Contribuições da Consulta Pública - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Carcinoma Renal de Células Claras - 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?
26/08/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Sim. A Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE) considera muito pertinente a inclusão de crianças e adolescentes como “Casos Especiais” no PCDT e sugere alguns aprimoramentos na redação., , Primeiramente, recomenda-se diferenciar a frequência do carcinoma de células renais como grupo dos tumores renais pediátricos da frequência específica do carcinoma de células claras convencional entre os carcinomas renais pediátricos. O CCRC clássico é muito raro nessa faixa etária, em séries com caracterização molecular adequada, os carcinomas associados a rearranjos TFE3/TFEB são substancialmente mais frequentes., , Por esse motivo, sugere-se reforçar que o diagnóstico de CCRC clássico em menores de 18 anos seja preferencialmente confirmado por revisão anatomopatológica especializada e por investigação complementar capaz de excluir carcinomas associados a rearranjos de TFE3/TFEB e outras entidades molecularmente definidas que possam apresentar morfologia de células claras., , Sugere-se, ainda, explicitar a importância da avaliação e da amostragem adequadas dos linfonodos regionais durante o tratamento cirúrgico. Em carcinomas renais pediátricos, o comprometimento linfonodal pode ocorrer mesmo em tumores de menor volume e os exames de imagem apresentam sensibilidade limitada para sua identificação., , Finalmente, considera-se adequado ampliar a recomendação de avaliação da predisposição hereditária, uma vez que o diagnóstico de carcinoma renal na infância ou na adolescência representa, por si só, uma apresentação de início excepcionalmente precoce.,	Sim. A SOBOPE considera importante destacar que os carcinomas renais da infância e adolescência constituem um grupo biologicamente heterogêneo e diferente daquele observado na população adulta., , A possibilidade prevista no PCDT de individualizar o tratamento sistêmico de crianças e adolescentes com carcinoma de células renais claras clássico com base nas terapias disponíveis para adultos é razoável diante da extrema raridade da doença e da impossibilidade prática de geração de ensaios clínicos pediátricos específicos. Essa extrapolação, entretanto, deve ocorrer apenas após adequada confirmação histológica e molecular do diagnóstico., , Em particular, carcinomas associados a rearranjos de TFE3 ou TFEB são muito mais frequentes na população pediátrica e podem apresentar morfologia de células claras, mas constituem entidades biologicamente distintas e não devem ser automaticamente tratados segundo recomendações destinadas ao CCRC convencional., , A SOBOPE recomenda que pacientes pediátricos com carcinoma renal sejam avaliados em centros com experiência em tumores renais da infância, com participação de oncologia pediátrica, cirurgia/urologia, anatomia patológica, genética e demais especialidades pertinentes, preferencialmente em discussão multidisciplinar., , Nos casos de doença avançada, irressecável ou recidivada, em que a evidência pediátrica permanece limitada, recomenda-se ainda priorizar, sempre que possível, inclusão em estudos clínicos ou registros prospectivos nacionais e internacionais, contribuindo para a geração de evidências em uma população ultrarrara.,

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?
27/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Minha contribuição como esposa e cuidadora de um paciente com carcinoma renal de células claras metastático, , Meu nome é Edineia e sou esposa de Pedro Amancio de Carvalho, 63 anos, paciente com carcinoma renal de células claras metastático., , Estou participando desta Consulta Pública como esposa e cuidadora, porque conheço de perto o sofrimento causado por essa doença e, principalmente, a angústia de saber que existem tratamentos capazes de oferecer uma possibilidade de controle da doença, mas que nem sempre estão disponíveis para o paciente que depende exclusivamente do SUS., , Meu marido iniciou tratamento com sunitinibe, que era a opção disponível pelo SUS. Entretanto, ele não conseguiu continuar o tratamento devido à importante debilidade que apresentou. Quando um paciente não tolera ou não consegue prosseguir com a única opção disponível, ele não pode simplesmente ficar sem uma alternativa terapêutica., , Hoje, diante da doença metastática e da impossibilidade de continuar o tratamento anterior, nossa família enfrenta uma situação extremamente angustiante: as opções de tratamento mais modernas, incluindo estratégias com imunoterapia, acabam sendo inacessíveis para quem não possui condições financeiras de custear um tratamento particular., , Pergunto, com todo respeito, mas também com a dor de uma esposa: o que acontece com o paciente que depende exclusivamente do SUS quando o tratamento disponível não funciona ou não é tolerado?, , Meu marido não é apenas um número ou uma estatística. Ele é esposo, pai e uma pessoa que deseja continuar vivendo. É pai de um filho com paralisia cerebral, que também depende diariamente dos cuidados da família. Pedro luta não apenas pela própria vida, mas pelo direito de continuar presente na vida do filho e de sua família., , Não estamos pedindo um privilégio. Estamos pedindo uma oportunidade de tratamento., , Peço que a CONITEC considere a realidade dos pacientes que apresentam progressão da doença, intolerância ou falha ao tratamento disponível e que precisam de alternativas terapêuticas dentro do SUS., , O acesso ao tratamento não deveria depender da condição financeira do paciente. Um paciente com câncer renal metastático que não consegue continuar o tratamento disponível não pode ficar sem esperança terapêutica simplesmente porque não tem recursos para pagar uma imunoterapia., , Peço, portanto, que esta Consulta Pública resulte em um protocolo que ofereça mais opções de tratamento, maior possibilidade de continuidade terapêutica e, principalmente, uma oportunidade real de vida para os pacientes com carcinoma renal metastático atendidos pelo SUS., , Como esposa, faço esta contribuição porque não quero aceitar que a falta de recursos financeiros determine até onde meu marido poderá lutar pela própria vida.	Gostaria de destacar o impacto humano e familiar da falta de opções terapêuticas no SUS. Meu marido tem 63 anos, câncer renal metastático e é pai de um filho com paralisia cerebral que depende da família. Quando o paciente não tolera o tratamento disponível, ele precisa ter acesso a uma alternativa. O direito ao tratamento e à possibilidade de continuar vivendo não deveria depender da condição financeira. Peço que a CONITEC considere também a realidade dessas famílias.

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?
06/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	O Grupo de Apoio ao Paciente Reumático Brasil (GRUPAR-BR) considera muito importante a publicação do PCDT do Carcinoma de Células Renais Claras, que recebeu recomendação preliminar favorável da Conitec. , Para quem recebe um diagnóstico de câncer renal, o cuidado não começa e termina com a escolha de um medicamento ou procedimento. Existe uma pessoa e uma família que passam a conviver com medo, incertezas, mudanças na rotina e preocupação com o futuro. Por isso, o PCDT precisa assegurar uma jornada de cuidado completa, desde o diagnóstico e estadiamento em tempo oportuno até o tratamento, acompanhamento, controle dos sintomas e cuidados paliativos quando necessários., Sugerimos fortalecer no protocolo a garantia de acesso rápido aos serviços especializados, acompanhamento multiprofissional, controle adequado da dor, apoio psicológico e social, orientação aos pacientes e familiares e continuidade do cuidado. O próprio documento reconhece a importância de considerar as dimensões físicas, emocionais e sociais que interferem na qualidade de vida., Também é fundamental considerar as desigualdades existentes no Brasil. Nenhum paciente deveria ter menor chance de diagnóstico, tratamento ou sobrevivência por morar longe de um centro especializado, enfrentar dificuldades financeiras ou depender de deslocamentos para receber atendimento. Um PCDT nacional deve contribuir para transformar equidade em cuidado concreto, garantindo atenção integral, humanizada e oportuna em todas as regiões do país.,	Para uma pessoa com câncer renal, ter acesso ao tratamento adequado representa muito mais do que tratar uma doença. Significa ganhar tempo, preservar autonomia, continuar trabalhando quando possível, participar da vida familiar e manter projetos e esperança para o futuro. , O GRUPAR-BR considera fundamental que o SUS acompanhe continuamente a evolução da ciência e que novas tecnologias que demonstrem benefícios clínicos relevantes sejam avaliadas e, quando consideradas adequadas, disponibilizadas aos pacientes. O próprio PCDT prevê sua atualização para inclusão de novas tecnologias após avaliação pela Conitec., Também é necessário considerar a realidade de quem depende exclusivamente do SUS. O acesso não pode existir apenas no papel: o paciente precisa conseguir chegar ao serviço, realizar seus exames, iniciar o tratamento no momento adequado e ter continuidade terapêutica, independentemente de sua renda, município ou região., Por isso, defendemos um PCDT que una evidência científica, inovação, equidade e cuidado humanizado. Para o GRUPAR-BR, o verdadeiro resultado de uma política de saúde acontece quando a recomendação escrita se transforma em cuidado na vida real, garantindo que cada pessoa com câncer renal tenha acesso à melhor assistência possível, no tempo certo, com dignidade, acolhimento e respeito à sua vida e às suas escolhas.,

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?
07/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	Sim. A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) reconhece a qualidade técnica da proposta e solicita os seguintes aperfeiçoamentos, em consonância com sua nota técnica institucional:, , 1. Preservação de néfrons e via de acesso cirúrgico — seção 7.1.1., , Reafirmamos a prioridade da nefrectomia parcial nos pacientes elegíveis, especialmente nos tumores T1, quando tecnicamente viável e oncologicamente segura. Em tumores maiores ou complexos, a indicação deve considerar anatomia tumoral, função renal, rim único, bilateralidade, comorbidades e experiência da equipe., , Recomendamos estimular as abordagens minimamente invasivas quando apropriadas, preservando como objetivos centrais a segurança oncológica e a manutenção da função renal. A escolha entre cirurgia aberta, laparoscópica e robótica deve considerar os resultados esperados, a experiência do serviço e os recursos disponíveis. A indisponibilidade de plataforma robótica não deve impedir ou retardar uma cirurgia preservadora de néfrons por outra via adequada., , Sugerimos atualizar a fundamentação com o ensaio randomizado OpeRa, publicado em 2025. O estudo identificou benefícios em desfechos de recuperação com a abordagem robótica, mas não demonstrou diferença estatisticamente significativa no desfecho primário de complicações em 30 dias e apresentou limitação de poder estatístico. Portanto, seus resultados devem sustentar uma escolha individualizada, sem afirmar superioridade global da robótica ou equivalência oncológica de longo prazo com base apenas em margens cirúrgicas., , 2. Tratamento sistêmico de primeira linha da doença metastática — seção 7.2.4 e Quadro 7., , O PCDT preconiza sunitinibe e pazopanibe e registra decisões anteriores de não incorporação de outras tecnologias. Solicitamos atualizar a síntese da evidência e priorizar a reavaliação das combinações baseadas em imunoterapia., , Os ensaios randomizados de fase III CheckMate 214, KEYNOTE-426, CheckMate 9ER e CLEAR demonstraram benefícios das combinações nivolumabe/ipilimumabe, pembrolizumabe/axitinibe, nivolumabe/cabozantinibe e pembrolizumabe/lenvatinibe, respectivamente, em comparação com sunitinibe, nas populações estudadas., , A avaliação deve respeitar as indicações e os grupos prognósticos de cada esquema. Em particular, a evidência de nivolumabe/ipilimumabe é mais estabelecida no risco intermediário ou desfavorável pelo IMDC. Os resultados dos diferentes estudos não autorizam comparação direta de superioridade entre as combinações., , Solicitamos que a Conitec considere os seguimentos atualizados, toxicidade, qualidade de vida, capacidade de manejo dos eventos imunomediados, preços atuais, custo-efetividade e impacto orçamentário. A ausência de incorporação deve ser claramente distinguida de ausência de eficácia ou de benefício clínico., , Até eventual revisão das decisões de incorporação, o texto deve informar de maneira transparente quais tratamentos estão contemplados no SUS e quais dependem de avaliação específica, sem comprometer a continuidade da assistência disponível., , 3. Seleção para nefrectomia citorredutora — seção 7.2.1., , Concordamos com a orientação de que a nefrectomia citorredutora não deve ser realizada rotineiramente em todos os pacientes com doença	A SBCO considera relevante a consolidação do cuidado ao carcinoma renal de células claras em um PCDT e reconhece os avanços na organização dos critérios diagnósticos, prognósticos e terapêuticos., , Em consonância com sua nota técnica institucional, não apresenta propostas adicionais de alteração nos tópicos de linfadenectomia, adrenalectomia ipsilateral, vigilância ativa, estadiamento, estratificação prognóstica e levantamento dos procedimentos SIGTAP. Sua contribuição concentra-se nos quatro pontos apresentados no campo anterior., , Para a implementação, recomendamos que a preservação da função renal receba atenção equivalente ao controle oncológico, com registro da função renal basal e pós-tratamento, acompanhamento das comorbidades e encaminhamento à nefrologia quando indicado., , A ampliação do acesso à cirurgia preservadora de néfrons e às técnicas minimamente invasivas deve estar vinculada à qualificação das equipes e à organização dos fluxos de referência. A escolha da plataforma tecnológica deve servir à segurança e ao benefício do paciente, evitando atrasos ou nefrectomias radicais motivadas exclusivamente por limitações locais que possam ser superadas por encaminhamento oportuno., , Na doença metastática, a discussão multidisciplinar deve integrar tratamento sistêmico, eventual abordagem do tumor primário, tratamento de metástases selecionadas e cuidados paliativos. As decisões precisam ser reavaliadas ao longo da evolução, de acordo com resposta, tolerabilidade e objetivos do paciente., , Solicitamos que o protocolo estabeleça mecanismo de atualização das evidências e de priorização das avaliações tecnológicas. Na imunoterapia, a reavaliação deve considerar os resultados clínicos mais recentes, o impacto absoluto do benefício, a segurança, os custos atuais e a capacidade assistencial necessária para administrar e monitorar os tratamentos., , Propomos acompanhar indicadores como acesso à nefrectomia parcial em pacientes elegíveis, complicações cirúrgicas, evolução da função renal, tempo até o tratamento, continuidade do seguimento e acesso aos tratamentos sistêmicos preconizados. Os resultados devem ser interpretados conforme a complexidade dos casos e as diferenças regionais., , A SBCO reafirma sua disponibilidade para colaborar com a Conitec na revisão técnica e na implementação do PCDT, com o objetivo de assegurar assistência atualizada, segura, integral e sustentável aos pacientes brasileiros., , Para fundamentar os pontos medicamentosos, as principais referências são o CheckMate 214, seguimento de oito anos (https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11907766/), 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?
			metastática. Solicitamos reforçar a diferenciação entre cirurgia para controle de sintomas do tumor primário e citorredução com expectativa de benefício oncológico., , Nos pacientes com dor, hematúria ou outras manifestações atribuíveis ao tumor primário, a cirurgia pode ser considerada para paliação, conforme risco operatório, expectativa de benefício e alternativas disponíveis. A presença de sintomas, isoladamente, não torna a nefrectomia obrigatória., , Nos pacientes assintomáticos, a decisão deve ser individualizada, preferencialmente em reunião multidisciplinar, considerando estado funcional, risco IMDC, volume e distribuição da doença, necessidade de tratamento sistêmico imediato, possibilidade de controle dos sítios metastáticos e resposta à terapia inicial., , O PCDT já contempla a nefrectomia diferida. Recomendamos explicitar que CARMENA e SURTIME foram conduzidos com sunitinibe e que sua extrapolação para combinações modernas de imunoterapia exige cautela. Registros contemporâneos podem apoiar a seleção, mas não estabelecem benefício causal de sobrevida devido ao risco de viés de seleção., , Ferramentas como o escore SCREEN podem complementar a avaliação de risco cirúrgico, sem substituir o julgamento clínico ou ser apresentadas como preditores validados de benefício oncológico da cirurgia., , 4. Tratamento adjuvante — seções 7.1 e 7.2.4., , Solicitamos revisar tanto a afirmação de que o protocolo não preconiza adjuvância quanto a formulação de que não existe indicação clínica de tratamento sistêmico adjuvante após ressecção completa. É necessário distinguir recomendação assistencial e disponibilidade no SUS da existência de evidência científica de benefício., , No KEYNOTE-564, pembrolizumabe adjuvante melhorou a sobrevida livre de doença e a sobrevida global em pacientes selecionados com carcinoma renal com componente de células claras e risco aumentado de recorrência após cirurgia. A análise publicada em 2024 mostrou sobrevida global estimada em 48 meses de 91,2% versus 86,0% com placebo, com HR para óbito de 0,62 e IC 95% de 0,44–0,87., , Solicitamos avaliação específica dessa indicação, com definição explícita dos critérios de elegibilidade do estudo, incluindo os pacientes M1 sem evidência de doença após ressecção completa nas condições previstas no ensaio. O benefício não deve ser generalizado para todos os pacientes submetidos a nefrectomia ou metastasectomia., , A avaliação deve incorporar risco absoluto de recorrência, toxicidade imunomediada, possibilidade de sequelas persistentes, preferências do paciente, custo-efetividade e impacto orçamentário. A evidência favorável é específica para pembrolizumabe nesse contexto e não deve ser interpretada como efeito de classe de toda imunoterapia adjuvante., , Esses aperfeiçoamentos mantêm a estrutura do protocolo e permitem distinguir as condutas disponíveis no SUS das prioridades de atualização e avaliação tecnológica.	KEYNOTE-426, seguimento de cinco anos (https://www.nature.com/articles/s41591-025-03867-5), o CLEAR (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38227898/) e o KEYNOTE-564, análise de sobrevida global (https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2312695)

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?
07/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	Não	Consideramos prioritário reduzir o tempo entre a identificação de sinais ou achados suspeitos, a investigação diagnóstica, a confirmação da doença, o estadiamento e o início do tratamento. Muitas vezes, o câncer renal pode ser identificado incidentalmente durante exames realizados por outras razões, enquanto outros pacientes chegam ao diagnóstico após manifestações clínicas. É importante que o PCDT contribua para organizar fluxos de investigação e encaminhamento, garantindo que os pacientes tenham acesso, em tempo oportuno, aos exames necessários e à avaliação especializada., Nesse contexto, defendemos a navegação de pacientes como componente estratégico da linha de cuidado. O percurso do paciente com carcinoma renal pode envolver diferentes especialidades, exames de imagem, avaliação cirúrgica, oncologia, acompanhamento da função renal e, nos casos avançados, diferentes etapas terapêuticas. A navegação pode reduzir a fragmentação dessa jornada, auxiliar na coordenação de consultas e exames, identificar barreiras de acesso, facilitar o encaminhamento entre os diferentes níveis de atenção e diminuir perdas de seguimento. Além do benefício individual, os dados produzidos pela navegação podem revelar gargalos da rede e apoiar decisões de gestão baseadas em evidências do mundo real. Defendemos ainda a incorporação de qualidade de vida e desfechos relatados pelos pacientes (Patient-Reported Outcomes – PROs) no acompanhamento. Fadiga, dor, alterações urinárias, efeitos sobre a função renal, impacto emocional, limitações funcionais, efeitos adversos dos tratamentos e capacidade de manter atividades pessoais e profissionais são dimensões relevantes para quem convive com a doença. O sucesso terapêutico deve ser avaliado não apenas pela resposta tumoral e sobrevida, mas também pela capacidade de preservar autonomia e qualidade de vida., A equidade territorial deve igualmente ser considerada. Diferenças na disponibilidade de diagnóstico por imagem, anatomia patológica, cirurgia especializada, oncologia e tratamentos sistêmicos podem determinar jornadas distintas para pacientes com a mesma doença. Recomendamos, portanto, que a implementação do PCDT seja acompanhada por indicadores capazes de identificar desigualdades regionais, tempos de espera, interrupções, perdas de seguimento e diferenças nos resultados assistenciais.Por fim, sugerimos que o PCDT estabeleça mecanismos permanentes de monitoramento de mundo real, contemplando indicadores como tempo até o diagnóstico e tratamento, estágio da doença, acesso às modalidades terapêuticas, função renal, eventos adversos, hospitalizações, progressão, sobrevida e

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?
				qualidade de vida. , ,
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Regular	"Recomendação final do GBTR, 1.Prever, no PCDT, o acesso ao sunitinibe para pacientes menores de 18 anos com carcinoma de células renais, quando houver indicação de tratamento sistêmico., 2.Estabelecer que esses pacientes sejam avaliados e acompanhados por centros de referência ou por meio de uma rede especializada em tumores renais pediátricos, com confirmação diagnóstica e discussão multidisciplinar., 3.Estabelecer recomendações para a caracterização histopatológica e molecular adequada dos carcinomas renais pediátricos, considerando sua diversidade biológica., 4.Recomendar que o tratamento cirúrgico seja realizado em centros com experiência em tumores renais pediátricos, com avaliação da possibilidade de cirurgia poupadora de néfrons em casos selecionados e adequada amostragem linfonodal., 5.Prever acompanhamento sistemático das toxicidades associadas ao sunitinibe e mecanismos de assistência compartilhada entre o centro de referência e a rede local de saúde., 6.Estabelecer orientação para pacientes que apresentem intolerância, contraindicação ou progressão ao tratamento de primeira linha, permitindo avaliação especializada para definição de terapias subsequentes., 7.Recomendar vigilância apropriada dos pacientes portadores de síndromes de predisposição ao câncer renal e acesso aos exames necessários para esse acompanhamento., 8.Estimular o registro prospectivo nacional dos pacientes pediátricos tratados, permitindo avaliação de efetividade, segurança e resultados em vida real no SUS., "	A disponibilização do sunitinibe, associada a essa organização assistencial, representa uma oportunidade de oferecer tratamento baseado nas melhores recomendações internacionais e evidência científica disponíveis para uma população extremamente rara, atualmente com opções terapêuticas muito limitadas, ao mesmo tempo em que permite ao Sistema Único de Saúde garantir uso racional da tecnologia, acompanhamento especializado e geração de evidências brasileiras., O Grupo Brasileiro de Tumores Renais (GBTR) permanece à disposição do Ministério da Saúde e da Conitec para contribuir com futuras discussões técnicas, revisões e atualizações deste PCDT, compartilhando sua experiência nacional no cuidado de crianças e adolescentes com tumores renais e na articulação de redes especializadas de assistência.,
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	Reforço à Cirurgia Minimamente Invasiva e Preservação Renal:, - Estimular expressamente a realização de nefrectomia parcial (preservadora de néfrons) e o emprego de técnicas minimamente invasivas (laparoscópica e robótica) em casos elegíveis, destacando a equivalência oncológica/renal e o benefício perioperatório (menor dor, menor perda sanguínea e rápida recuperação). , , Reavaliação do Tratamento Sistêmico de Primeira Linha (Doença Metastática): , Incorporar regimes baseados em imunoterapia combinada (ex.: pembrolizumabe com axitinibe, nivolumabe com ipilimumabe, nivolumabe com cabozantinibe ou lenvatinibe com pembrolizumabe) como opções de primeira linha, superando a limitação aos inibidores de tirosina-quinase isolados (sunitinibe/pazopanibe), dado o ganho comprovado em sobrevida global. , , Critérios Atualizados para Nefrectomia Citorredutora:, Restringir a indicação rotineira da cirurgia citorredutora aos pacientes sintomáticos (com dor, hematúria ou síndromes paraneoplásicas) e determinar a discussão multidisciplinar nos assintomáticos, considerando ferramentas de estratificação (como o escore SCREEN) e o papel da citorredução diferida pós-imunoterapia. , , Inclusão da Imunoterapia Adjuvante Pós-Nefrectomia: , Recomendar a imunoterapia adjuvante com pembrolizumabe para pacientes submetidos à nefrectomia classificados como de risco intermediário-alto ou alto de recorrência (e casos M1 ressecados sem doença residual), respaldada pelo ganho de sobrevida global demonstrado no estudo KEYNOTE-564.	Encaminhamos nota completa para contribuição

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?
08/09/2026	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/1to02Kkw3GRuOIjp2oAN2Z-ViIi0HTti0/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/1to02Kkw3GRuOIjp2oAN2Z-ViIi0HTti0/view?usp=sharing
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	"Solicito que as recomendações para uso de medicamento antineoplasicos (para situações futuras) evitem restringir o acesso ao medicamento exclusivamente à população adulta (""18 anos ou mais"") quando houver fundamentação científica para sua utilização em pacientes pediátricos., , Na população pediátrica, especialmente em doenças raras ou em condições tipicamente observadas em adultos, a realização de estudos clínicos com grande número de crianças é frequentemente inviável devido à baixa incidência dessas doenças. Exigir o mesmo nível de evidência disponível para adultos pode resultar na exclusão injustificada de crianças e adolescentes de terapias potencialmente benéficas., , Recomenda-se que a CONITEC considere, além da idade cronológica, critérios técnico-científicos como:, , existência de dose pediátrica estabelecida por superfície corporal ou peso, , experiência prévia de uso da medicação em crianças para outras indicações aprovadas, , dados de segurança, farmacocinética e farmacodinâmica disponíveis na população pediátrica, , consenso de sociedades científicas e diretrizes clínicas quando aplicáveis., , A redação da recomendação poderia priorizar critérios de indicação clínica e de posologia validada, em vez de estabelecer um limite etário fixo de 18 anos. Essa abordagem amplia a equidade no acesso às tecnologias em saúde, preserva a segurança do paciente e evita que crianças e adolescentes com doenças raras ou condições de baixa frequência fiquem sem acesso a tratamentos potencialmente eficazes apenas pela ausência de grandes ensaios clínicos pediátricos, cuja realização muitas vezes não é factível."
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	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?
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	A contribuição do Oncoguia sugere complementar e alterar o PCDT de câncer de rim nos seguintes aspectos:, Estabelecimento das condições e dos fluxos de referência para a realização dos exames de diagnóstico, estadiamento e avaliação prognóstica que o próprio protocolo exige, inclusive os exames laboratoriais sem os quais os escores UISS e IMDC não podem ser calculados., Instituição do dever de informação prévia e da decisão compartilhada entre as modalidades de tratamento da doença localizada, com destaque para a diferença funcional entre nefrectomia parcial e radical., Estruturação do acompanhamento da função renal após o tratamento cirúrgico, com periodicidade, parâmetros laboratoriais e critério de encaminhamento à nefrologia definidos, inclusive após o encerramento da vigilância oncológica., Definição de parâmetros nacionais para o monitoramento dos pacientes em radioterapia e terapia sistêmica, hoje remetidos à conduta de cada instituição., Conversão dos cuidados paliativos em capítulo próprio, reposicionado entre os atuais capítulos 7 e 8, com tratamento equivalente para o Cuidado Farmacêutico., Extensão à população adulta dos critérios de suspeição de predisposição hereditária hoje previstos apenas no capítulo pediátrico, com definição do seguimento das pessoas de alto risco., Registro das lacunas terapêuticas e diagnósticas como subsídio a futuras avaliações pela Conitec, com destaque para a inexistência de qualquer alternativa de segunda linha na doença metastática, além das combinações de imunoterapia em primeira linha, das terapias ablativas e da cirurgia robótica, e da avaliação molecular e do aconselhamento genético., O detalhamento das recomendações, bem como a justificativa, estão no documento em anexo.,	É importante esclarecer que o Instituto Oncoguia tem participado do processo de avaliação deste PCDT como membro da cadeira rotativa reservada às Organizações da Sociedade Civil na Conitec. Via de regra, ao ocupar essa cadeira, o Oncoguia opta por não apresentar contribuições nas Consultas Públicas, por entender que, enquanto membro da Conitec, cabe à organização apresentar suas contribuições durante a própria reunião de avaliação da matéria, como pares dos demais membros do comitê. , Entretanto, a experiência recente demonstrou que o espaço destinado à avaliação deste PCDT durante a reunião da Conitec não permitiu, na prática, uma discussão suficientemente ampla e aprofundada sobre as questões apresentadas. Considerando essa limitação e seguindo, inclusive, a orientação da coordenação do Comitê de Protocolos da Conitec, o Oncoguia opta por apresentar esta contribuição no âmbito da Consulta Pública, reforçando os pontos já abordados pela presidente do Instituto durante a reunião de discussão., Entendemos que essa é a forma mais pertinente de garantir que as considerações do Oncoguia, especialmente aquelas relacionadas à perspectiva e às necessidades das pessoas que vivem com câncer, sejam efetivamente registradas e possam ser consideradas no processo de elaboração e atualização do PCDT.,