

Contribuições da Consulta Pública - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Adenocarcinoma de Estômago - 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?
06/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	O Grupo de Apoio ao Paciente Reumático Brasil – GRUPAR-BR considera muito importante a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Adenocarcinoma de Estômago no SUS, porque um protocolo atualizado ajuda a organizar o cuidado e pode reduzir diferenças no acesso entre pacientes que vivem em diferentes regiões do país., Para a pessoa que recebe o diagnóstico de câncer de estômago, especialmente em fases mais avançadas, o cuidado precisa ir muito além da prescrição de um medicamento. É necessário garantir diagnóstico e estadiamento em tempo adequado, acesso aos exames necessários para definir o melhor tratamento, acompanhamento nutricional, controle da dor e de outros sintomas, apoio psicológico, reabilitação e cuidados paliativos quando indicados., Também é fundamental que o PCDT considere as desigualdades existentes no Brasil. Muitas pessoas ainda enfrentam longas distâncias até os centros especializados, demora para realizar exames, dificuldades de transporte, ausência de especialistas e barreiras para iniciar o tratamento no momento adequado. Essas diferenças não podem determinar quem terá maior ou menor chance de receber o cuidado necessário., Por isso, entendemos que o protocolo deve reforçar a garantia de acesso oportuno aos exames diagnósticos e à testagem de HER2, estabelecer fluxos de referência e contrarreferência e prever uma linha de cuidado que acompanhe o paciente desde o diagnóstico até o tratamento e o seguimento., Um PCDT realmente orientado pela equidade precisa reconhecer que cada pessoa vive o câncer de uma maneira diferente e que fatores sociais, econômicos e territoriais também influenciam o resultado do tratamento. O cuidado no SUS deve chegar a todos com a mesma qualidade, dignidade e oportunidade.,	, O Grupo de Apoio ao Paciente Reumático Brasil – GRUPAR-BR considera que a incorporação do trastuzumabe ao SUS representa uma oportunidade importante de ampliar o acesso a um tratamento direcionado para pessoas com câncer de estômago ou da junção esofagogastrica HER2 positivo., Para quem vive com um câncer avançado, uma nova possibilidade de tratamento não representa apenas números de sobrevida ou resultados de estudos clínicos. Representa a possibilidade de ter mais tempo com a família, manter a autonomia, controlar melhor a doença e preservar momentos importantes da vida., Esse acesso precisa ser garantido de forma igualitária. O local onde a pessoa mora, sua renda ou a existência de um plano de saúde não podem definir se ela terá ou não acesso a um tratamento que pode trazer benefício clínico., Também é essencial garantir a testagem de HER2 para todos os pacientes que tenham indicação, porque não adianta o medicamento estar incorporado se o paciente não consegue realizar o exame necessário para saber se pode se beneficiar da terapia., É importante lembrar ainda que o câncer de estômago pode provocar perda de peso, dificuldade para se alimentar, fraqueza, dor, medo, afastamento do trabalho e grande impacto sobre toda a família. Por isso, o tratamento precisa estar acompanhado de suporte nutricional, psicológico, social e de cuidados para controle dos sintomas., A incorporação de uma tecnologia só se transforma em benefício real quando ela chega ao paciente no momento em que ele precisa. Garantir diagnóstico, testagem, tratamento oportuno e cuidado integral é transformar uma decisão do SUS em esperança, dignidade e possibilidade real de viver mais e melhor.,

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.	Destacamos que sejam enfrentadas as desigualdades territoriais no acesso ao cuidado especializado. A disponibilidade de endoscopia, anatomia patológica, cirurgia oncológica, oncologia clínica, radioterapia, nutrição e demais serviços pode variar significativamente entre regiões. A implementação do PCDT deve, portanto, estar associada a fluxos de referência e contrarreferência, organização da rede e indicadores capazes de identificar diferenças no tempo de diagnóstico e tratamento e nos resultados obtidos pelos pacientes., Sugerimos que o PCDT incorpore mecanismos de monitoramento de mundo real, acompanhando indicadores como tempo entre suspeita e diagnóstico, diagnóstico e início do tratamento, estágio ao diagnóstico, estado nutricional, acesso às diferentes modalidades terapêuticas, interrupções, eventos adversos, hospitalizações, sobrevida e qualidade de vida. A participação das entidades de pacientes pode contribuir para complementar essas informações com a experiência concreta dos usuários e identificar barreiras que não aparecem integralmente nos sistemas administrativos ou nos estudos clínicos., Entendemos, portanto, que um PCDT efetivo para o Adenocarcinoma de Estômago deve integrar diagnóstico oportuno, tratamento baseado em evidências, navegação, cuidado nutricional, atenção multidisciplinar, equidade e qualidade de vida. Como entidade de pacientes, defendemos que o verdadeiro resultado de uma política pública seja sua capacidade de garantir que o paciente percorra sua jornada com o menor número possível de atrasos e barreiras, recebendo o cuidado adequado no tempo adequado. Sugerimos a navegação e que essa navegação de pacientes seja considerada componente estratégico da linha de cuidado, especialmente diante da complexidade do percurso diagnóstico e terapêutico., ,
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/17J98Azd0JLoYLAOemLTccprjzPsM5ytR/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/17J98Azd0JLoYLAOemLTccprjzPsM5ytR/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	Sim. Sugerimos que o PCDT amplie a descrição das estratégias terapêuticas contemporâneas para o adenocarcinoma de estômago, diferenciando claramente as tecnologias atualmente incorporadas e disponíveis no SUS daquelas que, embora ainda não incorporadas, possuem indicação aprovada pela Anvisa e são contempladas em diretrizes nacionais e internacionais com base em evidências clínicas recentes., O adenocarcinoma gástrico apresenta crescente estratificação terapêutica de acordo com características clínicas e biomarcadores. O próprio PCDT reconhece sua heterogeneidade molecular e a importância dessas características na definição das estratégias de tratamento., Sugerimos que sejam ao menos descritas e contextualizadas, ainda que identificadas explicitamente como não incorporadas ao SUS, estratégias atualmente relevantes para diferentes cenários clínicos, como: , 1. durvalumabe associado ao FLOT no tratamento perioperatório da doença localizada elegível, , 2. pembrolizumabe em subgrupos de doença avançada definidos por HER2, PD-L1 e/ou dMMR/MSI-H, , 3. tislelizumabe associado à quimioterapia em pacientes selecionados com doença avançada HER2-negativa, , 4. zolbetuximabe associado à quimioterapia para tumores com expressão de Claudina 18.2, , 5. trastuzumabe-deruxtecana (T-DXd) em linhas subsequentes da doença HER2-positiva previamente tratada com trastuzumabe, , 6. larotrectinibe para o subgrupo raro de tumores com fusão de NTRK, , 7. trifluridina/tipiracila em linhas mais avançadas de tratamento., A inclusão dessas informações não implicaria, por si só, recomendação de financiamento ou incorporação imediata pelo SUS. Permitiria, entretanto, que o PCDT represente de forma mais adequada o estado atual da evidência científica, identifique lacunas assistenciais e sinalize tecnologias que merecem avaliação pela Conitec., Também sugerimos ampliar a seção de biomarcadores, de maneira coerente com a evolução do tratamento sistêmico do câncer gástrico. Atualmente, o PCDT determina avaliação de HER2 em pacientes com doença metastática e indicação de quimioterapia. A crescente utilização de marcadores como PD-L1, MSI/dMMR, Claudina 18.2 e alterações moleculares acionáveis torna pertinente que o documento reconheça sua relevância na seleção terapêutica, ainda que sua disponibilização no SUS dependa de avaliação e organização assistencial específicas.	Sim. Consideramos importante que a elaboração dos PCDTs oncológicos diferencie, de forma transparente, três dimensões distintas: a melhor evidência científica disponível, as tecnologias avaliadas pela Conitec e as tecnologias efetivamente operacionalizadas no SUS., Na versão atual, o PCDT afirma utilizar a literatura científica contemporânea, mas restringe suas recomendações terapêuticas principalmente às tecnologias já avaliadas e incorporadas ao SUS, prevendo que novas tecnologias sejam contempladas apenas em atualizações posteriores., Esse modelo pode gerar uma defasagem entre a rápida evolução do tratamento oncológico e a representação dessa evolução no PCDT., Essa questão torna-se particularmente evidente no caso do trastuzumabe. O PCDT reconhece sua incorporação ao SUS para pacientes com adenocarcinoma de estômago ou da junção esofagogástrica avançado ou metastático HER2-positivo e descreve o benefício demonstrado pelo estudo ToGA., Entretanto, a efetividade de uma incorporação depende também de sua operacionalização assistencial, incluindo mecanismos adequados de financiamento, procedimentos para dispensação e acesso aos testes diagnósticos indispensáveis à seleção dos pacientes. A ausência ou insuficiência desses mecanismos pode fazer com que uma tecnologia formalmente incorporada permaneça de difícil acesso na prática., Por outro lado, o PCDT descreve tecnologias previamente avaliadas pela Conitec e não incorporadas, como o nivolumabe em primeira linha, inclusive reconhecendo o ganho de sobrevida observado no CheckMate-649, mas justificando sua não recomendação pela razão de custo-efetividade incremental e impacto orçamentário., Diante da rápida evolução do tratamento do adenocarcinoma gástrico, sugerimos que o PCDT não se limite a reproduzir as tecnologias já submetidas à avaliação de incorporação, mas apresente também, em seção específica, novas estratégias respaldadas por evidências relevantes e por diretrizes clínicas contemporâneas, identificando claramente seu status perante a Conitec e o SUS., Essa abordagem permitiria que o PCDT desempenhasse simultaneamente duas funções: orientar com precisão a assistência atualmente disponível no SUS e servir como documento técnico atualizado sobre o padrão contemporâneo de cuidado, contribuindo inclusive para identificar prioridades de futuras avaliações de tecnologias em saúde., Por fim, entendemos que a atualização de um PCDT deve considerar não apenas a decisão formal de incorporação, mas também sua implementação efetiva, com disponibilidade dos biomarcadores, exames diagnósticos, procedimentos de faturamento e mecanismos assistenciais necessários para que a

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
				tecnologia incorporada alcance efetivamente os pacientes.

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	Boa	"Organização da Assistência e Volume Hospitalar: , -Determinar que a gastrectomia com intenção curativa ocorra em centros habilitados em alta complexidade (CACON/UNACON) dotados de UTI, endoscopia, oncologia clínica, nutrição e equipe multidisciplinar. , -Estabelecer o monitoramento de volume e resultados por serviço (via SIH/SUS e RHC) com definição faseada de limiares mínimos e regulação regional, assegurando acesso aos serviços especializados, , Decisão em Tumor Board e Prazos Legais:, -Incorporar a discussão multidisciplinar pré-tratamento como etapa obrigatória e indicador de processo na linha de cuidado (principalmente para definir a sequência perioperatória, indicação de laparoscopia e ressecabilidade)., - Ancorar o fluxo assistencial no cumprimento dos prazos legais de até 30 dias para diagnóstico (Lei nº 13.896/2019) e 60 dias para início do tratamento (Lei nº 12.732/2012), , Núcleo de Indicadores de Qualidade e Textbook Outcome:, -Estabelecer um núcleo de 10 indicadores mensuráveis com dados já existentes no SUS (tempo até o tratamento, tumor board, laparoscopia de estadiamento, ressecção R0, linfadenectomia com ?16 linfonodos descritos, complicações graves Clavien-Dindo ?IIIa , mortalidade em 90 dias, reinternação em 30 dias, retoma da quimioterapia em até 12 semanas e sobrevida em 3 anos). Adotar o Textbook Outcome (parâmetro TOGS) como desfecho composto de qualidade assistencial, , Expansão da Cirurgia Minimamente Invasiva (Laparoscópica e Robótica):Laparoscópica: , - Definir a via laparoscópica como modalidade preferencial quando houver equipe treinada, promovendo sua expansão estruturada no SUS por meio de programas de capacitação e supervisão. , - Robótica: Reconhecer a via robótica como modalidade minimamente invasiva equivalente à laparoscópica em desfechos e segurança, passível de realização em centros já equipados com cirurgias capacitados, sem criar exigência de habilitação específica adicional nem usar o equipamento como critério isolado de qualidade. , , Estratégia Estruturada de Laparoscopia de Estadiamento:, - Recomendar a laparoscopia de estadiamento com lavagem peritoneal para citologia antes do tratamento perioperatório em tumores potencialmente ressecáveis de risco (estádios IB-III, cT3-T4, histologia difusa ou linhagem em anel de sinete). , -Exigir documentação padronizada do Peritoneal Cancer Index (PCI) quando houver carcinomatose., , Conduta Definida para Doença Peritoneal (CY1 e Macroscópica):, -Citologia Positiva sem Implantes (CY1 P0): Indicar tratamento sistêmico inicial, reavaliação (nova laparoscopia/lavado) e discussão em tumor board antes de decidir por gastrectomia, reservando a cirurgia aos casos com resposta/negativação. , -Carcinomatose Macroscópica: Indicar tratamento sistêmico paliativo, considerando cirurgia de conversão apenas em casos selecionados com resposta excepcional, , Criação de Código Próprio no SIGTAP: , -Criar um procedimento específico na Tabela do SUS (SIGTAP) para a ""Laparoscopia de estadiamento com lavado peritoneal em oncologia"" , remunerando-o de forma independente da gastrectomia, , Medidas de Desfecho Relatadas pelo Paciente (PROMs), - Incorporar a avaliação progressiva e longitudinal da qualidade de vida e sintomas digestivos/nutricionais relatados pelo paciente, utilizando os	Anexamos o arquivo com contribuições

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?
			questionários validados EORTC QLQ-C30 e QLQ-STO22 antes do tratamento, ao final da neoadjuvância e aos 6 e 12 meses da cirurgia, , , "	
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	A contribuição do Oncoguia sugere complementar e alterar o PCDT de câncer de estômago nos seguintes aspectos:, Previsão de avaliação e terapia nutricional ao longo de toda a jornada de cuidado, e não apenas no pós-operatório, considerando que o estado nutricional é utilizado pelo protocolo como critério de elegibilidade ao tratamento., Incorporação do cuidado psicossocial e da saúde mental como conduta definida, e não apenas como reconhecimento., Garantia de informação prévia ao paciente e de decisão compartilhada nas escolhas com repercussão funcional distinta., Definição do conteúdo do acompanhamento pós-tratamento e do manejo dos efeitos tardios e da sobrevivência., Conversão dos cuidados paliativos em capítulo próprio, reposicionado na parte inicial do protocolo., Registro das lacunas tecnológicas como subsídio a novas avaliações pela Conitec, em especial a imunoterapia em primeira linha na doença avançada e a ausência de segunda linha e de linhas subsequentes., 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 do PCDT do Adenocarcinoma de Estômago e sua boa convergência com as principais diretrizes internacionais em aspectos fundamentais, como a indicação da cirurgia com intenção curativa, extensão da gastrectomia, margens, linfadenectomia, tratamento perioperatório e avaliação da doença peritoneal. Entretanto, considera que a versão definitiva pode avançar na definição de critérios objetivos de qualidade, organização da assistência, qualificação profissional e monitoramento dos resultados cirúrgicos., A primeira recomendação é que a gastrectomia oncológica com intenção curativa seja realizada em estabelecimentos habilitados em alta complexidade oncológica com cirurgia, dotados de equipe multidisciplinar, terapia intensiva e capacidade de diagnosticar e tratar adequadamente suas complicações. A literatura demonstra associação entre maior volume institucional e melhores resultados após gastrectomia, incluindo menor mortalidade e menor incidência de complicações. A SBCO propõe inicialmente o monitoramento do volume anual e dos resultados por serviço utilizando bases já existentes, como SIH/SUS e Registro Hospitalar de Câncer, em uma segunda etapa, poderão ser discutidos limiares mínimos de volume, sempre acompanhados de mecanismos de regulação e referência regional que ampliem, e não restrinjam, o acesso., Recomenda-se também que a discussão multidisciplinar seja formalmente incorporada à linha de cuidado, particularmente nos candidatos a tratamento com intenção curativa. A definição da sequência entre terapia sistêmica e cirurgia, a necessidade de laparoscopia de estadiamento, a ressecabilidade e a indicação de procedimentos de maior complexidade se beneficiam de avaliação conjunta. A SBCO sugere que a decisão do tumor board seja registrada no prontuário e utilizada como indicador de processo assistencial., Quanto à qualidade técnica da cirurgia, recomendamos diferenciar claramente dois conceitos: o número de linfonodos examinados e a extensão técnica da linfadenectomia. O exame de pelo menos 16 linfonodos é importante para adequado estadiamento patológico, mas não deve ser utilizado isoladamente como sinônimo de linfadenectomia oncológicamente adequada. A extensão da dissecação — D1+, D2 ou outra — deve ser descrita no registro operatório e no processo de avaliação da qualidade. O próprio PCDT reconhece que pelo menos 16 linfonodos devem ser avaliados para estadiamento adequado e que menor treinamento e menor volume cirúrgico estão associados a maior mortalidade., A SBCO recomenda que sejam incorporados indicadores nacionais de qualidade da cirurgia gástrica, utilizando dados já disponíveis no SUS ou no prontuário. Entre eles: tempo até o tratamento, discussão multidisciplinar, realização de laparoscopia de estadiamento nos pacientes elegíveis, taxa de ressecção R0, número de linfonodos examinados e extensão da linfadenectomia, complicações Clavien-Dindo ?IIIa, mortalidade em 90 dias, reinternação em 30 dias, integração com a terapia sistêmica, incluindo retomada ou início do tratamento indicado em até 12 semanas, e sobrevida global. Recomenda-se também a utilização do Textbook Outcome como desfecho composto de	A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica considera que a atualização deste PCDT representa oportunidade para o SUS avançar não apenas na definição do tratamento adequado do adenocarcinoma gástrico, mas também na qualificação da forma como esse tratamento é efetivamente entregue à população., A cirurgia gástrica oncológica é um procedimento complexo, cujo resultado depende da integração entre estadiamento, seleção adequada do paciente, tratamento sistêmico, qualidade da gastrectomia e da linfadenectomia, capacidade de tratamento das complicações, suporte nutricional e acompanhamento longitudinal. Por isso, acesso à gastrectomia, isoladamente, não deve ser utilizado como sinônimo de acesso a tratamento oncológico de qualidade. A Nota Técnica da SBCO resume esse princípio ao propor que a assistência avance da definição das modalidades terapêuticas para uma abordagem orientada pela qualidade e segurança do cuidado., Consideramos especialmente relevante iniciar uma política nacional de monitoramento de volume e resultados da gastrectomia oncológica, utilizando os sistemas de informação já existentes no SUS. Esse processo deve começar com mensuração e devolutiva aos serviços e gestores, sem finalidade punitiva, permitindo identificar desigualdades, necessidades de capacitação e oportunidades de melhoria. Somente após uma fase estruturada de monitoramento seria adequado discutir eventuais parâmetros mínimos de volume, sempre acompanhados de mecanismos de referência regional que garantam o acesso dos pacientes., A expansão da cirurgia minimamente invasiva deve seguir o mesmo princípio. Tecnologia não deve ser confundida com qualidade. A laparoscopia dispõe de evidência oncológica amadurecida e merece expansão estruturada no SUS, a robótica pode ser utilizada quando disponível e quando houver competência técnica, mas a aquisição de uma plataforma não substitui treinamento, experiência institucional nem auditoria dos resultados., Também destacamos que a laparoscopia de estadiamento não deve ser tratada apenas como uma recomendação clínica abstrata. Para produzir impacto no SUS, é necessário definir pacientes elegíveis, momento de realização, técnica, citologia, registro dos achados, consequências terapêuticas e remuneração específica do procedimento. Essa medida pode evitar laparotomias e gastrectomias sem benefício oncológico em pacientes com disseminação peritoneal oculta., Por fim, a SBCO entende que equidade não significa oferecer a mesma estrutura em todos os hospitais, mas garantir a todos os pacientes acesso ao tratamento adequado no serviço apropriado. Regionalização,

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?
			referência, evitando que qualquer indicador isolado seja considerado medida suficiente da qualidade assistencial., Cirurgia minimamente invasiva, A SBCO considera importante que o PCDT avance na recomendação da gastrectomia laparoscópica. Ensaios randomizados como KLASS-02, CLASS-01 e JLGSG0901 demonstraram resultados oncológicos de longo prazo equivalentes aos da cirurgia aberta em câncer gástrico localmente avançado, associados a menor morbidade e recuperação mais rápida. Assim, quando houver equipe adequadamente treinada e manutenção dos princípios oncológicos, a via laparoscópica pode ser considerada modalidade preferencial, devendo sua expansão no SUS ser acompanhada por programa estruturado de capacitação, supervisão durante a curva de aprendizado e auditoria de resultados., Em relação à gastrectomia robótica, a SBCO não propõe, neste PCDT, a incorporação de uma nova plataforma tecnológica. Recomenda, entretanto, que o texto reconheça a cirurgia robótica como uma modalidade minimamente invasiva passível de utilização nos serviços que já disponham da tecnologia e de cirurgias com competência comprovada. A evidência disponível mostra resultados perioperatórios ao menos comparáveis aos da laparoscopia, sem superioridade oncológica estabelecida. Dessa forma, a disponibilidade de equipamento robótico não deve constituir, isoladamente, critério de qualidade ou habilitação do serviço., A redação poderia explicitar que cirurgia aberta, laparoscópica ou robótica são vias de acesso, e que a qualidade oncológica deve ser definida primordialmente pela obtenção de ressecção R0, margens adequadas, linfadenectomia apropriada, morbidade, mortalidade e resultados de longo prazo, e não pela plataforma utilizada., Laparoscopia de estadiamento e doença peritoneal, Outro ponto prioritário é tornar mais estruturada a recomendação sobre laparoscopia de estadiamento com lavagem peritoneal e citologia. O próprio PCDT já recomenda o procedimento para pacientes candidatos a tratamento curativo com risco de carcinomatose oculta e destaca particularmente tumores cT3/T4, N+, histologia difusa ou pouco coesa, células em anel de sinete, linite plástica e outros fatores de risco., A SBCO sugere que, nos pacientes de maior risco para doença peritoneal oculta, a laparoscopia seja realizada antes do início do tratamento perioperatório, incluindo lavagem para citologia, biópsia das lesões suspeitas e documentação estruturada dos achados. Na presença de doença peritoneal macroscópica, a extensão deve ser documentada pelo Peritoneal Cancer Index — PCI., É igualmente importante diferenciar citologia positiva sem doença macroscópica (CY1/P0) de carcinomatose peritoneal macroscópica. Na primeira situação, a SBCO propõe tratamento sistêmico inicial seguido de reavaliação e discussão multidisciplinar antes da decisão sobre gastrectomia, na presença de doença peritoneal macroscópica, o tratamento sistêmico deve constituir a estratégia inicial, ficando eventual cirurgia de conversão reservada a casos altamente selecionados, com resposta excepcional, em centros de referência., Para que essa recomendação seja efetivamente incorporada à prática assistencial, a SBCO sugere ainda que a laparoscopia de estadiamento com lavado peritoneal seja identificada como procedimento próprio na Tabela	regulação eficiente, capacitação profissional e monitoramento dos resultados devem caminhar conjuntamente para que as diferenças geográficas e institucionais não determinem a qualidade do tratamento recebido., A SBCO coloca-se à disposição do Ministério da Saúde e da Conitec para colaborar na definição de indicadores nacionais de qualidade, programas de capacitação em gastrectomia minimamente invasiva, critérios de competência cirúrgica e estratégias de implementação da laparoscopia de estadiamento no SUS, contribuindo para que o PCDT se traduza em melhoria efetiva dos resultados assistenciais.

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?
			SUS/SIGTAP e remunerada independentemente da gastrectomia. A ausência de codificação específica constitui barreira prática para sua utilização em diversos serviços., Integração cirurgia–tratamento sistêmico, A qualidade da cirurgia não deve ser dissociada do tratamento sistêmico. O PCDT reconhece o FLOT como padrão perioperatório para pacientes elegíveis com doença ressecável localmente avançada, baseado no FLOT4, que demonstrou aumento da sobrevida global mediana de 35 para 50 meses em relação ao ECF/ECX., Por essa razão, propõe-se que a capacidade do sistema em fazer com que o paciente receba e complete o tratamento perioperatório indicado também componha a avaliação de qualidade. Uma gastrectomia tecnicamente adequada representa apenas parte do tratamento nos pacientes em que existe indicação de terapia sistêmica perioperatória. A Nota da SBCO propõe monitorar especificamente o reinício ou início da terapia sistêmica em até 12 semanas da cirurgia., Por fim, recomendamos que os procedimentos de maior complexidade, incluindo cirurgia multivisceral e ressecções associadas, sejam concentrados em equipes experientes, e que a esplenectomia seja seletiva, preservando-se o baço quando oncológicamente seguro. A própria proposta comparativa da SBCO destaca a preservação esplênica e a concentração desses casos complexos em centros de referência., Em síntese, a SBCO manifesta-se favoravelmente à aprovação do PCDT, recomendando que a versão definitiva avance de uma diretriz predominantemente definidora das modalidades terapêuticas para uma linha de cuidado que explicita também onde realizar, por quem realizar e como medir a qualidade do tratamento cirúrgico do adenocarcinoma gástrico no SUS.	