

Contribuições da Consulta Pública - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Carcinoma de Esôfago - 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?
23/08/2026	Organização da Sociedade Civil	Regular	Conforme orientações do Consenso Brasileiro de Nutrição Oncológica (PINHO, 2021);, Para os pacientes com ingestão oral insuficiente pré tratamento (60% a 70% das necessidades nutricionais), a Terapia Nutricional Oral (TNO) deve ser iniciada imediatamente com o objetivo de evitar o déficit nutricional, garantindo a cobertura de 100% das necessidades (BALDWIN, SPIRO, AHERN et al., 2012, WAITZBERG, AGUILAR-NASCIMENTO, DIAS et al., 2017, ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017, HORIE, BARRURE, CASTRO et al., 2019)., A TN enteral (TNE) está indicada para o paciente oncológiconas diferentes fases do tratamento quando a via oral for insuficiente, menor que 60% das necessidades nutricionais (síndrome disabsortivas, insuficiência intestinal, disfagia, odinofagia e mucosite). A TNE também está indicada quando o paciente não puder utilizar a via oral como por exemplo nas cirurgias altas do trato digestório e cabeça e pescoço (RAVASCO et al., 2005, CORRY et al., 2008, ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017, HORIE, BARRURE, CASTRO et al., 2019)., Quando a TNE for exclusiva, e o paciente não puder ou não conseguir ingerir nada pela via oral, a dieta imunomoduladora poderá ser ofertada na quantidade de 500 a 1000ml/dia. Nessa situação a fórmula imunomoduladora deve estar associada a outra formula enteral hiperproteica para atender às necessidades nutricionais e proteicas do paciente (WEIMANN, BRAGA, CARLI et al., 2017, AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG et al., 2017, ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017, HORIE, BARRURE, CASTRO et al., 2019)., Quando a TNE for insuficiente devido a intolerâncias apresentadas pelo paciente oncológico, a TN parenteral (TNP) deverá ser iniciada como suplemento da via enteral. A TNP poderá ser iniciada nos primeiros 3 a 4 dias de insucesso da TNE (BRAGA, LJUNGQVIST, SOETERS et al., 2009, HEIDEGGER, BERGER, GRAF et al., 2013, CHOW, BRUERA, CHIU et al., 2016, ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017, DE PINHO, 2021)., Quando o trato digestório não puder ser utilizado, a TNP deverá ser prescrita de forma exclusiva. A TNP tem melhor evidência quando iniciada no pré-operatório dos pacientes oncológicos desnutridos que não podem utilizar a via digestória e deve ser continuada no pós-operatório (BRAGA, LJUNGQVIST, SOETERS et al., 2009, ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017, HORIE, BARRURE, CASTRO et al., 2019)., Os pacientes cirúrgicos eletivos, com esvaziamento gástrico preservado e sem risco de broncoaspiração, devem ser submetidos à rotina de abreviação do tempo de jejum pré-operatório para 2 a 3 horas. Na noite anterior à operação, o paciente deve receber 400 ml de fórmula líquida, contendo 12,5% de dextrose, e 200ml 2 horas antes da indução anestésica. (AGUILAR-NASCIMENTO, BICUDO-SALOMÃO, CAPOROSI et al., 2006, LASSEN, SOOP, NYGREN et al., 2009, WEIMANN, BRAGA, CARLI et al., 2017, AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG et al., 2017)., A TN para o paciente adulto oncológico, tem como meta principal, a melhora clínica e nutricional	Estamos negando ao paciente com câncer de abdome alto a assistência nutricional especializada e a terapia nutricional oral e enteral por meio de suplementos especializados. Conforme acima descrito e abaixo em anexo esta população precisa de um acesso a terapia gratuita., Em anexo estamos colocando documentação enviada recentemente ao Ministro da Saúde Dr Padilha onde pedimos audiência para discutirmos a consrução dessa política em nutrição oncológica., , , , Nivaldo Barroso de Pinho, Doutor em Ciências Nutricionais, Mestre em Nutrição Humana, Especialista em Nutrição Oncológica., Presidente da Sociedade Brasileira de Nutrição Oncológica, ,

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?
			no peri-tratamento oncológico (ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017, ARENDS, BARACOS, BERTZ et al 2017). A correção da ingestão calórica e proteica dos pacientes oncológicos deve ser iniciada o mais precoce possível, no momento do diagnósticos da doença, com o objetivo de reduzir a perda de peso e a prevalência de sinais e sintomas de impacto nutricional (DE PINHO, et al. 2018)., Para o paciente cirurgico essa TN deve preferencialmente iniciar no pré-operatório com o objetivo de preparar o paciente para o trauma cirúrgico (WEIMANN, BRAGA, CARLI et al., 2017, AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG, AGUILAR-NASCIMENTO, DIAS et al., 2017, ARENDS, BARACOS, BERTZ et al 2017)., A fórmula hiperproteica e imunomoduladora deve ser ofertada, por via oral ou enteral, para o paciente em risco nutricional ou desnutrido, candidato a operação de médio e grande porte. A formulação imunomoduladora contendo arginina, ômega 3, nucleotídeos deve ser ofertada por pelo menos cinco a sete dias antes da operação e na quantidade mínima de 500 ml a 1.000 ml/dia (AUGUST, HUHMAN, 2009, LASSEN, SOOP, NYGREN et al., 2009, OSLAND, HOSSAIN, KHAN et al., 2014, ARENDS, BARACOS, BERTZ et al 2017, AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG, AGUILAR-NASCIMENTO, DIAS et al., 2017, WEIMANN, BRAGA, CARLI et al., 2017). , Para os pacientes desnutridos, ou submetidos a cirurgias altas abdominais ou de cabeça e pescoço, essa fórmula deve ser continuada no pós-operatório, também por cinco a sete dias (GIANOTTI, BRAGA, NESPOLI et al., 2002, DROVER, DHALIWAL, WEITZEL et al., 2011, BRAGA, WISCHMEYER, DROVER et al., 2013, HAMZA, DARWISH, O'REILLY et al., 2015, ROWAN, JOHNSON, FRATANGELO et al., 2016, AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG, AGUILAR-NASCIMENTO, DIAS et al., 2017)., A dieta via oral deve ser modificada e adaptada às preferências e as necessidades individuais do paciente oncológicos clínicos e cirúrgicos. Essa conduta individualizada aliada ao aconselhamento nutricional visa garantir uma ingestão adequada de todos os nutrientes, minimizando a perda de peso corporal e a piora clínica no pré e no pós-tratamento oncológico clínico e cirúrgico (ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017, ARENDS, BARACOS, BERTZ et al 2017, RAVASCO, 2015)., c. Reabilitação, , Durante a terapia antitumoral os pacientes apresentam vários sinais e sintomas que levam a diminuição da ingestão diária de nutrientes e calorias que corroboram para a piora do estado nutricional. o déficit do estado nutricional está estreitamente relacionado com diminuição da resposta ao tratamento oncológico e da qualidade de vida, com maiores riscos de complicações pós operatórias como aumento da morbimortalidade, tempo de internação e dos custos hospitalares (Marin caro et al, 2008)., A terapia nutricional domiciliar deve ser oferecido a pacientes oncológico clínico e cirúrgico, com risco nutricional ou desnutridos que não podem atender às suas necessidades de nutrientes com a ingestão alimentar normal, que têm um trato gastrointestinal em funcionamento, que podem receber terapia fora de um ambiente de cuidados intensivos e que concordam e são capazes de administrar a terapia nutricional domiciliar com o objetivo de melhorar o peso corporal,	

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?
			funcionalidade ou qualidade de vida (BISCHOFF, AUSTIN, BOEYKENS et al., 2020). , d. Acompanhamento e monitoramento do paciente, , , Pacientes com câncer apresentam alto risco de desnutrição (August DA et al., 2009) e, portanto, a avaliação do estado nutricional desses pacientes no diagnóstico e durante o tratamento é de extrema importância. Avaliação Global Subjetiva Produzida pelo Paciente (ASGPPP) é considerada como uma ferramenta adequada para a avaliação nutricional de pacientes com câncer (DUBHASHI SP et al, 2015, CHANTRAGAWEE C et al., 2016, PINHO et al .,2021)., A ASGPPP é uma adaptação da Avaliação Global Subjetiva (ASG) e foi validada para avaliar o estado nutricional de pacientes com câncer (9). É um instrumento não invasivo e completo para avaliar histórico de peso, ingestão de alimentos, sintomas de impacto nutricional, atividades e funções, estresse metabólico e composição corporal simultaneamente, e tem sido utilizado como método de referência para avaliação nutricional de pacientes com câncer em diversos estudos. (GUERRA RS, FONSECA I, SOUSA AS, JESUS A, PICHEL F, AMARAL TF. et al.,2016, FARAMARZI E et al., 2013, BOLÉO-TOMÉ C, et al., 2012, SEALY MJ, et al., 2016)., No Brasil, em um estudo multicêntrico, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), uma instituição governamental de saúde brasileira, realizou um estudo multicêntrico, o Inquérito Brasileiro de Nutrição Oncológica (IBNO), com o objetivo de avaliar a prevalência e os fatores de risco independentes para desnutrição em pacientes hospitalizados. pacientes com câncer no Brasil utilizando a ASGPP. O IBNO é o maior estudo sobre estado nutricional realizado no Brasil entre pacientes com câncer hospitalizados (INCA, 2013, DE PINHO et al., 2018)., Este inquérito recomenda que os pacientes devem ser monitorado durante todas as fases da doença e tratamento, desde a abertura de prontuário e efetiva alta de tratamento., Muitos pacientes precisam de uma orientação nutricional na alta. Essa orientação deve ser iniciada assim que o paciente estiver lucido e orientado. Para essa orientação, cuidadores e familiares devem estar presentes para uma melhor compreensão da orientação de alta. , Pacientes submetidos a cirurgias de médio e grande porte do aparelho digestório, podem necessitar de TNO ou TNE ou TNP, por semanas, meses ou anos em domicílio. , Para o sucesso da TN domiciliar a equipe deve fornecer uma orientação por escrito. Essa orientação deve conter todos os detalhes inclusive tipo de fórmula, quantidade, horários e o contato telefônico da equipe. Também é importante a monitorização do paciente no domicílio. Isso pode ser feito com visitas ao domicílio ou por telefone. Um adequado e monitorado plano de alta hospitalar previne a piora do estado nutricional, complicações, desnutrição e reinternações (JACK, CHETTY, ANTHONY et al., 2009, KASSIN, OWEN, PEREZ et al., 2012, BOWREY, BAKER, HALLIDAY et al., 2015, GAVAZZI, COLATRUGLIO, VALORIANI et al., 2016, ARENDS, BACHMANN, BARACOS et al., 2017, AGUILAR-NASCIMENTO, SALOMÃO, WAITZBERG et al., 2017, MENNUNI, MASSIMO GULIZIA, ALUNNI et al., 2017, SRIRAM, SULO, VANDERBOSCH et al., 2017, WEIMANN, BRAGA, CARLI et al., 2017, VAN AANHOLT, MATSUBA, DIAS et al., 2018, HORIE, BARRURE, CASTRO et al., 2019, PINHO, 2021),	

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	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
06/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	O Grupo de Apoio ao Paciente Reumático Brasil considera muito importante a atualização do PCDT do Carcinoma de Esôfago, especialmente porque ele organiza o cuidado no SUS, orienta o diagnóstico, o estadiamento, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes., Para quem recebe o diagnóstico de câncer de esôfago, o cuidado precisa ir além do tratamento do tumor. Muitos pacientes enfrentam dificuldade para engolir, perda de peso, dor, redução do apetite e importante impacto emocional e social. Por isso, o PCDT deve garantir uma atenção integral, com diagnóstico em tempo oportuno, suporte nutricional, acompanhamento psicológico, controle da dor, cuidados paliativos quando necessários e participação do paciente nas decisões sobre seu tratamento. O próprio protocolo reconhece a importância da avaliação multidisciplinar e do suporte nutricional, inclusive antes do início do tratamento em determinadas situações., Também é fundamental fortalecer a equidade, garantindo que pacientes que vivem no interior, em regiões com menor oferta de serviços especializados ou em situação de vulnerabilidade tenham as mesmas oportunidades de diagnóstico e tratamento que aqueles que vivem próximos aos grandes centros oncológicos. O texto pode ser aprimorado com a definição de fluxos assistenciais, prazos para diagnóstico e tratamento, estratégias de referência entre municípios e garantia de acesso ao cuidado multiprofissional., O PCDT já reconhece a Atenção Primária como porta de entrada e coordenadora do cuidado, além da necessidade de articulação entre os diferentes pontos da rede. Para que essa diretriz se traduza em cuidado real, é importante que a versão final reforce mecanismos concretos para reduzir as desigualdades territoriais e assegurar que nenhum paciente seja prejudicado pelo local onde vive ou por sua condição socioeconômica.,	O Grupo de Apoio ao Paciente Reumático Brasil considera essa ampliação muito importante porque, para uma pessoa que recebe o diagnóstico de câncer de esôfago, ter certeza sobre a extensão da doença pode mudar completamente a definição do tratamento. O acesso ao PET-CT pode contribuir para um estadiamento mais preciso e ajudar a equipe de saúde a escolher a estratégia terapêutica mais adequada para cada paciente., Na vida real, porém, disponibilizar a tecnologia no SUS não é suficiente se o paciente não conseguir chegar até ela. É necessário garantir acesso regionalizado, encaminhamento rápido e apoio aos pacientes que precisam se deslocar para outros municípios ou estados. A condição financeira ou o CEP não podem determinar quem terá acesso a um exame capaz de contribuir para uma decisão tão importante sobre o tratamento., O carcinoma de esôfago pode causar dificuldade para engolir, perda de peso, dor, náuseas, vômitos e perda de apetite, sintomas que afetam profundamente a qualidade de vida e a autonomia das pessoas. Por isso, a decisão sobre essa tecnologia deve considerar toda a jornada do paciente, incluindo diagnóstico rápido, estadiamento adequado, tratamento, suporte nutricional, controle dos sintomas, apoio psicológico e cuidados paliativos quando necessários., Garantir o PET-CT dentro de uma linha de cuidado organizada pode significar menos incerteza, decisões terapêuticas mais adequadas, mais dignidade e maior equidade para as pessoas com carcinoma de esôfago atendidas 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?	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	Não.	Consideramos prioritário que o PCDT contribua para reduzir o tempo entre o aparecimento dos sintomas, a investigação diagnóstica, a confirmação anatomopatológica, o estadiamento e o início do tratamento. Disfagia progressiva, dificuldade ou dor para engolir, perda de peso, dor ou desconforto retroesternal e outros sinais de alerta precisam ser reconhecidos e encaminhados com agilidade. O acesso oportuno à endoscopia digestiva alta com biópsia e aos exames necessários ao estadiamento deve ser compreendido como componente essencial da efetividade do cuidado, pois cada atraso pode significar piora do estado nutricional e funcional e redução das possibilidades terapêuticas., Nesse contexto, sugerimos que a navegação de pacientes seja incorporada como componente estratégico da linha de cuidado. O paciente com carcinoma de esôfago pode passar por diferentes serviços e especialidades antes de iniciar o tratamento, enfrentando dificuldades para realizar exames, obter resultados, conseguir consultas especializadas e compreender as próximas etapas de sua jornada. A navegação pode coordenar esse percurso, identificar barreiras, reduzir perdas de seguimento e facilitar a articulação entre atenção primária, diagnóstico, cirurgia, oncologia, radioterapia e cuidados de suporte. Além de beneficiar diretamente o paciente, a navegação pode gerar informações importantes sobre os gargalos da rede e apoiar a gestão por meio de dados de mundo real., Um dos pontos que consideramos mais importantes é que o estado nutricional seja tratado como indicador clínico estratégico desde o diagnóstico. A disfagia, a redução da ingestão alimentar e a própria evolução da doença podem levar rapidamente à desnutrição e à perda de massa muscular, comprometendo a capacidade do paciente de enfrentar o tratamento.

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 ACBG Brasil atua na representação de pessoas afetadas por câncer de cabeça e pescoço e reconhece que o carcinoma de esôfago, em sua maior parte, pertence a outro campo assistencial. Nossa contribuição se concentra especialmente nos tumores do esôfago cervical, expressamente incluídos neste PCDT e que apresentam importante interface com a região de cabeça e pescoço. O próprio documento reconhece que, nesses casos, determinadas abordagens cirúrgicas podem implicar laringectomia. Por isso, consideramos fundamental que o Protocolo contemple não apenas o tratamento oncológico, mas também as consequências funcionais e a necessidade de reabilitação. Sugerimos incluir expressamente a fonoaudiologia na avaliação e no acompanhamento multidisciplinar, especialmente nos pacientes com disfagia, alterações de voz e nos casos em que o tratamento possa comprometer laringe, faringe ou estruturas cervicais. Reabilitação da deglutição, comunicação, nutrição e qualidade de vida fazem parte do resultado do tratamento. Solicitamos também revisão da expressão “câncer de esôfago cervical (> 5 cm do cricofaríngeo)”, na seção 7.1, pois essa delimitação parece estar invertida em relação à definição anatômica usual do esôfago cervical e merece correção para evitar interpretação assistencial equivocada. Sou transparente em dizer que não tenho domínio técnico profundo sobre, mas fiquei com essa percepção e achei correto comunicar. Quanto ao ponto anterior, da reabilitação, reforço: é super necessário. Vocês podem utilizar o PCDT de CCP, que também está em consulta pública e com o qual contribuímos, como referência. Sigo à disposição!	Não temos nenhum pedido adicional para o PCDT para além de que seja publicado e implementado. Contem conosco!
08/09/2026	Profissional de saúde	Boa	.	.
08/09/2026	Gestores do SUS	Boa	As contribuições e sugestões de alteração ao texto proposto constam no documento anexo a este formulário.	As contribuições e sugestões de alteração ao texto proposto constam no documento anexo a este formulário.
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/1NLWP8CiJycBhOCQavi5Ey6rFPEKwlnGt/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/1NLWP8CiJycBhOCQavi5Ey6rFPEKwlnGt/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	Organização da Sociedade Civil	Boa	Qualificação da Assistência Cirúrgica e Volume Hospitalar: , - Determinar que a esofagectomia curativa seja realizada exclusivamente em centros habilitados em alta complexidade oncológica (CACON/UNACON) dotados de UTI, endoscopia e radiologia intervencionista. , -Implementar o monitoramento contínuo de volume cirúrgico e resultados (via SIH/SUS e RHC) com posterior definição de limiares mínimos e regulação regional para garantir a segurança assistencial sem gerar exclusão do paciente., , Avaliação Multidimensional e Pré-habilitação: , -Tornar obrigatória a avaliação multidisciplinar pré-operatória abrangendo funcionalidade, sarcopenia, fragilidade e estado nutricional., - Recomendar medidas estruturadas de pré-habilitação (reabilitação respiratória, suporte nutricional e condicionamento físico) e a adoção formal de protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) no cuidado perioperatório., , Núcleo de Indicadores e Desfecho Composto: , -Estabelecer o monitoramento de um núcleo de 10 indicadores auditáveis (incluindo tempo até o tratamento, discussão em tumor board, margens R0 com ? 15 linfonodos examinados, fístula e pneumonia padronizadas pelo ECG, reinternação e mortalidade aos 30/90 dias), adotando o Textbook Outcome como desfecho composto de qualidade do serviço., , Integralidade, Linha de Cuidado e Equidade: , -Ancorar o fluxo do paciente no cumprimento dos prazos legais de até 30 dias para exames diagnósticos (Lei nº 13.896/2019) e 60 dias para início do tratamento (Lei nº 12.732/2012). , -Garantir o suporte social e o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para transporte e hospedagem, utilizando equipes de navegação (enfermagem, serviço social, nutrição e psicologia) para evitar que a vulnerabilidade social e a distância geográfica resultem em perda de seguimento., , Desfechos Centrados no Paciente (PROMs): , -Incorporar a avaliação longitudinal sistemática da qualidade de vida e dos sintomas (como disfagia, refluxo e dor) relatados pelo próprio paciente, utilizando os questionários validados EORTC QLQ-C30 e QLQ-OES18 no pré-tratamento, pós-neoadjuvância e aos 3, 6 e 12 meses da cirurgia., , Estadiamento Multimodal Estruturado e PET-CT: , -Reforçar a indicação do PET-CT no estadiamento da doença localmente avançada sem metástase demonstrada na avaliação convencional. , -Indicar broncoscopia para tumores renais/esofágicos proximais e médios ou com suspeita de invasão traqueobranquica, e prever a laparoscopia de estadiamento para casos selecionados de adenocarcinoma distal/JEG., , Alinhamento com a Estratégia Multimodal e Coerência entre PCDTs: , -Recomendar a quimioterapia perioperatória (esquema FLOT) como preferencial para o adenocarcinoma do esôfago distal e da junção esofagogastrica (JEG)., - No carcinoma escamoso, prever a quimiorradioterapia definitiva associada à vigilância ativa com cirurgia de resgate em casos de resposta clínica completa em serviços capacitados., -Garantir a perfeita harmonização do estadiamento (classificação de Siewert) e condutas entre o PCDT de Esôfago e o PCDT de Estômago., ,	Anexamos as contribuições da SBCO
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	Regular	Sim. Sugerimos ampliar e atualizar as recomendações terapêuticas do PCDT, especialmente nos cenários em que evidências recentes modificaram o padrão de cuidado do carcinoma de esôfago, bem como explicitar os biomarcadores necessários à seleção adequada dos pacientes., Recomendamos destacar com mais clareza o papel do nivolumabe adjuvante por um ano em pacientes com carcinoma de esôfago ou da junção esofagogástrica submetidos à quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia e que apresentem doença residual na peça cirúrgica., O próprio PCDT descreve o estudo CheckMate 577, no qual a mediana de sobrevida livre de doença foi de 22,4 meses com nivolumabe versus 11,0 meses com placebo, com HR para recorrência ou morte de 0,69., Embora a tecnologia tenha sido previamente avaliada e não incorporada ao SUS, entendemos que esse cenário terapêutico deve permanecer claramente identificado no PCDT como uma necessidade assistencial ainda não atendida., O PCDT já reconhece que, no adenocarcinoma de esôfago distal, a quimioterapia com FLOT constitui uma estratégia preferencial e pode ser utilizada independentemente da radioterapia. Sugerimos atualizar essa seção à luz das evidências contemporâneas que consolidaram a quimioterapia como estratégia relevante para adenocarcinomas ressecáveis do esôfago distal e da JEG, incluindo a evidência mais recente sobre a associação de durvalumabe ao FLOT, quando aplicável e conforme avaliação regulatória e de incorporação. Aumentou a resposta patológica e a sobrevida livre de eventos 58% x 67%, além de aumento na SG 61 x 68%., Recomendamos que o PCDT explicita a necessidade de acesso à avaliação de HER2 e PD-L1 nos pacientes em que esses biomarcadores possam modificar a escolha do tratamento sistêmico, particularmente nos adenocarcinomas do esôfago distal e da junção esofagogástrica e na doença avançada/metastática., O próprio documento reconhece o trastuzumabe associado à quimioterapia como tratamento padrão de primeira linha para JEG avançada ou metastática HER2-positiva, com ganho de sobrevida demonstrado pelo estudo ToGA. Portanto, a recomendação terapêutica precisa estar acompanhada da disponibilidade efetiva do teste que identifica os pacientes elegíveis., Recomendamos que o PCDT apresente de forma mais completa as evidências atuais para associação de imunoterapia à quimioterapia em pacientes selecionados com carcinoma de esôfago avançado ou metastático, de acordo com histologia, biomarcadores e critérios utilizados nos respectivos estudos. O próprio PCDT documenta ganho de sobrevida global, sobrevida livre de progressão e resposta objetiva com nivolumabe associado à quimioterapia nos pacientes com maior expressão de PD-L1 e resultados favoráveis também para pembrolizumabe associado à quimioterapia em pacientes selecionados por score de PD-L1., Recomendamos especial atenção à necessidade de existir procedimento específico que permita quimioterapia pré-operatória sem radioterapia para pacientes com adenocarcinoma de esôfago médio ou distal nos quais essa estratégia esteja indicada. Na relação de procedimentos atualmente descrita para carcinoma de esôfago, constam apenas quimioterapia paliativa e quimioterapia	Sim. Consideramos fundamental que a publicação do PCDT seja acompanhada da revisão dos mecanismos necessários à sua efetiva implementação no SUS. A existência de uma recomendação no protocolo não se traduz necessariamente em acesso ao tratamento quando não há procedimentos, mecanismos de autorização ou testes diagnósticos compatíveis com a estratégia recomendada., Nesse sentido, chamamos atenção para três aspectos prioritários:, 1. Adequação dos procedimentos/APAC ao tratamento atualmente recomendado, incluindo procedimento que permita quimioterapia perioperatória isolada para adenocarcinoma de esôfago, sem obrigatoriedade de associação à radioterapia. Atualmente, o PCDT reconhece o FLOT como estratégia preferencial para adenocarcinomas distais ressecáveis, mas a tabela apresentada contempla quimioterapia prévia/concomitante à radioterapia., 2. Disponibilização dos biomarcadores necessários à escolha terapêutica, especialmente HER2 e PD-L1 nos cenários em que seus resultados determinam elegibilidade para terapias-alvo ou imunoterapia. A incorporação de uma terapia direcionada perde efetividade assistencial se o SUS não oferece, de forma concomitante e organizada, o exame necessário para identificar o paciente elegível., 3. Atualização contínua do PCDT diante da rápida evolução do tratamento do câncer de esôfago. O próprio documento reconhece benefício clínico de estratégias como nivolumabe e pembrolizumabe associados à quimioterapia, embora sua incorporação tenha sido anteriormente desfavorável, demonstra benefício importante do nivolumabe adjuvante no cenário de doença residual após tratamento trimodal., Entendemos, portanto, que o PCDT deve não apenas indicar o que atualmente é financiado pelo SUS, mas também identificar de forma transparente os padrões terapêuticos respaldados pelas melhores evidências disponíveis e as lacunas ainda existentes de incorporação ou operacionalização. Essa distinção é importante para orientar a prática clínica, permitir planejamento de futuras avaliações pela Conitec e reduzir a distância entre o avanço científico e o acesso efetivo dos pacientes do SUS às melhores estratégias de tratamento.

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	prévia/concomitante à radioterapia., Sugerimos adequar a tabela de procedimentos/APAC para permitir a realização e o registro da quimioterapia preoperatória isolada nos casos de adenocarcinoma de esôfago em que essa estratégia esteja indicada., De acordo com estudo ESOPEC , FLOT neoadjuvante perioperatorio aumentou a SG mediana de 37 para 66 meses , Houve incremento de 12% na taxa de SG em 5 anos , , A contribuição do Oncoguia sugere complementar e alterar o PCDT de câncer de esôfago nos seguintes aspectos:, Ampliação do suporte nutricional para além do período pré-tratamento, com parâmetros definidos de reavaliação e critérios para o manejo da via de alimentação enteral., Inclusão do fonoaudiólogo na equipe multiprofissional e previsão de avaliação e reabilitação da deglutição., Explicitação do dever de informação prévia e da decisão compartilhada entre modalidades terapêuticas com consequências funcionais distintas., Definição operacional do seguimento dos grupos de alto risco., Harmonização do critério de indicação do PET-CT entre as seções 4 e 4.2., Correção da menção indevida a adenocarcinoma de próstata na subseção 7.8., Conversão dos cuidados paliativos em capítulo próprio, reposicionado ao início do protocolo., Registro das lacunas tecnológicas: imunoterapia em primeira linha na doença avançada com expressão de PD-L1, testagem de PD-L1 e tratamento adjuvante após terapia trimodal., 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.,

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?
09/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) reconhece a relevância e a qualidade geral da proposta de PCDT do Carcinoma de Esôfago, mas considera que alguns componentes devem ser fortalecidos antes da versão definitiva, especialmente aqueles relacionados à qualidade da assistência cirúrgica e perioperatória, organização da linha de cuidado, estadiamento, decisão multidisciplinar e integração entre as diferentes estratégias terapêuticas., A primeira recomendação é que o PCDT estabeleça de forma mais objetiva os requisitos de qualidade para a realização da esofagectomia. Trata-se de procedimento de alta complexidade e relevante morbimortalidade, cujos resultados dependem não apenas da técnica cirúrgica, mas da seleção adequada do paciente, experiência da equipe, suporte perioperatório e capacidade institucional para prevenção e tratamento de complicações. A literatura contemporânea demonstra associação consistente entre maior volume institucional de esofagectomias e menores taxas de mortalidade e complicações., Sugere-se que a esofagectomia com intenção curativa seja realizada prioritariamente em estabelecimentos habilitados em alta complexidade oncológica com cirurgia, com equipe cirúrgica e anestésica experiente, terapia intensiva, endoscopia, radiologia intervencionista e capacidade de manejo das principais complicações pós-operatórias. Recomenda-se ainda o monitoramento do volume anual de esofagectomias e dos resultados assistenciais por serviço, utilizando bases existentes do SUS, inicialmente com finalidade de auditoria, devolutiva e melhoria da qualidade. A eventual definição futura de limiares mínimos de volume deve ser acompanhada de mecanismos de regulação e referência regional, de modo a melhorar resultados sem restringir o acesso de pacientes de regiões menos assistidas., Recomenda-se também que todos os candidatos a tratamento potencialmente curativo sejam submetidos a avaliação multidisciplinar estruturada e avaliação pré-operatória multidimensional, contemplando condição funcional, comorbidades, risco anestésico, estado nutricional, perda ponderal, sarcopenia e fragilidade. A pré-habilitação deve incluir, quando indicada, suporte nutricional, cessação do tabagismo, condicionamento físico, reabilitação respiratória e otimização das condições clínicas modificáveis, de acordo com princípios de recuperação intensificada após cirurgia., A via de acesso — aberta, laparoscópica ou robótica/minimamente invasiva — deve permanecer individualizada conforme características tumorais, condições clínicas e experiência da equipe, sem comprometer princípios oncológicos. Independentemente do acesso, a cirurgia deve buscar ressecção R0 e linfadenectomia adequada à localização e extensão tumoral, inclusive após tratamento neoadjuvante. O próprio PCDT determina que a linfadenectomia seja mantida após neoadjuvância e adaptada aos territórios de drenagem conforme a topografia da neoplasia., A SBCO sugere ainda que o PCDT incorpore um núcleo mínimo de indicadores de qualidade. Entre eles: tempo até o início do tratamento, discussão multidisciplinar documentada, completude do estadiamento, avaliação nutricional e funcional pré-operatória, taxa de ressecção R0, número de linfonodos examinados,	A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica considera que o carcinoma de esôfago é um exemplo particularmente importante de doença na qual disponibilizar um procedimento não equivale, por si só, a garantir tratamento adequado. A esofagectomia é uma das operações oncológicas de maior complexidade, e seus resultados dependem de toda a estrutura assistencial que a acompanha — estadiamento adequado, seleção do paciente, tratamento multimodal, experiência da equipe, pré-habilitação, terapia intensiva, endoscopia e radiologia intervencionista para manejo de complicações, reabilitação e acompanhamento longitudinal., A literatura utilizada na própria contribuição da SBCO demonstra uma associação consistente entre volume hospitalar e resultados após esofagectomia, incluindo menor mortalidade e menor incidência de complicações em centros de maior volume. Por isso, recomendamos que o Ministério da Saúde avance progressivamente na regionalização do tratamento cirúrgico do câncer de esôfago, inicialmente monitorando volume e resultados por serviço e, em etapa subsequente, avaliando parâmetros nacionais de qualificação e volume mínimo, sempre associados a mecanismos de regulação regional e suporte ao deslocamento dos pacientes., Essa estratégia não deve ser interpretada como concentração excludente da assistência, mas como regionalização qualificada: procedimentos complexos devem ser realizados onde existam condições para realizá-los com segurança, enquanto o SUS deve garantir acesso efetivo aos centros de referência por meio de regulação, Tratamento Fora de Domicílio e navegação assistencial. A contribuição da SBCO propõe expressamente que eventuais limites de volume sejam implementados em etapas, com mecanismos que assegurem o acesso das regiões de menor oferta., Outro aspecto relevante é que a avaliação do desempenho dos serviços não deveria se limitar à mortalidade hospitalar. A SBCO recomenda mortalidade em 90 dias, complicações com definições padronizadas pelo ECGG, ressecção R0, adequação da linfadenectomia, reinternação e Textbook Outcome, além da incorporação progressiva de desfechos relatados pelo próprio paciente., Também consideramos fundamental preservar a flexibilidade da decisão terapêutica dentro de um ambiente multidisciplinar. O carcinoma de esôfago não constitui uma única doença: histologia, localização, condição clínica e resposta ao tratamento modificam substancialmente a estratégia. No adenocarcinoma distal/JEG, a quimioterapia perioperatória com FLOT ganhou maior relevância após o ESOPAC, no carcinoma escamoso, quimiorradioterapia definitiva e vigilância

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?
			fístula anastomótica e pneumonia segundo critérios padronizados, mortalidade em 30 e 90 dias, reinternação não planejada, e perda de seguimento. Recomenda-se utilizar definições do Esophagectomy Complications Consensus Group (ECCG) e considerar o Textbook Outcome como medida composta de qualidade., Outro ponto relevante é o acompanhamento centrado no paciente. Sobrevida e complicações são essenciais, mas não capturam integralmente o impacto da esofagectomia sobre deglutição, alimentação, refluxo, saciedade precoce, fadiga, função física e bem-estar psicossocial. A SBCO propõe a incorporação progressiva de medidas de desfecho relatadas pelo paciente, como o EORTC QLQ-C30 associado ao módulo específico QLQ-OES18, aplicadas em momentos definidos do tratamento e utilizadas para direcionar intervenções nutricionais, fonoaudiológicas, fisioterápicas e psicossociais., No estadiamento, recomenda-se uma estratégia explicitamente multimodal e individualizada. A tomografia, PET-CT, ecoendoscopia e broncoscopia devem ser utilizadas conforme localização do tumor, tipo histológico, extensão locorregional e estratégia terapêutica pretendida. O próprio PCDT restringe adequadamente o PET-CT à doença localmente avançada não sabidamente metastática após achados inconclusivos na TC, a SBCO sugere reforçar seu papel como componente do processo integrado de estadiamento, e não como substituto das demais modalidades., Em pacientes selecionados com adenocarcinoma distal ou da junção esofagogástrica localmente avançado, especialmente quando houver suspeita de disseminação intra-abdominal oculta ou achados radiológicos indeterminados, recomenda-se considerar laparoscopia de estadiamento quando seu resultado puder modificar a estratégia terapêutica. Quando realizada, deve compreender inspeção sistemática, biópsia de lesões suspeitas e, quando pertinente, citologia peritoneal., Também recomendamos reforçar a decisão multidisciplinar prévia ao tratamento, especialmente na doença localmente avançada, nos tumores da junção esofagogástrica, nos casos de ressecabilidade duvidosa e quando existirem alternativas cirúrgicas e não cirúrgicas. A simples realização dos exames não garante estadiamento clínico adequado, os resultados de endoscopia, TC, PET-CT, ecoendoscopia, broncoscopia e eventualmente laparoscopia devem ser interpretados de forma integrada, com registro em prontuário do estágio clínico e da estratégia definida., No adenocarcinoma do esôfago distal e da junção esofagogástrica, merece destaque a evidência contemporânea do estudo ESOPEC, que demonstrou superioridade da quimioterapia perioperatória com FLOT em comparação à quimiorradioterapia neoadjuvante. O próprio PCDT já reconhece FLOT como regime perioperatório preferencial para pacientes aptos e registra sua consolidação no adenocarcinoma distal. A SBCO recomenda que essa preferência seja explicitada e harmonizada com o PCDT do adenocarcinoma gástrico., Essa harmonização é particularmente importante nos tumores da junção esofagogástrica. O PCDT reconhece a classificação de Siewert, considerando em geral os tipos I e II como esofágicos e o tipo III como gástrico, mas também informa que a JEG será abordada no PCDT de	ativa após resposta clínica completa constituem alternativas possíveis em pacientes selecionados. Portanto, o PCDT deve evitar transformar uma única sequência terapêutica em regra rígida quando existem estratégias distintas respaldadas por evidência., A SBCO se coloca à disposição do Ministério da Saúde e da Conitec para colaborar na definição de indicadores nacionais de qualidade da cirurgia esofagogástrica, critérios para monitoramento de resultados, protocolos de recuperação perioperatória e estratégias de regionalização assistencial, buscando reduzir desigualdades e melhorar os desfechos dos pacientes tratados no SUS.A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica considera que o carcinoma de esôfago é um exemplo particularmente importante de doença na qual disponibilizar um procedimento não equivale, por si só, a garantir tratamento adequado. A esofagectomia é uma das operações oncológicas de maior complexidade, e seus resultados dependem de toda a estrutura assistencial que a acompanha — estadiamento adequado, seleção do paciente, tratamento multimodal, experiência da equipe, pré-habilitação, terapia intensiva, endoscopia e radiologia intervencionista para manejo de complicações, reabilitação e acompanhamento longitudinal., A literatura utilizada na própria contribuição da SBCO demonstra uma associação consistente entre volume hospitalar e resultados após esofagectomia, incluindo menor mortalidade e menor incidência de complicações em centros de maior volume. Por isso, recomendamos que o Ministério da Saúde avance progressivamente na regionalização do tratamento cirúrgico do câncer de esôfago, inicialmente monitorando volume e resultados por serviço e, em etapa subsequente, avaliando parâmetros nacionais de qualificação e volume mínimo, sempre associados a mecanismos de regulação regional e suporte ao deslocamento dos pacientes., Essa estratégia não deve ser interpretada como concentração excludente da assistência, mas como regionalização qualificada: procedimentos complexos devem ser realizados onde existam condições para realizá-los com segurança, enquanto o SUS deve garantir acesso efetivo aos centros de referência por meio de regulação, Tratamento Fora de Domicílio e navegação assistencial. A contribuição da SBCO propõe expressamente que eventuais limites de volume sejam implementados em etapas, com mecanismos que assegurem o acesso das regiões de menor oferta., Outro aspecto relevante é que a avaliação do desempenho dos serviços não deveria se limitar à mortalidade hospitalar. A SBCO recomenda mortalidade em 90 dias, complicações com definições padronizadas pelo ECCG, ressecção R0, adequação da

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?
			estômago. Recomenda-se que ambos os PCDTs apresentem critérios convergentes de localização, estadiamento e tratamento perioperatório, evitando condutas distintas para pacientes semelhantes apenas em função do documento consultado., No carcinoma de células escamosas, que tem particular relevância no Brasil, devem ser mantidas e melhor delimitadas as alternativas à cirurgia obrigatória após quimiorradioterapia. O próprio PCDT reconhece que a quimiorradioterapia definitiva com vigilância rigorosa e esofagectomia de resgate constitui opção em casos selecionados e que pacientes com resposta endoscópica completa podem ser considerados para tratamento não operatório mediante decisão multidisciplinar. Evidências recentes, incluindo o estudo SANO, reforçam a possibilidade de vigilância ativa após resposta clínica completa em pacientes criteriosamente selecionados e acompanhados em serviços com capacidade de seguimento rigoroso., Por fim, recomenda-se organizar o PCDT como verdadeira linha de cuidado, considerando os prazos legais para diagnóstico e início do tratamento, mecanismos de Tratamento Fora de Domicílio, navegação do paciente e identificação de barreiras sociais e geográficas. Em câncer de esôfago, atrasos, desnutrição, dificuldades de deslocamento e perda de seguimento podem comprometer diretamente a possibilidade de tratamento curativo., Em síntese, a SBCO manifesta-se favoravelmente à aprovação do PCDT, com a recomendação de que a versão definitiva avance da simples definição das modalidades terapêuticas para uma linha de cuidado estruturada, multidisciplinar, mensurável e orientada por qualidade, segurança, equidade e resultados relevantes para o paciente.	linfadenectomia, reinternação e Textbook Outcome, além da incorporação progressiva de desfechos relatados pelo próprio paciente., Também consideramos fundamental preservar a flexibilidade da decisão terapêutica dentro de um ambiente multidisciplinar. O carcinoma de esôfago não constitui uma única doença: histologia, localização, condição clínica e resposta ao tratamento modificam substancialmente a estratégia. No adenocarcinoma distal/JEG, a quimioterapia perioperatória com FLOT ganhou maior relevância após o ESOPEC, no carcinoma escamoso, quimiorradioterapia definitiva e vigilância ativa após resposta clínica completa constituem alternativas possíveis em pacientes selecionados. Portanto, o PCDT deve evitar transformar uma única sequência terapêutica em regra rígida quando existem estratégias distintas respaldadas por evidência., A SBCO se coloca à disposição do Ministério da Saúde e da Conitec para colaborar na definição de indicadores nacionais de qualidade da cirurgia esofagológica, critérios para monitoramento de resultados, protocolos de recuperação perioperatória e estratégias de regionalização assistencial, buscando reduzir desigualdades e melhorar os desfechos dos pacientes tratados no SUS.