

Contribuições da Consulta Pública - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Linfoma de Hodgkin - 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?
19/08/2026	Profissional de saúde	Regular	Gostaria de incluir/comentar sobre alguns pontos do relatório do PCDT para aprimoramento do texto final: , , , 1. O esquema BEACOPP /eBEACOPP em sua forma tradicional não é possível de ser realizado devido à ausência de comercialização da procarbazina no Brasil., 2. Devido a alta toxicidade, o esquema BEACOPP deve ser administrado somente por locais que tenham estrutura adequada para manejo de eventos adversos graves que podem ocorrer., 3. A taxa de pacientes que atingem a doença recidivada/refratária não é 10% em todos os casos. Essa taxa depende do esquema terapêutico usado em primeira linha e fatores prognósticos como a idade. Por exemplo com esquema ABVD em 1L essa taxa pode ser de 25% , 4. Sugestão de incluir as limitações e desafios do tratamento na população idosa que apresenta pior prognóstico e menores taxas de sobrevida e sobrevida livre de progressão devido a eventos adversos e impossibilidade de receberem os esquemas em dose tradicional. Avaliar incluir que adaptações dos esquemas para população idosa também podem estar associados a diferentes efetividades, 5. Avaliar incluir o impacto dos diferentes esquemas em fertilidade e neoplasias secundárias, 6. Avaliar incluir seção sobre manejo de eventos adversos com brentuximabe como neuropatia, neutropenia e necessidade de profilaxia com g-csf., ,	Nao
24/08/2026	Paciente	Muito boa	Não	Sou refratário pela 3ª vez e preciso de uma pesquisa em andamento para tratar.
25/08/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
28/08/2026	Paciente	Muito boa	Sem comentários	Sem comentários

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?
03/09/2026	Empresa	Muito boa	"Sugestões para a Consulta Pública – PCDT Linfoma de Hodgkin, , Página 8. Item 4.1. Diagnóstico clínico , , No último parágrafo, sugerimos retirar o baço como local de acometimento extranodal. O baço é, conceitualmente, uma estrutura nodal, ainda que o padrão de disseminação da doença possa ocorrer por via hematogênica. , , Página 9. Item 4.3. Diagnóstico histopatológico , , Sugerimos esclarecer que a aspiração por agulha fina é insuficiente para diagnóstico do linfoma de Hodgkin, considerando não permitir adequada avaliação imunofenotípica e morfológica, diferenciando-a da biópsia por agulha grossa (core biopsy) que pode ser utilizada, sobretudo em cenário de acometimento de sítios de difícil acesso para biópsia excisional. , Sugerimos também a retirada da necessidade de congelamento da amostra de biópsia, uma vez que esse passo não é necessário para a fixação em formalina. O congelamento pode ser utilizado como artifício adicional para o diagnóstico imediato, mas não exclui a necessidade da fixação em formalina e avaliação convencional histopatológica e imunohistoquímica., , Referência: Eichenauer DA, André M, Borchmann P, et al. Hodgkin lymphoma: EHA Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. Hemasphere. 2026 Jun 23, 10(6):e70422. doi: 10.1002/hem3.70422. PMID: 42345030, PMCID: PMC13288861. , , Página 9. Item 4.4. Avaliação laboratorial após diagnóstico histopatológico , , Esse item não trata de avaliação laboratorial, mas sim de imunohistoquímica. Sugerimos mudança do título. , Sugerimos incluir no texto introdutório desse Item a necessidade de realização de um painel mínimo de imunohistoquímica contemplando os marcadores: CD45, CD20, CD3, CD15, CD30 e PAX-5, visando reduzir risco de diagnóstico incorreto e adequada diferenciação de outras doenças benignas e malignas., , Referência: FTIKHAR, Raheel et al. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Hodgkin Lymphoma in Countries with Restricted Resources. Blood Global Hematology, v. 2, n. 2, 100080, 2026. DOI: https://doi.org/10.1016/j.bglo.2026.100080 , , Página 9. Item 4.5. Exames de Imagem, , Sugerimos excluir o raio X de tórax como exame de imagem para avaliação da doença, dada a limitação de avaliação adequada do volume da doença e do comprometimento nodal por esta modalidade de imagem, não sendo atualmente recomendada conforme os critérios de Lugano. Sugerimos o detalhamento da tomografia de abdômen, tanto superior quanto inferior. , , Referência: Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. J Clin Oncol. 2014 Sep 20, 32(27):3059-68. doi: 10.1200/JCO.2013.54.8800. PMID: 25113753, PMCID: PMC4979083. , , , Página 10. Item 4.6. Outros exames. , , Sugerimos a inclusão de exame sorológico para HTLV 1 e 2, considerando a existência de Linfoma/Leucemia de células T do Adulto Hodgkin-Símile, sobretudo sendo o Brasil um país endêmico para o HTLV. , Sugerimos colocar ecocardiograma transtorácico como mandatório em pacientes que serão submetidos ao uso de antraciclina. , , Sugerimos modificar o item ""rastreamento da hepatite B	A Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH) é uma sociedade médica que tem por objetivo representar os profissionais da área de hematologia, hemoterapia e terapia celular, além de promover o progresso científico dessas áreas no Brasil e prezar pela qualidade no tratamento dos pacientes e nos serviços da especialidade. , A ABHH tem o suporte científico e apoio técnico dos Comitês de Linfomas que é um órgão consultivo desta Associação, constituído por especialistas brasileiros com experiência e qualificação em suas áreas de atuação. Compete a este Comitê elaborar pareceres e documentos técnicos e científicos, além de promover e participar de campanhas educacionais e sociais e orientar a ABHH com relação a temas específicos da área. , Ao participar dessa consulta pública, reiteramos o compromisso da ABHH em contribuir com o acesso e a equidade no âmbito do tratamento dos pacientes com Linfoma de Hodgkin. , Os membros do referido Comitê da ABHH vêm, por meio deste expediente, apresentar suas considerações acerca da Consulta Pública Conitec/SECTICS nº 80/2026, referente ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Linfoma de Hodgkin., A implementação deste PCDT representa um avanço concreto na organização do cuidado oncológico no SUS, com potencial impacto positivo na sobrevida, na qualidade de vida e na redução de complicações dos pacientes com Linfoma de Hodgkin., , Diante do exposto, a ABHH, pelas razões ora elencadas e revisando criteriosamente o PCDT apresentado, manifesta a importância da atualização do PCDT do Linfoma de Hodgkin, sendo favorável à aprovação e implementação deste protocolo. Esperamos ter colaborado para a qualidade técnico-científica desse PCDT. ,

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?
			(HBV) e de infecção latente por tuberculose (ILTB) conforme item Monitoramento” para “rastreamento de infecção latente por tuberculose (ILTB)”, uma vez que a hepatite B já está contemplada no item anterior e nenhum dos dois consta no item Monitoramento, , , Referência: Muta H, Muto R, Harada N, Miyoshi H. Adult T-cell leukaemia/lymphoma with different histological features in a single lymph node. J Clin Exp Hematop. 2026 Jun 28, 66(2):130-135. doi: 10.3960/jslrt.26003. Epub 2026 Apr 28. PMID: 42055670, PMCID: PMC13472138. , , Página 10. Item 4.7 Estadiamento, , Sugerimos algumas adequações no texto a fim de maior clareza conceitual e de utilização das ferramentas de estadiamento:, , -No texto: “O estadiamento do linfoma de Hodgkin pode ser realizado de acordo com a classificação de Ann Arbor, que classifica os pacientes em quatro estágios, conforme representado no Quadro 2” substituir por “O estadiamento do linfoma de Hodgkin tem como base a classificação de Ann Arbor, que classifica os pacientes em quatro estágios, conforme representado no Quadro 2””, -No quadro 2, substituir “cadeia linfonodal” por “região linfonodal”, -Sugerimos a modificação do texto abaixo, considerando que a classificação de Lugano é uma evolução da classificação de Ann Arbor e não um sistema independente:, , Texto original: “Outra opção para proceder ao estadiamento é utilizar a classificação de Lugano, que usa obrigatoriamente a PET-CT no estadiamento inicial e na avaliação da resposta terapêutica. Com a incorporação deste exame no sistema de classificação, há simplificação da avaliação de acometimento linfonodal, e de órgãos, incluindo fígado ou baço, além de habitualmente não ser necessária realização de biópsia de medula para o estadiamento (Quadro 3)”, , Sugestão modificada: “A incorporação do PET-CT no estadiamento dos linfomas deu origem à classificação de Lugano, que mantém a estrutura geral da classificação de Ann Arbor, explorando a maior acurácia da avaliação de acometimento linfonodal e extranodal (como o fígado, medula óssea e pulmão). No linfoma de Hodgkin, a principal diferença é a possibilidade de classificação do estágio IIB com doença volumosa em doença precoce desfavorável ou avançada, a depender da combinação de fatores de risco, e a exclusão da biópsia de medula para o estadiamento (Quadro 3)”, , Páginas 11 e 12. Item 4.8. Definição de grupo de risco, , Sugerimos a modificação do texto inicial deste item para tornar mais clara a classificação de risco, fundamental para a definição da estratégia de tratamento. Como sugestão, elaboramos o texto abaixo:, , “Vários grupos de especialistas desenvolveram índices ou escores prognósticos, na tentativa de identificar grupos de risco que permitissem condutas terapêuticas adaptadas ao risco. A Organização Europeia para a Pesquisa e o Tratamento do Câncer (European Organization for Research and Treatment of Cancer - EORTC), o Grupo de Estudo Alemão do Linfoma de Hodgkin (German Hodgkin’s Lymphoma Study Group - GHSG), assim como a Rede Nacional Abrangente de Câncer (National Comprehensive Cancer Network – NCCN) classificam os pacientes com linfoma de Hodgkin em três grupos de risco, considerando o estadiamento e a presença dos fatores de risco descritos nos Quadros 4 e 5:, , - Doença localizada (estádios I	

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?
			e II) sem fatores de risco = estágio precoce favorável , - Doença localizada (estádios I e II) com pelo menos um fator de risco = estágio precoce desfavorável, - Doença avançada (estádios II e IV), , Cabe ressaltar que, pelos critérios do GHSG, pacientes com estágio IIB que apresentem como fatores de risco massa mediastinal volumosa ou doença extranodal são considerados como Doença Avançada e incluídos neste grupo nos estudos clínicos”., , Sugerimos pormenorizar, na nota abaixo do quadro, o que seria considerado sintomas B. Sugerimos que o texto conste: Febre intermitente sem outras causas, sudorese noturna profusa e perda ponderal > 10% do peso corporal em 06 meses. , Sugerimos que no Quadro 4, na coluna Fatores de Risco, conste apenas “VHS” e não “VHS e sintomas B””, uma vez que os sintomas não são o fator de risco per se e são utilizados apenas para definir o corte de VHS a ser considerado em cada cenário. , , , Referência: Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. J Clin Oncol. 2014 Sep 20, 32(27):3059-68. doi: 10.1200/JCO.2013.54.8800. PMID: 25113753, PMCID: PMC4979083. , , Página 15. Item 7.1 Linfoma de Hodgkin na forma clássica: principais esquemas , , O uso do esquema BEACOPP padrão é mais tóxico e não demonstrou vantagem nos desfechos de sobrevida em relação ao ABVD. Portanto, sugerimos retirá-lo das recomendações para evitar toxicidade desnecessária. A sugestão de BEACOPP escalonado/BEACODD pode ser mantida. Sugestão de texto a ser incorporado: “Para os pacientes com doença localizada desfavorável ou com doença avançada, uma outra combinação de medicamentos antineoplásicos pode ser indicada: o BEACOPP escalonado (bleomicina, etoposídeo, doxorubicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbazina e prednisona). Este esquema mostrou ganho de sobrevida livre de progressão ou falha de tratamento quando comparado ao ABVD, mas sem impacto significativo de sobrevida global. Além disso, apresenta maiores riscos de toxicidade aguda e tardia, incluindo o surgimento de neoplasias secundárias, quando comparado ao ABVD. Portanto, deve-se considerar o risco-benefício de seu uso, incluindo a disponibilidade do serviço receber o paciente em caso de eventos adversos, em especial a neutropenia febril. Em cenários em que a procarbazina não esteja disponível, o esquema BEACODD é uma alternativa disponível (Quadro 6)”., Retirar também o esquema BEACOPP padrão do Quadro 6., , Sugerimos ajustar a idade para sugerir omissão de bleomicina, no que diz respeito ao risco de toxicidade pulmonar. Sugerimos: uso com cautela em pacientes com > 60 anos e, se optado por utilizar, evitar utilização de mais de 2 ciclos. Omitir o uso em pacientes com > 70 anos de idade. , Sugerimos incluir ajuste de dose da medicação, conforme taxa de filtração glomerular (TFG) calculada por Cockcroft & Gault. Sugerimos uso de 75% da dose de bleomicina se TFG entre 10–50 mL/min, e 50% se TFG for <10 mL/min, , Referência: , Barrett A, Shah N, Chadwick A, et al. Assessment of fitness for bleomycin use and management of bleomycin pulmonary toxicity in patients with classical Hodgkin lymphoma: A British Society for Haematology Good Practice Paper.	

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?
			Br J Haematol. 2025 Jan, 206(1):74-85. doi: 10.1111/bjh.19840. Epub 2024 Nov 6. PMID: 39506502. , , André MPE, Carde P, Viviani S, et al. Long-term overall survival and toxicities of ABVD vs BEACOPP in advanced Hodgkin lymphoma: A pooled analysis of four randomized trials. Cancer Med. 2020 Sep, 9(18):6565-6575. doi: 10.1002/cam4.3298. Epub 2020 Jul 25. PMID: 32710498, , , Página 15. Item 7.7.1. Conduta terapêutica se acompanhamento com tomografia contrastada simples, , Sugerimos alteração no texto para maior clareza quanto a não modificação do tratamento quando TC forem utilizadas para seguimento:, , “Caso o PET-CT não esteja disponível e a avaliação de resposta seja feita com tomografia, deve-se utilizar a SPD (soma dos produtos dos diâmetros perpendiculares) de até 6 linfonodos-alvo mensuráveis e sítios extranodais para a definição de respostas completa ou parcial, doença estável ou doença progressiva. Na avaliação interina exclusivamente por tomografias contrastadas, não são recomendadas modificações do tratamento inicialmente programado como nas estratégias guiadas por PET (por exemplo, descalonamento de terapia), mesmo que o paciente apresente critérios de resposta completa após parte do tratamento”. , , Página 16. Item 7.1.1.1. Doença localizada, , Na última frase, sugerimos modificação a fim de melhor explicitar a diferença em não ofertar radioterapia. Por exemplo: “Pacientes com doença localizada tratados apenas com quimioterapia apresentam menor controle de doença, mas ainda preservam um bom prognóstico global, podendo esta modalidade terapêutica ser oferecida àqueles que apresentam alguma contraindicação à radioterapia”. , , , , Página 19. Item 7.1.2.1. Doença localizada, tratamento doença desfavorável/com fatores de risco, , Sugerimos incluir no fluxograma de doença desfavorável a opção de realizar o protocolo “2+2” que consiste na realização de 2 ciclos de BEACOPP escalonado seguido de dois ciclos de ABVD em pacientes menores de 60 anos com realização do PET CT após os 4 ciclos com objetivo de guiar radioterapia em sítios residuais (PET positivo), com dose de 30Gy. , , Referência: Borchmann P, Plütschow A, Kobe C et al. PET-guided omission of radiotherapy in early-stage unfavourable Hodgkin lymphoma (GHSG HD17): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. The Lancet Oncology, 22, 223-234, , Página 20. Item 7.1.2.2. Doença avançada, , Sugerimos que o IPS seja excluído como critério para uso do BEACOPP escalonado. Onde se lê “Já a Figura 6 resume o tratamento adaptado à PET-CT em caso de pacientes com doença avançada tratados inicialmente com BEACOPP escalonado (somente pacientes selecionados: IPS ? 4 e < 60 anos)” sugerimos ajustar para “Já a Figura 6 resume o tratamento adaptado à PET-CT em caso de pacientes com doença avançada tratados inicialmente com BEACOPP escalonado (somente pacientes selecionados < 60 anos)”. , , Referência: Kreissl S, Goergen H, Buehnen I et al. PET-guided eBEACOPP treatment of advanced-stage Hodgkin lymphoma (HD18): follow-up analysis of an international, open-label, randomised, phase 3 trial The Lancet Haematology, 8, e398-e409., , Página 21. 7.1.3. Tratamento de doença recaída ou refratária , , Sugerimos enfatizar que o TCPH autólogo é indicado em pacientes que apresentam quimiosensibilidade à terapia 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?
			resgate., , Sugerimos acrescentar no texto a indicação de 3 a 4 ciclos de quimioterapia de resgate antes do TCPH autólogo, como forma de guiar a programação terapêutica do médico assistente. O ideal é que esta avaliação de resposta também seja com PET., , Sugerimos acrescentar que, uma vez diagnosticada a recidiva ou progressão, é indicado que o centro de transplante já seja comunicado para que acompanhe conjuntamente a evolução do caso, evitando assim atrasos no procedimento. , , Sugerimos retirar do quadro 7 a opção ABVD e sua nota de rodapé. Essa informação pode constar como texto após o quadro, uma vez que é situação de exceção e, se informada junto com o tratamento clássico de resgate, pode suscitar confusão de interpretação. , , Sugerimos incluir no algoritmo pacientes não elegíveis ao transplante autólogo de medula. A recomendação nesse cenário é quimioterapia ou radioterapia paliativa. , , Referências: Mehta-Shah N, Bartlett NL. Management of relapsed/refractory classical Hodgkin lymphoma in transplant-ineligible patients. Blood. 2018 Apr 12, 131(15):1698-1703. doi: 10.1182/blood-2017-09-772681. Epub 2018 Mar 2. PMID: 29500171, PMCID: PMC6536701, Devizzi L, Santoro A, Bonfante V, et al. Vinorelbine: an active drug for the management of patients with heavily pretreated Hodgkin's disease. Ann Oncol. 1994, 5(9):817-820, Santoro A, Bredenfeld H, Devizzi L, et al. Gemcitabine in the treatment of refractory Hodgkin's disease: results of a multicenter phase II study. J Clin Oncol. 2000, 18(13):2615-2619, , Página 22. Refratariedade ou recidiva após TCPH, , Sugerimos alteração no texto inicial para correção: "Pacientes refratários ou com recidivas após o TCPH autólogo devem ser tratados com brentuximabe vedotina (BV), anticorpo monoclonal direcionado ao CD30 ligado à monometilauristatina, um agente antitubulina (Figura 7). Em casos selecionados pode ser feita esta medicação associada a um esquema de quimioterapia de resgate.", , Página 24. 7.3.1 Gestantes, , Sugerimos mudança no texto do segundo parágrafo a fim de maior clareza:, , "O maior desafio médico da concomitância de linfoma de Hodgkin e gravidez é controlar a evolução de uma neoplasia maligna potencialmente fatal e ao mesmo tempo cuidar para que o feto tenha um desenvolvimento normal. Desse modo, o tratamento de uma paciente gestante com linfoma de Hodgkin requer um atendimento multidisciplinar, envolvendo hematologia, obstetria de alto risco e neonatologia, além de comunicação eficaz com a paciente e sua família. De modo geral, a gravidez por si só não constitui indicação para interrupção gestacional e o prognóstico da doença é semelhante ao observado em mulheres não grávidas, quando o tratamento é adequadamente planejado.", , Página 25. 7.3.1.2 Tratamento, , Sugerimos ajustes no texto para que fique mais claro quanto à sistematização da abordagem terapêutica:, "A escolha do tratamento do linfoma de Hodgkin durante a gravidez depende da fase da gestação, bem como da localização e estágio clínico da doença. Em pacientes assintomáticas com doença localizada ou de baixo volume e de comportamento indolente, particularmente quando diagnosticadas em fases mais avançadas da gestação, a observação com adiamento do tratamento até o pós-parto pode ser uma estratégia segura. Por outro lado, doença	

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?
			sintomática, volumosa ou progressiva geralmente requer tratamento durante a gravidez. De modo geral, sempre que possível, a terapia deve ser adiada até pelo menos o início do segundo trimestre, uma vez que os riscos de comprometimento do feto são maiores durante os primeiros três meses do seu desenvolvimento. A partir do segundo, quando a terapia sistêmica é necessária, o ABVD permanece o esquema com maior experiência e mais dados de segurança durante a gestação. O uso do esquema BEACOPP durante a gravidez não é recomendado por conter agentes alquilantes em sua composição. O uso de vimblastina como monoterapia e em esquema semanal é uma opção de controle de doenças em casos não muito agressivos, com o benefício de menor exposição à quimioterapia. A radioterapia deve, sempre que possível, ser postergada para o período pós-parto. Excepcionalmente, nas situações de maior gravidade (como obstrução aguda das vias aéreas e compressão da veia cava superior), a radioterapia pode ser usada para controle local da doença supradiaphragmática sintomática. Recomenda-se interromper a quimioterapia aproximadamente três semanas antes do parto previsto, evitando mielossupressão materna e neonatal no momento do nascimento, e, sempre que as condições maternas permitirem, priorizar o parto a termo em vez da prematuridade iatrogênica. Ainda, após o nascimento, a criança também deve ser acompanhada pela equipe assistente da pediatria". , , Página 40-41. APÊNDICE 1 – PROTOCOLOS DE QUIMIOTERAPIA , , Sugerimos retirar o esquema BEACOPP padrão., , Sugerimos excluir o esquema CHOP, , Sugerimos incluir o esquema BEACODD proposto em texto página 15, com ajuste da Dacabarbazina para 375mg/m2 conforme dados brasileiros de menor toxicidade com dose ajustada. , , Bleomicina 10 UI/m2 IV D8, Etoposideo 200mg/m2 IV D1-3, Doxorrubina 35 mg/m2 IV D1, Ciclofosfamida 1250 mg/m2 IV D1, Mesna 250mg/m2 IV na hora 0 e 500mg/m2 nas horas 2 e 6 da ciclofosfamida no D1, Vincristina 1,4mg/m2 IV D8 (máximo 2mg) , Dexametasona 40 mg VO ao dia D1-D4, Dacarbazina 375mg/m2 IV D8, G-CSF a partir do D8 SC. Ciclos a cada 21 dias , , Referência: Dulley LH, Braga AGO, Rodrigues GG, et al. Lower doses of dacarbazine (modified BEACODD) as a safer strategy with equal effectiveness in an intensive treatment protocol of Hodgkin's lymphoma: a preliminary retrospective analysis of a single public center in Brazil. Hematol Transfus Cell Ther. 2025 Jan-Mar, 47(1):103682. , , "	

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?
03/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Não.	Além da incorporação de novas drogas para o tratamento do Linfoma de Hodgkin, como o brentuximabe vedotina, é imprescindível a expansão do acesso ao exame de PET-CT, uma vez que a incidência deste linfoma predomina em pacientes jovens e há altas taxas de cura, desde que tratado adequadamente. , É muito claro na literatura científica o impacto positivo que o PET-CT gera na tomada de decisões pelo médico sobre o paciente com linfoma de Hodgkin, porém a disponibilidade de acesso ao exame pelo sistema único de saúde ainda é muito limitado em todo o Brasil. O esquema quimioterápico com ou sem o uso de anticorpos droga conjugados (ADCs, como o brentuximabe vedotina) é afetado diretamente e pode ser abreviado ou intensificado, a depender do exame de PET-CT, que é superior a tomografia computadorizada comum., Em adição, seria de grande valia se o brentuximabe vedotina fosse incorporado no tratamento de primeira linha para o linfoma de Hodgkin, uma vez que há maiores taxas de remissão da doença com menos ciclos neste cenário, e consequentemente menos efeitos adversos, quando comparado ao uso para manutenção após transplante autólogo de célula tronco hematopoiéticas. Desta forma, mais pacientes teriam desfecho favorável com o tratamento de primeira linha (como, por exemplo, com o esquema BV-AVD) e menos pacientes seriam submetidos ao transplante, com menor morbidade e maior sobrevida global.
04/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	Não	A Casa Hunter manifesta-se favoravelmente à atualização e reorganização das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas como Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Linfoma de Hodgkin no Adulto, reconhecendo a importância da revisão periódica dos protocolos assistenciais para sua adequação às evidências científicas, à evolução das práticas clínicas e às necessidades das pessoas atendidas pelo Sistema Único de Saúde. A Casa Hunter reforça, ainda, a importância de que o PCDT resulte em diretrizes claras, atualizadas e exequíveis, capazes de promover maior equidade, integralidade do cuidado e acesso adequado aos pacientes no âmbito do 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?
06/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	O Grupo de Apoio ao Paciente Reumático Brasil – GRUPAR-BR considera importante a recomendação favorável da Conitec à publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Linfoma de Hodgkin no Adulto, pois um PCDT atualizado contribui para organizar o cuidado no SUS e reduzir desigualdades no acesso ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento., É fundamental fortalecer a equidade no cuidado, garantindo diagnóstico e início do tratamento em tempo oportuno, inclusive para pessoas que vivem longe dos grandes centros. O cuidado também deve contemplar acompanhamento multiprofissional, apoio psicológico, nutricional e farmacêutico, reabilitação, manejo da dor, cuidados paliativos quando necessários, orientação sobre fertilidade e acompanhamento dos possíveis efeitos tardios do tratamento., O PCDT deve contribuir para que o local onde a pessoa vive ou sua condição socioeconômica não determine suas possibilidades de acesso ao diagnóstico, ao tratamento adequado e à ,	O GRUPAR-BR considera que a atualização deste PCDT representa uma oportunidade de tornar o cuidado às pessoas com linfoma de Hodgkin mais justo, humanizado e próximo das necessidades da vida real., Para quem recebe um diagnóstico de câncer, cada etapa importa: o tempo até a confirmação do diagnóstico, a realização dos exames, o início do tratamento e o acompanhamento da resposta. Não basta que uma tecnologia esteja prevista no SUS, é necessário que ela esteja realmente disponível quando o paciente precisa., Também é essencial considerar os impactos da doença e do tratamento na vida cotidiana, como fadiga, dor, medo, saúde emocional, fertilidade, trabalho, renda e organização familiar. Nos casos de doença refratária ou recidivada, o acesso oportuno às tecnologias incorporadas ao SUS pode representar uma nova possibilidade de controle da doença e continuidade dos projetos de vida., A decisão final deve fortalecer um PCDT que una evidência científica, acesso efetivo, equidade e cuidado humanizado, reconhecendo cada paciente não apenas pelo seu diagnóstico, mas como uma pessoa com história, família, projetos e direito a um tratamento digno e oportuno.,
08/09/2026	Empresa	Boa	Sugere-se explicitar no PCDT a etapa de condicionamento pré-transplante na sequência terapêutica dos pacientes com linfoma de Hodgkin recaído ou refratário elegíveis ao transplante, distinguindo-a da terapia de resgate., , Para o condicionamento do transplante autólogo, sugere-se manter o BEAM como regime de referência e considerar a menção a outros regimes descritos na literatura e na prática transplantadora, incluindo alternativas sem carmustina, como o TEAM (tiotepa, etoposídeo, citarabina e melfalana), em situações clinicamente apropriadas., , Sugere-se, ainda, que essa distinção entre terapia de resgate, condicionamento e infusão das células progenitoras hematopoiéticas seja refletida no fluxograma e, quando pertinente, no Apêndice 1 do PCDT. A fundamentação completa encontra-se detalhada no documento anexo.	A fundamentação técnico-científica da contribuição, incluindo as evidências consideradas, suas limitações e a declaração de transparência quanto ao interesse institucional da empresa, encontra-se detalhada no documento 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?
08/09/2026	Empresa	Muito boa	"Sim. A Bristol Myers Squibb Farmacêutica LTDA. (""BMS"") sugere os seguintes ajustes ao texto do PCDT do Linfoma de Hodgkin: a) Reforço ao efeito mielossupressor de brentuximabe vedotina: O item 7.6 (Eventos Adversos) do Protocolo reconhece a neuropatia como principal efeito tóxico não hematológico do brentuximabe vedotina, e o item 8 (Monitoramento) recomenda acompanhamento com hemograma completo, função hepática e renal e sinais de neuropatia periférica. Observa-se, contudo, que o Protocolo não faz referência explícita à toxicidade hematológica associada ao brentuximabe vedotina — em especial neutropenia e neutropenia febril —, decorrentes de seu mecanismo de ação mielossupressor. Sugere-se, respeitosamente, que os itens 7.6 e/ou 8 sejam complementados para mencionar explicitamente esse risco., b) Estrutura assistencial para o manejo de esquemas quimioterápicos mais intensivos: O item 7.1 do Protocolo já reconhece que o esquema BEACOPP é mais intenso e apresenta maiores riscos de toxicidade aguda e tardia, devendo-se considerar o risco-benefício de seu uso, incluindo a disponibilidade do serviço para receber o paciente em caso de eventos adversos. Sugere-se, respeitosamente, que o Protocolo detalhe, nas seções pertinentes, parâmetros mínimos de estrutura assistencial (ou faça remissão expressa a normas vigentes sobre habilitação de serviços de oncologia) para a indicação desses esquemas, de modo a orientar a decisão do médico assistente e subsidiar as ações de controle e avaliação do gestor de saúde."	Sim. A BMS reforça que, embora os esquemas atualmente contemplados no Protocolo (ABVD, BEACOPP/BEACODD e brentuximabe vedotina em recidiva/refratariedade) tenham papel consolidado no tratamento do linfoma de Hodgkin, a literatura científica segue apontando necessidades médicas não plenamente atendidas nessa condição: Entre 15% e 30% dos pacientes com linfoma de Hodgkin clássico em estágio avançado recidivam ou apresentam doença primária refratária aos esquemas atualmente disponíveis, Os esquemas de quimioterapia moderada (ABVD) apresentam maior risco de resposta inadequada e recidiva, além de toxicidade pulmonar associada à bleomicina, já reconhecida pelo próprio Protocolo, Os esquemas de quimioterapia intensiva (BEACOPP/BEACODD) apresentam maior toxicidade aguda e tardia e maior risco de complicações a longo prazo, incluindo neoplasias secundárias, conforme também descrito no Protocolo, Populações mais vulneráveis — pacientes idosos (>60 anos) e pediátricos/adolescentes — apresentam, respectivamente, menor tolerância à quimioterapia convencional e maior impacto cumulativo da exposição precoce à quimio e radioterapia, com repercussões funcionais, reprodutivas e socioeconômicas na vida adulta., Essas considerações reforçam a relevância de o Protocolo permanecer atualizado e sensível às limitações dos esquemas atualmente disponíveis, de modo a favorecer, nas próximas atualizações, a avaliação tempestiva de alternativas terapêuticas que possam oferecer melhor equilíbrio entre eficácia e segurança, com potencial de reduzir a taxa de recidiva/refratariedade e a toxicidade cumulativa. A BMS permanece à disposição desta Comissão para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais que se façam necessários.

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	Profissional de saúde	Muito boa	Sugere-se ampliar o item referente ao Cuidado Farmacêutico, atualmente apresentado de forma relativamente genérica, de modo a explicitar atividades mínimas relacionadas à segurança, efetividade e uso racional dos antineoplásicos. Poderiam ser incluídas enfaticamente, entre outras ações, a validação farmacêutica prévia das prescrições, conferência de indicação, linha terapêutica, esquema, dose, superfície corporal ou peso utilizado no cálculo, funções renal e hepática e parâmetros hematológicos pertinentes, avaliação de interações medicamentosas, acompanhamento de toxicidades cumulativas e limitantes, conciliação medicamentosa, orientação ao paciente, e registro das intervenções farmacêuticas realizadas. Ademais, considerando as características dos esquemas empregados no linfoma de Hodgkin, recomenda-se também que o texto associe essas atividades às toxicidades de maior relevância clínica, como cardiotoxicidade por antraciclinas, pneumotoxicidade associada à bleomicina, neuropatia periférica relacionada ao brentuximabe vedotina, mielotoxicidade e interações medicamentosas, especialmente em pacientes que utilizam concomitantemente outros tratamentos de elevada complexidade. Sugere-se também que se estabelecer critérios mais explícitos de reavaliação clínica para continuidade de terapias de maior impacto financeiro, particularmente o brentuximabe vedotina, relacionando a manutenção do tratamento à resposta clínica, à avaliação de toxicidade e aos momentos de reavaliação já previstos no próprio protocolo. Essa medida pode favorecer simultaneamente a garantia de acesso aos pacientes elegíveis e a redução da exposição a tratamentos sem benefício clínico demonstrável., , Recomenda-se também revisão farmacêutica integral do Apêndice 1, com padronização da apresentação dos esquemas segundo uma estrutura única: medicamento, dose, unidade, via, dias de administração, intervalo entre ciclos, limite de dose quando aplicável e medidas de suporte pertinentes. Foram identificadas informações incompletas ou potencialmente ambíguas em alguns esquemas, o que merece correção por se tratar de conteúdo passível de utilização como referência na elaboração de protocolos locais e sistemas de prescrição., , Por fim, seria pertinente explicitar o princípio de uso racional do PET-CT, priorizando sua utilização nos momentos em que o resultado possui potencial de modificar a conduta terapêutica — como estadiamento, avaliação interina da resposta quando indicada e investigação de suspeita de recidiva — e desestimulando seu emprego rotineiro no seguimento de pacientes assintomáticos, conforme já indicado pelo próprio PCDT.,	Considera-se importante que a implementação deste PCDT seja articulada às transformações recentes na organização da Assistência Farmacêutica em Oncologia, particularmente aos mecanismos de autorização prévia, rastreabilidade, programação da demanda e organização regional da preparação de medicamentos antineoplásicos. A ampliação do acesso não depende exclusivamente da incorporação ou disponibilização formal do medicamento, mas também da capacidade de integrar autorização, aquisição, estoque, prescrição, validação farmacêutica, manipulação, administração e monitoramento do tratamento. Recomenda-se, portanto, que a implementação do PCDT estimule mecanismos capazes de acompanhar essa cadeia assistencial de forma integrada. Nos medicamentos infusionais em que houver viabilidade técnica e sanitária, a programação coordenada dos atendimentos e o compartilhamento de doses entre pacientes podem representar estratégia relevante para redução de perdas de remanescentes de frascos e melhor aproveitamento dos recursos públicos. Essa organização deve observar estabilidade físico-química, condições de manipulação, rastreabilidade, segurança do paciente e regulamentação sanitária vigente.
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/1xwKnKE6VM6dwrB4sBWvXtEnsH5He2T5L/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/1xwKnKE6VM6dwrB4sBWvXtEnsH5He2T5L/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?
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	A Abrale - Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia entende que a versão final do PCDT esteja de acordo com as diretrizes internacionais e preserve esse alinhamento e, sempre que possível, incorpore as melhores práticas contemporâneas de diagnóstico, estratificação de risco, tratamento adaptado à resposta e manejo da doença recaída ou refratária., A contribuição técnica apresentada pela ABHH - Associação Brasileira de Hematologia e Hemoterapia à mesma consulta pública reforça diversos pontos nesse sentido, incluindo a necessidade de aprimoramentos no diagnóstico histopatológico e imunohistoquímico, maior clareza na utilização da classificação de Lugano, adequações nos grupos de risco e revisão dos esquemas terapêuticos., Merece destaque especialmente a necessidade de garantir que o alinhamento internacional não seja apenas teórico, limitado à redação do protocolo, mas também assistencial, de modo que os pacientes do SUS tenham condições concretas de percorrer as etapas necessárias do cuidado., No tratamento da doença recaída ou refratária, por exemplo, o PCDT prevê quimioterapia de resgate seguida de TCPH para pacientes elegíveis e estabelece estratégias específicas para pacientes após transplante, incluindo o uso de brentuximabe vedotina., A ABHH, por sua vez, recomenda que o centro de transplante seja comunicado já no momento do diagnóstico da recaída ou progressão, para evitar atrasos na condução do caso., A Abrale entende que essa lógica deve ser incorporada à organização da rede, a avaliação para transplante não deve começar somente quando todas as demais etapas estiverem concluídas, mas deve ser planejada antecipadamente nos pacientes potencialmente elegíveis, evitando que barreiras administrativas ou de regulação comprometam uma janela terapêutica importante., Da mesma forma, o acesso à PET-CT deve ser compatível com a função que o próprio PCDT atribui ao exame, o documento considera a PET-CT padrão-ouro para avaliação inicial e estabelece sua utilização também na avaliação da resposta terapêutica. Portanto, é necessário que a organização da rede garanta acesso ao exame nos momentos em que seu resultado tenha impacto na tomada de decisão clínica., O alinhamento internacional também deve considerar a redução de toxicidades e de efeitos tardios. O PCDT reconhece que, diante do aumento da sobrevida e das taxas de cura, os efeitos adversos relacionados ao tratamento passaram a representar importante preocupação de morbimortalidade tardia.,	A Abrale - Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia manifesta-se favoravelmente à atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Linfoma de Hodgkin no adulto e reconhece a importância da iniciativa para qualificar a assistência às pessoas com a doença no SUS., A proposta representa uma oportunidade importante para consolidar recomendações clínicas atualizadas e organizar o cuidado de uma doença que apresenta elevada possibilidade de cura. O PCDT também avança ao reconhecer o papel da Atenção Primária, da atenção especializada, da regulação e do acompanhamento pós-tratamento., Entretanto, a Abrale ressalta que a qualidade de um protocolo clínico deve ser medida não apenas pela qualidade de suas recomendações, mas também pela capacidade do sistema de saúde de colocá-las em prática.,