um pelo outro possa ser realizada sem ajuste de dose, mantendo a pessoa na mesma linha de tratamento. , A redação, no entanto, não define quem decide a substituição nem em que circunstâncias ela ocorre. Mesmo na transição do crizotinibe para o brigatinibe, motivada pela exclusão do crizotinibe do SUS, o protocolo condiciona a troca à avaliação do médico assistente e à indicação clínica. Este trecho, diferentemente, admite a substituição entre dois medicamentos incorporados por razão econômica, inclusive para pessoas já em tratamento, com resposta e boa tolerância. Ao mesmo tempo, não assegura o acesso ao outro medicamento quando o de menor custo não é tolerado. , Ainda que os dois medicamentos sejam equivalentes em eficácia, seus perfis de toxicidade não são idênticos. O próprio protocolo reconhece isso ao prever condutas distintas para cada um. A intolerância a um não implica intolerância ao outro, e é justamente a possibilidade de migrar que permite manter a pessoa em terapia-alvo. A preocupação se torna mais concreta porque os dois medicamentos têm modalidades de aquisição distintas no âmbito do AF-Onco, o que pode fazer com que apenas um deles esteja disponível em cada serviço., A experiência do Oncoguia com situações semelhantes, em que dois medicamentos estão incorporados mas apenas um é efetivamente ofertado, mostra que a pessoa que não tolera o medicamento disponível fica sem alternativa assistencial. Com frequência, ela recorre à via judicial para acessar uma tecnologia que já é do SUS. Trata-se de um desfecho evitável, que uma redação mais precisa do protocolo pode prevenir., Sugerimos:, - condicionar a substituição à indicação clínica (intolerância, toxicidade, contraindicação ou interação medicamentosa) e à avaliação do médico assistente, - assegurar o acesso ao outro medicamento sempre que houver indicação clínica de troca, independentemente de qual tenha menor custo, , - descrever, na seção 9, o fluxo a ser seguido quando o serviço não dispuser do medicamento indicado, considerando as diferentes modalidades de aquisição no AF-Onco, , - ajustar a nota do Quadro 10 em coerência com essas orientações., , 1.7. Cirurgia por toracoscopia vídeo-assistida (seção 7.3.1) , A seção 7.3.1 prevê que a cirurgia do câncer de pulmão de células não pequenas seja realizada “por toracotomia ou toracoscopia vídeo-assistida”. A previsão já constava das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de 2014. O protocolo, no entanto, não informa se a via vídeo-assistida está efetivamente disponível no SUS nem em que condições pode ser indicada. Ao mencionar as duas vias sem essa distinção, o texto cria a expectativa de uma opção que a pessoa pode não encontrar no serviço em que é atendida. Entendemos que a atualização do PCDT é o momento adequado para esclarecer esse ponto., Sugerimos:, -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			esclarecer se a cirurgia por toracoscopia vídeo-assistida está disponível no SUS e qual o procedimento correspondente na Tabela SUS, , - caso esteja disponível, definir as condições para sua indicação e os serviços de referência, , - caso não esteja, registrar essa informação no texto e considerar a lacuna para subsidiar avaliação pela Conitec., "	
19/10/2026	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	A Thermo Fisher Scientific Brasil apoia a publicação do PCDT do Câncer de Pulmão e recomenda aperfeiçoar a estratégia de diagnóstico molecular do câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP) não escamoso localmente avançado (IIIB a IV), avançado ou metastático. O texto preliminar reconhece que o perfil molecular integra a decisão terapêutica e admite sequenciamento para EGFR e NGS para ALK. Entretanto, a organização por biomarcadores isolados pode manter uma jornada fragmentada, com maior consumo de tecido, risco de perfil incompleto, repetição de testes e atraso da primeira decisão terapêutica., Sugerimos inserir, após o trecho sobre EGFR e ALK:, “Em pacientes com CPCNP não escamoso localmente avançado, avançado ou metastático, o perfil molecular deve ser concluído antes da primeira decisão terapêutica sistêmica, sempre que clinicamente possível. Quando múltiplos biomarcadores forem requeridos, a investigação poderá ser realizada por painel multigênico direcionado por sequenciamento de nova geração (NGS), validado para as classes de alterações pertinentes e com escopo analítico em EGFR, ALK, ROS1, RET, NTRK, BRAF, MET, KRAS e HER2/ERBB2. A recomendação não abrange exoma, genoma completo ou painel de amplitude indeterminada. O tecido tumoral é a amostra preferencial. O plasma poderá ser utilizado quando o tecido for insuficiente, a biópsia for inviável ou houver urgência terapêutica, resultado negativo ou inconclusivo em plasma deverá ser complementado em tecido quando clinicamente viável. O painel deve substituir, e não se somar rotineiramente, aos testes isolados abrangidos por seu escopo. A interpretação terapêutica permanece vinculada às tecnologias incorporadas ao SUS e ao PCDT vigente.”, A sugestão está alinhada às recomendações da ESMO e do NCCN e a modelos adotados em sistemas públicos ou universais, como França, Austrália, Inglaterra e províncias canadenses, que combinam painéis direcionados, critérios de elegibilidade, laboratórios de referência, controle de qualidade, restrição de duplicidade e monitoramento. A fundamentação clínica, econômica e operacional consta nos anexos.,	Além da alteração do PCDT, recomendamos a abertura de avaliação específica do painel multigênico direcionado por NGS pelo Comitê de Produtos e Procedimentos da Conitec. A menção da metodologia no protocolo, isoladamente, não define código SIGTAP, valor, análise de impacto orçamentário, rede executora, logística de amostras ou requisitos de qualidade e pode não se converter em acesso efetivo e equitativo., A avaliação deve adotar a perspectiva do SUS e comparar as jornadas diagnósticas completas, incluindo testes sequenciais, preparação e transporte da amostra, falhas, repetições, rebiópsias, prazo para resultado e proporção de pacientes com perfil completo antes da primeira linha. Sugerimos implementação progressiva por laboratórios de referência, preço negociado, uso substitutivo, indicadores de desempenho e reavaliação programada. O detalhamento encontra-se nos dois anexos apresentados.,
19/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Achei maravilhosa esta proposta!	Não tenho mais nada a comentar.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/10/2026	Empresa	Muito boa	Sim. Recomendamos que o PCDT final reconheça explicitamente o NGS multigênico amplo validado, incluindo o perfil genômico abrangente (CGP), quando clinicamente apropriado, como opção de diagnóstico molecular para adultos elegíveis com CPNPC não escamoso avançado ou metastático. O texto deve esclarecer que as mutações em EGFR e os rearranjos de ALK exigidos pelo PCDT podem ser avaliados em um fluxo de NGS multigênico validado, mantendo-se os métodos direcionados quando clínica ou operacionalmente apropriados. Os requisitos devem ser definidos pelo desempenho clínico e analítico, e não por um ensaio comercial específico ou tamanho fixo de painel, incluindo cobertura de biomarcadores e classes de alterações clinicamente relevantes, capacidades validadas de análise de DNA e RNA quando apropriado, sensibilidade, requisitos de tecido, taxas de falha, tempo de resposta, padrões de laudo e garantia da qualidade. Essa inclusão melhoraria a completude diagnóstica, apoiaria o uso eficiente do tecido limitado, reduziria a testagem sequencial e possíveis atrasos e proporcionaria uma estrutura escalável para futuras atualizações da jornada terapêutica do SUS baseadas em evidências. [1-9, 14-22, 31]	Recomendamos também que sejam contemplados aspectos de implementação. O valor clínico da testagem molecular depende da disponibilidade dos resultados em tempo hábil para orientar a seleção do tratamento e da capacidade do sistema de saúde de converter os achados em cuidado apropriado. O PCDT deve, portanto, incentivar a testagem molecular no momento do diagnóstico e antes do tratamento sistêmico de primeira linha, sempre que viável, monitorar o intervalo completo entre a solicitação do teste ou a disponibilidade da amostra e a emissão de um resultado clinicamente interpretável, e promover fluxos coordenados de manejo de amostras para minimizar o esgotamento de tecido e novas biópsias evitáveis. O perfil mais amplo deve ser acompanhado por laudos padronizados, garantia da qualidade, acesso à interpretação multidisciplinar, como um molecular tumor board quando necessário, e fluxos claros de encaminhamento para tratamento pareado ou ensaios clínicos orientados por biomarcadores. A avaliação econômica deve considerar toda a jornada de diagnóstico e tratamento, incluindo testes sequenciais, falhas de testagem, novas biópsias, tempo até um resultado informativo, alocação terapêutica e desfechos subsequentes, e não apenas comparar os custos de aquisição dos ensaios. Uma implementação faseada, utilizando laboratórios validados e indicadores predefinidos de qualidade e desfechos, pode apoiar uma adoção equitativa e sustentável no SUS. [14-30, 32]
19/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
19/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	não	não
19/10/2026	Interessado no tema	Boa	O SUS deu um passo importante ao atualizar o protocolo do câncer de pulmão, incorporando testes moleculares modernos e exames fundamentais. Mas ainda ficou devendo ao barrar imunoterapias e inibidores de nova geração que já são padrão de ouro no mundo. Precisamos de diagnóstico ágil E acesso real aos melhores tratamentos para salvar vidas!	Não.
19/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	A FEHOSP – Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo, por meio do NIFIPO – Núcleo de Inteligência Filantrópica em Políticas Oncológicas, apresenta a íntegra de sua contribuição no link a seguir: https://drive.google.com/file/d/11BCvgYLpUfEOnb-IXvEmMTABnfEzDp-O/view?usp=sharing	A FEHOSP – Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo, por meio do NIFIPO – Núcleo de Inteligência Filantrópica em Políticas Oncológicas, apresenta a íntegra de sua contribuição no link a seguir: https://drive.google.com/file/d/11BCvgYLpUfEOnb-IXvEmMTABnfEzDp-O/view?usp=sharing

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	A participação da sociedade em consultas públicas é fundamental para a construção de políticas de saúde mais justas, eficazes e alinhadas às reais necessidades dos pacientes., , No caso do câncer de pulmão, discutir e aprimorar as diretrizes terapêuticas significa contribuir para decisões que podem impactar diretamente o acesso ao diagnóstico, às tecnologias e aos tratamentos disponíveis no SUS., , **Uma consulta pública vai muito além de uma discussão técnica: é um exercício de cidadania, transparência e responsabilidade coletiva.**, , Quando profissionais de saúde, pacientes, familiares e cidadãos participam, ampliamos a possibilidade de construir políticas públicas fundamentadas em evidências científicas, sustentabilidade e, sobretudo, no valor da vida humana., , **Participar é dar voz às necessidades de hoje e contribuir para uma saúde pública melhor amanhã.**
19/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Importante a incorporação	Importante
19/10/2026	Empresa	Boa	Por favor vide arquivo anexo.	Vide arquivo anexo
19/10/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não.	Não.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/10/2026	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	A versão atual do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Câncer de Pulmão contempla somente a incorporação da Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real (rt-PCR) para a detecção de mutações no gene do receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR) em pacientes com Câncer de Pulmão de Células Não Pequenas (CPCNP). No entanto, apesar dos avanços do rt-PCR/qPCR convencional, a tecnologia de PCR Digital (dPCR) representa a evolução da PCR quantitativa e traz vantagens significativas, como:, , 1. Maior sensibilidade: ao menos 10x mais sensível que a PCR quantitativa tradicional (rt-PCR/qPCR), possibilitando a detecção de alvos mesmo quando a fração ainda é baixa, o que diminui a taxa de falsos negativos e melhora a jornada do paciente., , 2. Maior tolerância a interferentes: minimiza o efeito de interferentes, evitando resultados inconclusivos., , 3. Testagem otimizada: possibilita realizar reações multiplexadas eficientes (por exemplo, testagem simultânea das principais mutações ativadoras no exon 19 e 21 do gene EGFR) sem perda de sensibilidade analítica., , 4. Alta flexibilidade: permite flexibilizar a quantidade de amostras analisadas por corrida, se adaptando às demandas flutuantes e minimizando desperdícios, , A incorporação da PCR Digital (dPCR) como tecnologia elegível para a caracterização molecular do gene EGFR no PCDT do Câncer de Pulmão traz um ganho substancial de sensibilidade, robustez técnica e precisão diagnóstica. A tecnologia complementa e supera limitações históricas do qPCR/RT-PCR, viabilizando o diagnóstico preciso tanto em biópsias teciduais desafiadoras quanto na investigação não invasiva por biópsia líquida., , Recomenda-se a atualização do texto do Protocolo para prever a dPCR como metodologia validada para a testagem das mutações no gene EGFR em pacientes com CPCNP avançado ou metastático no SUS.	Não.
19/10/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nada a alterar	NA
19/10/2026	Paciente	Boa	Não	Não.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
19/10/2026	Empresa	Ruim	Sim. Recomendamos explicitar os fluxos de investigação, diagnóstico e estadiamento, com critérios de urgência, responsabilidades assistenciais, adequação da biópsia e preservação de tecido para anatomopatologia e testes moleculares. Detalhar as indicações de tomografia, PET-CT e ressonância magnética cerebral conforme histologia e estádio, corrigindo a inconsistência entre população e recomendação sobre PET-CT na questão 4 do apêndice. Ampliar a caracterização molecular do CPCNP para alvos acionáveis além de EGFR/ALK e reconhecer as lacunas terapêuticas no CPCP avançado e após progressão., , No CPCP, definir avaliação cerebral basal e vigilância por ressonância, com população elegível, periodicidade e duração estabelecidas. Atualizar a discussão sobre irradiação craniana profilática considerando os resultados do SWOG S1827/MAVERICK, toxicidade neurocognitiva, decisão compartilhada e análise final de sobrevida global ainda pendente., , Corrigir o Quadro 13 conforme RECIST 1.1: nas lesões-alvo, resposta parcial exige redução ?30% da soma dos diâmetros em relação ao basal, progressão exige aumento ?20% sobre o nadir, associado a incremento absoluto ?5 mm. Novas lesões ou progressão inequívoca de lesões não alvo também caracterizam progressão.	A implementação deve prever integração entre os níveis de atenção, acompanhamento dos resultados pendentes e indicadores dos intervalos entre suspeita, diagnóstico, estadiamento, resultado molecular e tratamento, observando os prazos legais e a urgência clínica., , Recomendamos manter cuidados paliativos e cessação do tabagismo integrados à jornada, distinguir recomendações clínicas de tecnologias incorporadas e financiadas pelo SUS, explicitar a data de corte das evidências e prever atualização periódica. Novas tecnologias e eventual programa organizado de rastreamento devem passar por avaliação específica de efetividade, segurança, custo-efetividade, impacto orçamentário e viabilidade, respeitando o processo independente de avaliação pela Conitec.
19/10/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
19/10/2026	Empresa	Regular	Sim - Contribuição em anexo.	Não
20/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Proposta no arquivo anexo	Proposta no arquivo anexo
20/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	Prezados,A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) apresenta sua contribuição formal referente à Consulta Pública nº 100/2026, com foco no fortalecimento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Câncer de Pulmão no SUS. Principais pontos abordados:Incorporação de Cirurgia Torácica Minimamente Invasiva (VATS) no SIGTAP: Proposta de inclusão de procedimentos por videotoracoscopia (como lobectomia e ressecções mediastinais) na tabela do SUS com cobertura dos materiais endoscópicos específicos, estendendo o modelo já adotado na Portaria GM/MS nº 5.776/2024. Evidência Clínica e Segurança Oncológica: A via minimamente invasiva (VATS) reduz dor, complicações pós-operatórias e tempo de internação, antecipando o retorno ao tratamento adjuvante (quimioterapia e imunoterapia) com os mesmos desfechos e sobrevida da cirurgia aberta. Custo-Efetividade: Análises no cenário do SUS mostram neutralidade de custos totais de internação, pois o investimento em insumos é compensado pela redução de complicações e menor tempo de leito. Procedimentos sem necessidade de OPME: Definição e adequação de procedimentos videoassistidos (pleurectomia, pleurodese, pleuroscopia e linfadenectomia mediastinal) para ampliar a capacidade assistencial no SUS de forma racional. O documento completo com o posicionamento técnico, fundamentação científica detalhada e referências bibliográficas encontra-se no arquivo em anexo.	registro em arquivo anexo

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
20/10/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	Contribuições à Consulta Pública nº 100/2026 — PCDT do Câncer de Pulmão, , Posicionamento Técnico da Comissão de Câncer da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), , A atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Câncer de Pulmão pelo Ministério da Saúde e pela Conitec representa um marco fundamental para a padronização do cuidado e a organização da atenção oncológica no Sistema Único de Saúde (SUS). A Comissão de Câncer da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), representando os especialistas em medicina respiratória do país, vem a público ratificar as conquistas do documento preliminar e apresentar propostas prioritárias de aprimoramento técnico e assistencial., , A SBPT reconhece e celebra a incorporação de avanços consolidados na prática pneumológica e oncológica, tais como o uso da ecobroncoscopia (EBUS) e da ecoendoscopia (EUS) para o estadiamento mediastinal invasivo, a ampliação do acesso ao PET-CT, a disponibilização da testagem molecular para mutações no gene EGFR, além da inclusão de terapias como o brigatinibe (CPCNP ALK+) e o durvalumabe (consolidação no estádio III irressecável). Contudo, a medicina respiratória contemporânea exige que o PCDT extrapole a listagem de tecnologias e estabeleça uma linha de cuidado que seja ao mesmo tempo célere, integrada e multidisciplinar., , 1. Detecção Precoce, Diagnóstico e Qualidade Anatomopatológica, , A Atenção Primária à Saúde (APS) deve atuar em estreita articulação com a Pneumologia e os centros de referência, assegurando que pacientes com sintomas ou achados radiológicos suspeitos tenham investigação célere, respeitando o limite máximo de 30 dias estabelecido pela Lei nº 13.896/2019., , Sob a ótica do pneumologista assistente, a estratégia de coleta de material biológico deve ser cuidadosamente planejada: a escolha do procedimento de biópsia (seja por broncoscopia, EBUS ou punção guiada) precisa priorizar o método de maior rendimento e menor risco, garantindo, em procedimento único, a confirmação histológica, o estadiamento e a suficiência amostral para testes moleculares. Esta decisão fica clara quando da reunião multidisciplinar com a presença do pneumologista., , Recomenda-se ainda a padronização do processamento anatomopatológico (incluindo o preparo de blocos celulares em amostras citológicas) e o ajuste conceitual rigoroso na classificação dos tumores neuroendócrinos, estabelecendo distinção clara entre o carcinoma de pequenas células, o carcinoma neuroendócrino de grandes células e os tumores carcinoides pulmonares, dadas as suas marcantes divergências biológicas e terapêuticas., , 2. Diagnóstico Molecular e Biomarcadores Preditivos, , A identificação de alterações moleculares acionáveis tornou-se pilar indispensável no manejo do câncer de pulmão de células não pequenas (CPCNP). Ratifica-se a obrigatoriedade dos testes de EGFR e ALK, propondo-se que sua solicitação ocorra de forma reflexa ou simultânea ao diagnóstico histopatológico para evitar atrasos na definição do esquema terapêutico., , A SBPT enfatiza a importância de reconhecer no texto a relevância clínica de um painel ampliado de biomarcadores (ROS1, BRAF, MET, RET, NTRK, KRAS e HER2), com estímulo ao uso gradual de sequenciamento de nova geração (NGS) e de biópsia líquida complementar em cenários selecionados. Ressalta-	Considerações Finais, , A Comissão de Câncer da SBPT reafirma seu compromisso histórico de colaborar com a Conitec e o Ministério da Saúde na construção de diretrizes clínicas pautadas na excelência científica, na segurança do paciente e no uso racional dos recursos públicos. A consolidação destas contribuições garantirá que o PCDT do Câncer de Pulmão atue não apenas como um guia terapêutico, mas como um instrumento efetivo de transformação e equidade na jornada do paciente no Brasil.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			se que o reconhecimento da utilidade diagnóstica de um biomarcador não implica incorporação automática de terapias ainda não submetidas ao rito regulatório do SUS, mas garante o alinhamento do protocolo ao estado da arte da ciência., , 3. Estadiamento Não Invasivo e Invasivo: Correções Técnicas Prioritárias, , No âmbito do estadiamento, a Comissão de Câncer da SBPT aponta correções técnicas indispensáveis:, , -Agrupamento TNM (9ª Edição): É imperioso reestruturar as tabelas do documento conforme a 9ª edição do TNM (IASLC/UICC), incorporando corretamente as subdivisões N2a e N2b e seus respectivos agrupamentos estadiadores., -Exames de Imagem e SNC: O PET-CT deve ter sua indicação formal estendida a todos os pacientes candidatos a tratamento curativo, incluindo radioterapia estereotáxica e quimiorradioterapia definitiva, e não apenas aos elegíveis à cirurgia. Para o sistema nervoso central, a Ressonância Magnética (RM) de encéfalo deve ser o exame de escolha nos estádios III e IV, bem como no carcinoma de pequenas células (CPCP), independentemente da presença de sintomas neurológicos., -Estadiamento Mediastinal por EBUS/EUS:** Deve-se corrigir a indicação de EBUS/EUS pré-operatório universal. Pacientes com tumores pequenos e periféricos (?2 cm), sem evidência de acometimento linfonodal na TC e no PET-CT, podem ser submetidos diretamente à ressecção cirúrgica com amostragem linfonodal intraoperatória. Além disso, recomenda-se flexibilizar critérios de contraindicação rígidos (como alterações laboratoriais renal ou de coagulação isoladas), prevenindo barreiras injustificadas de acesso., , 4. Avaliação Funcional Respiratória e Decisão Terapêutica, , A avaliação da reserva funcional é competência central da Pneumologia e determinante primária da operabilidade. A SBPT propõe como recomendação prioritária a inclusão sistemática da espirometria combinada à medida da capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO) para todos os candidatos à ressecção pulmonar, alinhando o PCDT à diretriz internacional ERS/ESTS. Testes funcionais de exercício (como o teste de esforço cardiopulmonar - TCPE) devem ser indicados em casos de risco moderado a elevado., , No plano cirúrgico, defende-se a atualização do texto para reconhecer a segmentectomia anatômica como opção oncológica válida e equivalente à lobectomia em tumores periféricos selecionados de até 2 cm com N0 confirmado., , No CPCNP estádio III localmente avançado, a definição da conduta deve emanar de discussão multidisciplinar que diferencie com clareza a ressecabilidade anatômica, a operabilidade funcional e o real benefício oncológico. O acometimento linfonodal N2 não deve ser encarado, a priori e isoladamente, como sinônimo de doença irressecável. Quanto às terapias sistêmicas, ratificam-se os esquemas incorporados no SUS, recomendando-se a diferenciação das subclasses de mutação do EGFR e a contextualização dos dados científicos mais recentes (como os estudos LAURA no estádio III e ADRIATIC no CPCP)., , 5. Monitoramento, Critérios RECIST 1.1 e Gestão da Jornada, , Para o acompanhamento dos pacientes e avaliação de resposta tumoral, exige-se a correção imediata do quadro descritivo dos critérios RECIST 1.1: a Resposta Parcial deve ser definida como a redução ?30% na soma dos diâmetros em	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			relação ao basal, enquanto a Progressão de Doença exige aumento ?20% (com incremento absoluto mínimo de 5 mm) em relação ao nadir (*menor soma registrada*)., , Por fim, a SBPT defende a inclusão prioritária de indicadores de qualidade da jornada assistencial — tais como o tempo entre a suspeita clínica e a confirmação diagnóstica, o tempo para liberação do perfil molecular e o intervalo até o início do tratamento. Tais métricas devem ser articuladas ao Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer no SUS (Portaria GM/MS nº 6.592/2025).	
20/10/2026	Profissional de saúde	Boa	1. Incluir a navegação do cuidado de acordo com Portaria GM/MS Nº 6.592, DE 4 DE fevereiro DE 2025 Altera a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa de navegação da pessoa com diagnóstico de câncer, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. na seção 9 — Regulação, controle e avaliação pelo gestor, Sugiro que o PCDT inclua expressamente a navegação da pessoa com suspeita ou diagnóstico de câncer de pulmão, em consonância com a Lei nº 14.758/2023 e a Portaria GM/MS nº 6.592/2025, como estratégia para coordenar a investigação, o estadiamento, a avaliação de biomarcadores e o acesso oportuno ao tratamento., A navegação deve conectar atenção primária, regulação, serviços diagnósticos e estabelecimentos especializados, com responsáveis definidos, acompanhamento das pendências e busca ativa diante de faltas ou interrupções. Deve contemplar também as barreiras sociais, econômicas, geográficas e de comunicação que dificultam a continuidade do cuidado., Sugiro prever o acompanhamento individual desde a alta suspeição, articulando atenção primária, regulação, serviços diagnósticos e estabelecimentos especializados. A navegação deve identificar barreiras, acompanhar pendências, realizar busca ativa e facilitar a comunicação entre paciente, família e equipe. Sua implementação deve contemplar profissionais capacitados, tempo de trabalho, recursos e integração aos sistemas de informação .incluindo recuperação de blocos, estadiamento, biomarcadores, condições clínicas e acesso terapêutico., Por que a navegação é especialmente relevante no câncer de pulmão- estadiamento é frequentemente tardio - que corrobora com a alta mortalidade no Brasil, A jornada exige coordenar várias etapas interdependentes: imagem, escolha do procedimento de biópsia, obtenção de material suficiente, patologia, estadiamento, testes preditivos, avaliação funcional e acesso ao tratamento. Uma falha inicial pode repercutir em toda a sequência. A implementação da navegação de pacientes estrutura o fluxo assistencial em oncologia torácica ao mitigar iniquidades de acesso, acelerar diagnósticos e otimizar o início do tratamento, embora demande padronização metodológica contínua- isto é um aspecto importante para o momento de incorporação de elementos da jornada da oncologia de precisão e cuidado personalizado. ,	Quanto aos testes, recomendo que o protocolo detalhe:, - Quais biomarcadores pesquisar e em quais situações clínicas, considerando histologia, estágio da doença e finalidade terapêutica, inclusive quando necessários à definição de tratamento perioperatório ou adjuvante., - O momento da solicitação, favorecendo fluxos reflexos pactuados com a patologia quando indicados, para reduzir solicitações tardias e consultas adicionais., - A adequação e a preservação das amostras, com orientação pré-analítica, uso racional do material e fluxo para resgate de blocos externos, amostras insuficientes e eventual nova coleta., - A organização e o financiamento da rede diagnóstica, explicitando responsabilidades pela solicitação, execução, transporte das amostras, custeio, disponibilização dos resultados e encaminhamento aos laboratórios de referência., - A investigação na progressão da doença, quando houver indicação de nova caracterização molecular para orientar a sequência terapêutica., O protocolo deve distinguir os exames necessários ao diagnóstico e à classificação tumoral daqueles que selecionam tratamentos específicos. Também deve explicitar a relação entre cada teste e a decisão clínica correspondente, evitando que a incorporação de medicamentos ocorra sem uma via efetiva de acesso ao diagnóstico que determina sua indicação., Sugiro monitorar os tempos entre solicitação, coleta, recebimento da amostra, liberação do resultado e decisão terapêutica, além das taxas de material insuficiente, recoleta e pacientes que iniciam tratamento sem os resultados necessários. A experiência dos pacientes e da equipe multiprofissional deve complementar essa avaliação., A efetividade do PCDT depende de garantir que o resultado diagnóstico chegue em tempo de orientar uma decisão terapêutica acessível. A navegação e a estruturação dos testes devem integrar a implementação do protocolo, com responsabilidades, recursos e indicadores definidos. Sem isso a inovação pode não levar ao impacto planejado.