

Contribuições da Consulta Pública - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama - 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	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não ,
19/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
20/08/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Neste momento considero completa.	Considero que seja positiva a proposta.
20/08/2026	Interessado no tema	Muito boa	não	não
20/08/2026	Profissional de saúde	Muito boa	A inclusão de tecnologia, vai trazer acesso ao tratamento mais eficaz.	Salvar vidas é nosso propósito
20/08/2026	Paciente	Muito boa	relatório perfeito	tenho 31 anos e o meu caso é: - C50.9 Neoplasia maligna da mama, não especificado (Câncer de Mama SOE, no momento estou precisando do PERTUZUMABE para o tratamento e o mesmo não tem no SUS
20/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
20/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	relatório perfeito	amiga de 31 anos com C50.9 Neoplasia maligna da mama, não especificado (Câncer de Mama SOE) no momento necessita de PERTUZUMABE e no SUS não tem
20/08/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
20/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	relatório perfeito	Minha irmã com 31 anos com C50.9 Neoplasia maligna da mama, não especificado (Câncer de Mama SOE) no momento necessita de PERTUZUMABE e no SUS não tem
20/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não, relatório perfeito.	Minha filha de 31 anos, com C50.9 Neoplasia maligna da mama, não especificado (Câncer de Mama SOE) no momento necessita de PERTUZUMABE e no SUS não tem.
20/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Considero muito importante a atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama. Como familiar de uma paciente, acredito que a atualização das recomendações pode contribuir para que as pacientes tenham acesso a tratamentos mais adequados, seguros e baseados nas evidências científicas mais atuais. É fundamental que o SUS ofereça as melhores opções disponíveis, garantindo tratamento adequado e mais qualidade de vida às pacientes.	Gostaria de reforçar a importância de garantir que as pacientes com câncer de mama tenham acesso ao diagnóstico, aos exames e ao tratamento adequado de forma rápida e igualitária pelo SUS. O tempo é muito importante nesses casos, e a atualização do protocolo pode contribuir para melhorar a qualidade do atendimento e as chances de um melhor resultado no 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?
20/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Muito bom	amiga de 31 anos com C50.9 Neoplasia maligna da mama, não especificado (Câncer de Mama SOE) no momento necessita de PERTUZUMABE e no SUS não tem
20/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Relatório perfeito	Amiga de 31 anos com C50.9 Neoplasia maligna da mama, não especificado (Câncer de mama SOE) no momento necessita de PERTUZUMABE e no SUS não tem
20/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Relatório perfeito	Amiga de 31 anos com C50.9 Neoplasia maligna da mama, não especificado (Câncer de Mama SOE) no momento necessita de PERTUZUMABE e no SUS não tem
20/08/2026	Profissional de saúde	Muito boa	exemplo:, , Sim. Sugiro que o texto contemple de forma mais clara a importância do acompanhamento multiprofissional do paciente com câncer de mama, incluindo atenção aos aspectos psicológicos, emocionais e sociais, além do tratamento clínico, considerando os impactos do diagnóstico e do tratamento na qualidade de vida.	Neste momento não.
20/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Relatório perfeito	amiga de 31 anos com C50.9 Neoplasia maligna da mama, não especificado (Câncer de Mama SOE) no momento necessita de PERTUZUMABE e no SUS não tem
20/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Dar opção de remover a mama inteira (mastectomia),,	Analisando que há altos índices de volta de câncer de mama com a remoção conservadora seguida de radioterapia, deve-se mudar esse protocolo pelo sus, primeiramente deve ser oferecida a mastectomia ou a conservadora, mas não excluir algo que promete alto índices de solucionar o problema, pois se voltar o câncer há um grande aumento de despesa para o erário publico
21/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Relatório perfeito	Amiga de 31 anos com c50.9 neoplasia maligna da mama, não especificado (câncer de mama SOE)., No momento necessita de PERTUZUMABE e no SUS não tem.
21/08/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
21/08/2026	Interessado no tema	Muito boa	Relatório perfeito.	amiga de 31 anos com C50.9 Neoplasia maligna da mama, não especificado (Câncer de Mama SOE) no momento necessita de PERTUZUMABE e no SUS não tem
23/08/2026	Interessado no tema	Boa	Nao	Nao
23/08/2026	Interessado no tema	Boa	Esse protocolo deve ser incluído no sus	Esse protocolo deve ser incluso no sus
24/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Apenas desejo que seja aprovado, irá ajudar muitos brasileiros.	Nao
24/08/2026	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?
29/08/2026	Paciente	Boa	Será de tamanha serventia a classe baixa ter aceso, , a esse tipo de tratamento, pois vejo muitas mulheres tendo reincidência no caso de câncer de mama.. Sei pq faço quimio.	A divulgação foi enorme em relação a imunoterapia que seria ofertada no sus., Porém pouquíssimo foi dito em relação que teria essa pesquisa pública
29/08/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Rede pública	Urgência neste caso
02/09/2026	Paciente	Boa	Não	Não
03/09/2026	Paciente	Muito boa	NAO	NAO
03/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	"Dentro do item 7 ABORDAGEM COMPLEMENTAR, gostaria de sugerir a inclusão de ""Tratamentos Complementares"" (também chamados de oncologia integrativa). Eles são grandes aliados no combate ao câncer de mama. Eles não substituem o tratamento convencional (como cirurgia, quimioterapia e radioterapia), mas servem para aliviar os efeitos colaterais, reduzir o estresse e melhorar drasticamente a qualidade de vida da paciente. , 1 - Laserterapia (Fotobiomodulação) tem sido muito utilizada pelos pacientes, durante toda a fase de quimioterapia, devido as feridas na boca, em decorrência dos efeitos colaterais da quimioterapia. A laserterapia reduz as feridas e aftas na boca causadas por certos tipos de quimioterapia, aliviando a dor e ajudando a paciente a conseguir se alimentar., 2 - Acompanhamento Psicológico (Psico-oncologia). O diagnóstico de câncer de mama mexe profundamente com a identidade, a autoestima e o emocional da mulher. O psicólogo especializado ajuda a:Processar o diagnóstico: Auxilia a lidar com o medo do futuro, a ansiedade e a tristeza, evitando que evoluam para quadros depressivos graves. Fortalecer a resiliência: Ensina estratégias emocionais e cognitivas para enfrentar as mudanças físicas (como a queda de cabelo ou a mastectomia). Apoiar a rede de apoio: Orienta a família sobre como acolher a paciente sem sobrecarregá-la., 3 - Acupuntura. Excelente para reduzir os enjoos da quimioterapia, dores articulares da hormonioterapia e ondas de calor., "	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?
03/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	**CONTRIBUIÇÃO INSTITUCIONAL DO CRIO À CONSULTA PÚBLICA DO PCDT DE CÂNCER DE MAMA**, , O **CRIO – Centro Regional Integrado de Oncologia** manifesta-se favoravelmente à atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama, particularmente pela incorporação de estratégias capazes de reduzir o risco de recorrência em pacientes tratadas com intenção curativa. A presente atualização decorre, entre outros motivos, da incorporação do **abemaciclibe para câncer de mama precoce RH positivo, HER2 negativo, linfonodo positivo e com alto risco de recorrência**, conforme Portaria SECTICS/MS nº 88/2025. , , Entendemos, entretanto, que alguns aspectos do texto podem ser aprimorados para aumentar a objetividade da indicação, reduzir heterogeneidade de interpretação entre os serviços e facilitar sua adequada implementação no SUS., , ### 1. Necessidade de definição mais objetiva dos critérios de alto risco, , O PCDT estabelece que a indicação dos inibidores de CDK4/6 no cenário inicial RH+/HER2- deve considerar fatores como comprometimento linfonodal, especialmente quatro ou mais linfonodos positivos ou um a três linfonodos associados a outros fatores de risco, tumor ?5 cm, grau histológico 3 e índice proliferativo elevado, quando disponível. , , Consideramos importante que esses critérios sejam apresentados de forma inequívoca, preferencialmente em quadro específico de elegibilidade para o abemaciclibe. Termos como “fatores de alto risco” e “Ki-67 elevado” podem gerar interpretações diferentes entre CACON, UNACON, gestores e auditorias., , Sugerimos, portanto, explicitar de forma objetiva quais combinações de tamanho tumoral, grau histológico e comprometimento linfonodal definem a população elegível, bem como esclarecer que o **Ki-67 não deve constituir requisito isolado ou obrigatório quando os demais critérios clínico-patológicos de alto risco estiverem presentes**, caso esse seja o entendimento adotado pelo Ministério da Saúde., , Há ainda potencial inconsistência com o Quadro 6 do próprio PCDT, no qual pacientes RH+/HER2- com um a três linfonodos positivos são classificadas como risco intermediário, enquanto o texto específico dos inibidores de CDK4/6 admite parte dessa população como alto risco quando associados outros fatores prognósticos. Recomendamos harmonizar essas definições para evitar dúvidas na prática assistencial., , ### 2. Clareza quanto ao momento de início e duração do tratamento, , O documento estabelece que pacientes que tenham iniciado a terapia endócrina adjuvante há até um ano ainda podem iniciar o abemaciclibe e que o tratamento deve ser associado à hormonioterapia, após conclusão de quimioterapia e radioterapia quando indicadas, mantendo-se por dois anos. , , Consideramos adequada essa orientação, mas sugerimos que o PCDT esclareça explicitamente como proceder em situações frequentes da prática clínica, como atrasos de acesso ao medicamento, início da hormonioterapia antes da disponibilização do abemaciclibe e interrupções temporárias por toxicidade. Essa padronização reduziria negativas administrativas baseadas em interpretações distintas do protocolo., , ### 3. Individualização terapêutica dentro da classe dos inibidores de CDK4/6, , O próprio PCDT reconhece, no cenário metastático,	Não, era isso, obrigado.

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?
			que abemaciclibe, palbociclibe e ribociclibe pertencem à mesma classe terapêutica e que não há evidência consistente de superioridade clínica de um agente sobre outro nesse contexto. O documento também admite tecnicamente a substituição entre os medicamentos da classe, desde que sejam preservados indicação, cenário clínico, terapia endócrina apropriada e tolerabilidade individual. , , Esse conceito é relevante também do ponto de vista assistencial. Os diferentes inibidores de CDK4/6 apresentam esquemas de administração e perfis de toxicidade distintos, o que pode influenciar adesão, necessidade de monitorização e adequação do tratamento às comorbidades de cada paciente., , O CRIO possui experiência prévia com **27 pacientes tratadas com ribociclibe no cenário metastático entre novembro de 2022 e dezembro de 2025**, por meio de programa de acesso da indústria. Algumas permaneceram em tratamento durante 2026, e uma segue recebendo a medicação. Com o encerramento do programa, pacientes que ainda necessitavam de inibição de CDK4/6 precisaram migrar para palbociclibe por motivo de disponibilidade, e não necessariamente por progressão ou toxicidade., , Essa experiência reforça a importância da **individualização da escolha terapêutica** e da disponibilidade de alternativas dentro da classe, sempre respeitando as indicações formalmente incorporadas ao SUS., , ### 4. Importância da atualização tempestiva do PCDT, , O próprio documento esclarece que tecnologias em avaliação pela Conitec poderão ser incorporadas em versões subsequentes do PCDT. , , Consideramos particularmente importante que esse processo de atualização seja ágil, sobretudo em áreas de rápida evolução científica, como o tratamento adjuvante do câncer de mama RH+/HER2-. A disponibilidade futura de outras alternativas da classe dos inibidores de CDK4/6 pode ampliar a população beneficiada, permitir escolhas de acordo com diferentes perfis de toxicidade e estimular maior competição entre fornecedores., , A existência de mais de uma alternativa terapêutica dentro da mesma classe pode também favorecer **negociação de preços e maior sustentabilidade econômica**, além de reduzir situações em que mudanças de tratamento ocorram exclusivamente por encerramento de programas temporários de acesso., , ### Conclusão, , O CRIO apoia a incorporação do abemaciclibe ao tratamento adjuvante do câncer de mama RH+/HER2- de alto risco e entende que sua inclusão no PCDT representa avanço relevante para pacientes tratadas com intenção curativa., , Sugerimos, contudo, que a versão final do Protocolo:, , * apresente critérios de alto risco de forma mais objetiva e harmonizada, , * esclareça o papel do Ki-67 na elegibilidade, , * detalhe situações práticas relacionadas ao momento de início, duração e interrupções do tratamento, , * reconheça a importância da individualização dentro da classe dos inibidores de CDK4/6, e, * mantenha mecanismo de atualização tempestiva diante de novas incorporações da Conitec., , Esses ajustes podem contribuir para maior uniformidade de aplicação do PCDT, reduzir barreiras administrativas e ampliar a efetividade da incorporação na prática assistencial do SUS., , **CRIO – Centro Regional Integrado de Oncologia**, Fortaleza – Ceará	

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	Paciente	Boa	Não	Não
06/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	não	não
06/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	O GRUPAR-BR considera muito importante a atualização do PCDT do câncer de mama, pois ele orienta o cuidado no SUS e pode contribuir para reduzir desigualdades no diagnóstico e no tratamento., Para quem vive com câncer, tempo e acesso fazem diferença. Por isso, é fundamental que o protocolo garanta não apenas o tratamento adequado, mas também diagnóstico oportuno, acesso aos exames necessários, cuidado multiprofissional, apoio psicológico, reabilitação e acompanhamento contínuo., É essencial ainda considerar as desigualdades regionais, sociais, raciais e econômicas, para que o local onde a pessoa vive ou sua condição financeira não determine suas chances de receber um cuidado adequado., Mais do que organizar condutas clínicas, o PCDT deve ajudar a garantir uma jornada de cuidado humanizada, integral e equitativa para todas as pessoas atendidas pelo SUS.,	O GRUPAR-BR considera muito relevante que o SUS amplie o acesso às tecnologias incorporadas para o câncer de mama, como o abemaciclibe, a PET-CT e o sequenciamento de nova geração para BRCA1/2, nas indicações avaliadas pela Conitec., Para o paciente, uma nova tecnologia não representa apenas um medicamento ou exame. Pode significar diagnóstico mais preciso, tratamento mais adequado, redução do risco de progressão ou recorrência e, principalmente, a possibilidade de viver mais e com melhor qualidade de vida., Também é fundamental garantir que essas tecnologias estejam disponíveis de forma oportuna em todas as regiões do país. Incorporar ao SUS é um passo importante, mas a verdadeira incorporação acontece quando o paciente consegue acessar a tecnologia no momento em que precisa., Esperamos que a decisão final considere, além das evidências científicas, a realidade de qu,

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	Regular	Não.	"Consulta Pública nº 86/09/2026, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Câncer de Mama, Está aberta a Consulta Pública nº 87/2026 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama que se estende até 08/09/2026, Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) são documentos baseados em evidências científicas, que visam a garantir as melhores práticas para o diagnóstico, tratamento e monitoramento dos pacientes no âmbito do SUS. Podem ser utilizadas como materiais educativos aos profissionais de saúde, auxílio administrativo aos gestores, regulamentação da conduta assistencial perante o Poder Judiciário e explicitação de direitos aos usuários do SUS. , As PCDTs são as diretrizes de tratamento recomendadas e disponíveis no SUS. Elas representam as práticas incorporadas pelo SUS e por isso a participação popular na consulta pública é muito importante., A nova PCDT consolida incorporações recentes e avanços importantes que reduzem as disparidades entre a Saúde Suplementar (planos de saúde) e o SUS na assistência e tratamento das pacientes com câncer de mama. Entretanto, a rápida evolução tecnológica da área e a lentidão de resposta do SUS a incorporação de novas tecnologias se traduz em uma defasagem constante entre as melhores práticas disponíveis e as oferecidas. O alto custo das novas tecnologias e a defasagem da tabela nacional de procedimentos em saúde do SUS também contribuem sobremaneira a restrição de incorporação. Estudos de custo-efetividade e custo-utilidade nesse cenário são subestimados e muitas vezes inconsistentes., A nova PCDT avança ao consolidar o rastreamento mamográfico do câncer de mama a partir dos 40 anos, em decisão compartilhada, estendendo-se até os 74 anos. A incorporação da Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT) para casos inconclusivos de metástases de câncer de mama por exames de imagem e o Sequenciamento de Nova Geração (NGS) para detecção de mutações patogênicas de BRCA 1 e 2 em pacientes diagnosticadas com câncer de mama, tecnologias disponíveis na Saúde Suplementar há uma década, são ações importantes no sentido de mais igualdade., Avanços importantes no manejo cirúrgico, em especial nas indicações de neoadjuvância e tratamento cirúrgico pós neoadjuvância foram incorporadas. Práticas cirúrgicas conservadoras como a biópsia de linfonodo sentinela e a cirurgia conservadora de mama foram consolidadas., Em relação as medicações para tratamento do câncer de mama, tecnologias importantes foram incorporadas. A disponibilização de novas medicações como Inibidores de Ciclinas, Trastuzumabe entansina e Pertuzumabe, para situações clínicas

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?
				específicas, traz perspectivas de melhor sobrevida livre de doença para pacientes não metastáticas e controle para as metastáticas., Entretanto, muitos avanços não foram contemplados. Pacientes de alto risco de câncer de mama seguem sem uma diretriz específica para prevenção, rastreamento, cirurgia redutora de risco e tratamento. O carcinoma ductal in situ segue renegado. Até o presente momento o Ministério da Saúde e a CONITEC não publicaram nenhuma PCDT sobre o tema., , A reconstrução mamária pós mastectomia continua, de certa forma, negligenciada. Realmente, a reconstrução mamária pode ser imediata ou tardia. Porém, a reconstrução imediata deve ser sempre preferencial. Ao considerar que “o processo decisório deve considerar a disponibilidade da técnica no centro de referência e a cirurgia da mama contralateral para “simetrização” estética dependente de fatores regulatórios locais”, a PCDT desestimula o acesso a reconstrução imediata e favorece centros que não se preocupam em oferecê-la., Ainda em relação as práticas cirúrgicas, embora a omissão da cirurgia axilar seja uma realidade internacional e adotada com diferentes critérios em diversos centros internacionais, o tema não foi abordado., Testes prognósticos genômicos continuam sem incorporação o que traz prejuízos importantes as pacientes. Esses testes evitam que muitas pacientes se submetam a quimioterapia desnecessária. O Ministério da Saúde e a CONITEC deveriam ter especial atenção e prioridade na avaliação desse tema. Testes genéticos prognósticos são rotina incorporada em diversos países e sistemas de saúde públicos como Canadá., Em relação as medicações, ainda temos muito a avançar no tratamento dos cânceres de mama triplo negativo, HER 2 positivo e BRCA 1 e 2 positivos. Medicações importantes nesses cenários seguem sem incorporação., Celebramos a nova PCDT que avança na redução de disparidades e desigualdades entre SUS e Saúde Suplementar. Ressaltamos a necessidade do SUS responder mais rapidamente as inovações tecnológicas e as demandas da população em relação as melhores práticas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pacientes com câncer de mama., , Henrique Lima Couto, Presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia Regional Minas Gerais, "
07/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Nao	Nao
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/09/2026	Profissional de saúde	Boa	1. Câncer de mama triplo-negativo estágio II–III, O PCDT aborda o pembrolizumabe de forma ainda limitada. Entretanto, os principais guidelines já consideram, para pacientes elegíveis, quimioterapia neoadjuvante contendo paclitaxel, carboplatina e pembrolizumabe, seguida de antraciclina/ciclofosfamida com pembrolizumabe e continuidade pós-operatória, com base no KEYNOTE-522. A análise final do KEYNOTE-522 demonstrou também benefício em sobrevida global. , , 2. Fulvestranto no câncer RH+/HER2? avançado, Existe aparente inconsistência interna: o PCDT apresenta fulvestranto **500 mg** nos esquemas de primeira linha, mas descreve **250 mg** como opção de segunda linha, reconhecendo simultaneamente menor eficácia dessa dose. Esse trecho merece harmonização, inclusive quanto ao esquema de ataque e manutenção utilizado nas evidências contemporâneas., , 3. Supressão da função ovariana, Sugiro atenção à redação que restringe excessivamente a intensificação endócrina por idade, quimioterapia prévia ou duração fixa reduzida. Os estudos SOFT/TEXT demonstram que a decisão deve considerar principalmente o risco de recorrência e utilizaram supressão ovariana associada ao tratamento endócrino por períodos mais prolongados., , 4. Doença HER2-positiva precoce, O esquema paclitaxel-trastuzumabe possui evidência particularmente sólida para doença inicial de baixo risco e linfonodo-negativa, não deve ser interpretado como estratégia universal para toda doença HER2-positiva localizada. Os estudos diferenciam expressamente doença estágio I/axila negativa de doença estágio II–III e doença residual pós-neoadjuvância, para a qual T-DM1 constitui estratégia distinta., , 5. BRCA1/2 e tratamento direcionado, Considerando a recente incorporação do NGS para identificação de variantes BRCA1/2 no SUS, parece pertinente explicitar no próprio protocolo as implicações terapêuticas de um resultado positivo e distinguir diagnóstico molecular de disponibilidade terapêutica. A Conitec registrou em 2026 a incorporação do NGS para BRCA1/2.	Minha principal observação é que o documento poderia distinguir, de maneira sistemática, três situações: , (a) tratamento sem evidência suficiente, (b) tratamento com evidência clínica consolidada, mas ainda não incorporado ao SUS, (c) tratamento efetivamente disponível no SUS. , Essa separação aumentaria a precisão científica do PCDT e reduziria o risco de interpretação equivocada pelos profissionais assistenciais.,
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Sugiro incluir critérios mais objetivos de rastreamento para mulheres de alto risco (como histórico familiar e lesões precursoras), já que o texto não trata esse tema a ser discutido nesta oportunidade., Sugiro também definir o fluxo de cuidado após o exame de BRCA1/2 positivo — o protocolo já reconhece essa lacuna, mas não apresenta solução., Sugiro ainda a criação de um mecanismo formal de atualização periódica do PCDT, de modo a permitir a incorporação ágil de novas tecnologias diagnósticas, de estadiamento e terapêuticas relacionadas ao câncer de mama, assim como das respectivas recomendações de uso no SUS.	Melhor esclarecimento sobre os prazos e fluxos assistenciais para regulação (referido no item 11 do documento PCDT: “Regulação, Gestão e Controle”, sobre o funcionamento do acesso da paciente ao tratamento no SUS, desde autorização de exames, fluxo de encaminhamento, etc.), visto que os atrasos no acesso ao apropriado estadiamento e início do tratamento sistêmico impactam diretamente sobre o prognóstico., A efetividade do PCDT dependerá também de sua implementação em todo o país. Seria ideal monitorar as desigualdades regionais no acesso ao diagnóstico, estadiamento e tratamento oportunos.

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	Profissional de saúde	Muito boa	Iniciar rastreamento anual em todas as mulheres a partir dos 40 anos.	"Acrescentar descarga papiçar em água de rocha no campo, ""A recomendação atual é que os seguintes sinais e sintomas sejam considerados como de referência urgente para serviços de diagnóstico mamário: "" , "

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	Profissional de saúde	Boa	MINUTA DE EMENDA / CONTRIBUIÇÃO FORMAL, , À Comissão de Consulta Pública do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Câncer de Mama, , 1. Identificação do Proponente, , Nome/Instituição: Dr. Ricardo Alcântara da Silva (CRM-MG 43.173 RQE nº 25894 e RQE nº 25895) – Mastologista, Responsável Técnico pelo Grupo de Atenção à Mama (PROMAMA) do Hospital Dilson Godinho e Atuação em Regiões de Saúde do Norte de Minas Gerais., , Objeto da Consulta Pública: Atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Câncer de Mama no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)., , 2. Justificativa Técnica e Científica, , A presente contribuição tem por escopo aprimorar o texto do PCDT do Câncer de Mama, incorporando premissas fundamentais voltadas à realidade assistencial brasileira, em especial às regiões de vazios assistenciais e alta vulnerabilidade social, a exemplo do Norte de Minas Gerais. O alinhamento das diretrizes clínicas com a prática oncológica avançada e descentralizada é medida imperativa para assegurar a efetividade dos princípios constitucionais e legais do SUS, notadamente a integralidade, a equidade, a universalidade e a continuidade do cuidado., , Fundamenta-se na necessidade de desburocratizar e otimizar os fluxos de rastreamento, diagnóstico precoce, confirmação histopatológica/imunohistoquímica oportuna, além de garantir o acesso desimpedido às terapias sistêmicas inovadoras e à cirurgia oncológica com suporte de reconstrução mamária imediata (oncoplástica), mitigando disparidades regionais e assegurando a dignidade da pessoa humana., , 3. Proposta de Alteração / Inclusão de Texto no PCDT, , Item / Seção do PCDT, , Texto Vigente / Proposto Original, , Proposta de Emenda / Redação Sugerida, , , Diretrizes de Acesso e Linha de Cuidado, , Diretrizes gerais de encaminhamento sem especificação de prazos e fluxos integrados para regiões remotas., , Incluir diretriz expressa de articulação interfederativa obrigatória e estruturação de redes regionalizadas de referência e contrarreferência para o rastreamento, diagnóstico e tratamento imediato do câncer de mama, garantindo tempo-resposta ágil entre a suspeita diagnóstica e o início da terapêutica oncológica especializada., , Diagnóstico e Confirmação Anatomo-patológica, , Previsão genérica de exames de biópsia e imunohistoquímica., , Especificar a obrigatoriedade de cobertura e descentralização de testes imunohistoquímicos de alta complexidade e exames de patologia avançada, viabilizando o diagnóstico preciso e subcaraterização molecular célere nos centros de referência regionais., , Abordagem Cirúrgica e Reconstrução Mamária, , Previsão restrita da cirurgia conservadora ou radical padrão., , Assegurar formalmente o direito à cirurgia oncoplástica e reconstrução mamária imediata e/ou tardia no âmbito da rede pública de saúde, executada por equipe especializada, visando à reabilitação integral física e psíquica da paciente., , 4. Considerações Finais, , A incorporação das presentes sugestões consolida o compromisso do Ministério da Saúde com a melhoria contínua da qualidade assistencial, assegurando que as diretrizes terapêuticas reflitam as reais necessidades epidemiológicas e operacionais da oncologia brasileira., , Colocamo-nos à inteira disposição para o	"Com base na análise do relatório preliminar do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Câncer de Mama de 2026 (Ministério da Saúde / Conitec), somada ao histórico de estruturação de redes assistenciais de alta complexidade, capilaridade regional (como o programa de atenção à mama e a atuação no Norte de Minas) e diretrizes de governança participativa, elaboramos a seguinte interpretação crítica e proposta estruturada com foco em redução da mortalidade. , , ?1. Interpretação e Diagnóstico da Proposta Atual (PCDT 2026) ?Avanços Tecnológicos Incorporados: O documento reflete um marco importante ao absorver novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas de ponta no âmbito do SUS, como o Abemaciclibe para doença precoce de alto risco, a PET-CT para investigação de metástases em casos equívocos e o Sequenciamento de Nova Geração (NGS) para detecção de mutações nos genes BRCA1/2. , , ?Gargalos Estruturais Identificados: Embora o PCDT avance na precisão biológica e terapêutica, a jornada da paciente no SUS ainda enfrenta severas barreiras operacionais: ?Fragmentação do Cuidado: O percurso entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a alta complexidade é marcado por longas esperas e múltiplos encaminhamentos descentralizados, o que eleva o tempo até o diagnóstico definitivo e o início do tratamento. ?Subutilização da Especialidade Médica: O mastologista , profissional central na tomada de decisão diagnóstica, cirúrgica e prognóstica ,frequentemente atua de forma isolada na ponta pontual do tratamento cirúrgico, sem prerrogativas formais de coordenação ou gestão de fluxo ao longo da linha de cuidado. ?2. Propostas Factíveis de Valorização Profissional e Governança Clínica , , ?Para que a incorporação tecnológica do PCDT 2026 se traduza em ganhos reais de sobrevida e eficiência para o SUS, propõe-se a estruturação do Mastologista como Navegador e Gestor do Tratamento e Acompanhamento, ancorado nos seguintes eixos estruturantes:, , ?Eixo 1: Institucionalização do Mastologista como ""Médico Navegador"" (Case Manager), , ?Atribuição Formal de Governança: Estabelecer diretrizes operacionais e normativas que confirmem ao mastologista a função de navegador clínico desde a suspeita diagnóstica na APS até a conclusão do tratamento adjuvante ou paliativo. ?Redução do Tempo Porta-Diagnóstico-Tratamento: O mastologista navegador assume a governança sobre a priorização de biópsias percutâneas, exames imunohistoquímicos e painéis genéticos (NGS), reduzindo o peregrinar da paciente entre diferentes serviços e eliminando repetições desnecessárias de exames. , , ?Eixo 2: Valorização Profissional e Integração Interfederativa (Modelo Regionalizado), , ?Reconhecimento 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?
			aprofundamento do debate técnico e científico em prol da saúde pública e do bem-estar das pacientes acometidas pelo câncer de mama., , ,	Papéis Estratégicos: Vinculação da atuação do mastologista especialista não apenas à assistência pontual, mas à coordenação técnica regional, integrando redes de referência (a exemplo de polos assistenciais de grande abrangência regional, como os estruturados no interior de Minas Gerais). , , ?Incentivos e Remuneração Baseada em Desfechos e Linha de Cuidado: Proposta de remuneração ou gratificação por produtividade qualificada e eficiência de linha de cuidado, reconhecendo o impacto econômico e social da detecção precoce e da adesão rigorosa aos protocolos de alta complexidade. , , ?Eixo 3: Protocolos de Decisão Compartilhada e Suporte Multiprofissional Integrado, , ?Ampla Articulação com a APS e Oncologia Clínica: Fortalecer o papel do especialista como elo formativo e regulador junto aos médicos de família na APS, otimizando os critérios de encaminhamento urgente descritos no PCDT. ?Inserção de Núcleos de Apoio Abrangentes: Garantir que a atuação do mastologista esteja respaldada por equipes multiprofissionais integradas (psicologia, enfermagem navegadora, fisioterapia e reabilitação, além de suporte em saúde mental), garantindo acolhimento integral à mulher e mitigando o abandono terapêutico. ? "
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Grande necessidade de aprovação para o tratamento adequado das mulheres com câncer de mama
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
07/09/2026	Profissional de saúde	Boa	'-	'-
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	O câncer de mama hoje é um problema de saude pública no Brasil. Muitas mulheres a cada ano estao sofrendo com novos diagnósticos. As tecnologias avançaram muito e o tratamento no sus continua estacionando e privando mulheres de se curarem ou mesmo de terem mais tempo e qualidade de vida nos tratamentos nao curativos.	É vexatório, frustrante para o oncologista especializado em câncer de mama hoje, trabalhar no sus e não conseguir oferecer as melhores opções terapeuticas aos pacientes sbendo que existem e estao disponiveis no privado.
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	1	1
07/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	1	1
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Nao

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Sem alteração	Sem comentários
07/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Atualizar a classificação de risco de recorrência, ainda baseada em St. Gallen 2007/2013, inadequada para um PCDT de 2026. file.pdf, 2. Corrigir a inconsistência sobre pertuzumabe neoadjuvante HER2+: o corpo afirma que não foi incorporado, enquanto o próprio histórico do documento cita Portaria SCTIE/MS nº 12/2026. file.pdf, 3. Restringir corretamente a indicação de paclitaxel + trastuzumabe (TH): o texto generaliza o esquema para “câncer de mama localizado HER2+”, quando deveria definir a população de menor risco para a qual essa estratégia é apropriada. file.pdf, 4. Rever a indicação de quimioterapia por “resistência hormonal” no metastático RH+/HER2?: resistência endócrina isolada não deve ser equiparada à crise visceral nem determinar automaticamente quimioterapia. file.pdf, 5. Tornar o capítulo de cuidados paliativos mais operacional, incluindo critérios objetivos para avaliação/encaminhamento especializado, já que o texto atual é conceitualmente bom, mas pouco orientador para a prática.	Acima
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não.	Não.
07/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	1	1
07/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Ótima atribuição para a sociedade essa pesquisa	Muito boa a pesquisa
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não.	Não.
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	não	Imoerantante trabalharmos sempre com as melhores evidências para oferecer o melhor tratamento para a população
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	1	1
07/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	.	.
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao,
07/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Não.	Não.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	""- Incluir menção da lei nº 12.732/2012, a qual determina que pacientes com câncer diagnosticado no Sistema Único de Saúde (SUS) devem iniciar o primeiro tratamento, seja cirurgia, quimioterapia ou radioterapia — em até 60 dias., , - Alterar item 8.1 Cirurgia, sub item Cirurgia Não Conservadora, Deixar claro a obrigatoriedade da realização da reconstrução mamária imediata (no mesmo ato cirúrgico), exceto quando não apresentar condições técnicas ou médicas (Lei 9.797/1999 e Lei 12.802/2013), e o direito da cirurgia de simetrização da mama contralateral (Lei 13.770/2018) - removendo a frase ""porém dependente de fatores regulatórios locais"" , não contemplada no texto da referida Lei. , "	vide item 11
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Sou a favor das diretrizes	Muito importante para as mulheres com câncer de mama
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	A atualização e padronização dos protocolos de tratamento são essenciais para sua otimização e sucesso em todo Brasil.
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Sugiro que o PCDT contemple o manejo das pacientes com câncer de mama que preencham critérios para investigação de predisposição hereditária, garantindo acesso à avaliação genética adequada., , Nos casos de identificação de variante germinativa patogênica ou provavelmente patogênica, especialmente em BRCA1/2, deve ser assegurado aconselhamento pós-teste e encaminhamento para acompanhamento específico, considerando as implicações terapêuticas, as estratégias de redução de risco e a avaliação dos familiares potencialmente em risco, incluindo testagem em cascata quando indicada., , Assim, sugiro que o PCDT:, , a) estabeleça o encaminhamento das pacientes com predisposição hereditária identificada para uma linha de cuidado específica, , , b) contemple a avaliação e o encaminhamento dos familiares potencialmente em risco, , , c) recomende a elaboração de diretriz específica do SUS para rastreamento, prevenção e manejo das pessoas com alto risco hereditário para câncer de mama.	.
07/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
07/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	nada a acrescentar	nada a acrescentar

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	Muito boa	Não.,	Sugerimos que o PCDT estabeleça mecanismos permanentes de monitoramento de mundo real, combinando indicadores clínicos e assistenciais com informações provenientes da experiência das pacientes. A participação das entidades de pacientes nesse processo pode auxiliar na identificação de barreiras e necessidades, na avaliação da efetividade das recomendações e na construção de soluções para problemas que não são integralmente captados pelos ensaios clínicos ou sistemas administrativos., Entendemos, portanto, que o próximo avanço do PCDT do Câncer de Mama deve estar na capacidade de transformar o conhecimento científico acumulado em acesso efetivo, tratamento oportuno e cuidado coordenado. Nesse sentido, a navegação de pacientes deve ser considerada uma ferramenta estratégica para aproximar a recomendação técnica da realidade do SUS, reduzindo perdas e atrasos e fortalecendo a continuidade do cuidado, além da reabilitação como fonte de reintegração e autonomia. Como entidade de pacientes, defendemos que o êxito do PCDT seja medido não apenas pela existência de recomendações baseadas em evidências, mas pela capacidade de garantir que cada paciente percorra sua jornada com menor fragmentação, maior segurança, informação, equidade, cuidado e qualidade de vida, desde a suspeita diagnóstica até o tratamento e o acompanhamento de longo prazo. Sugerimos que o PCDT oportunize a navegação como instrumento de gestão e inteligência da linha de cuidado, com definição de responsabilidades, critérios de elegibilidade, fluxos de encaminhamento e indicadores de desempenho. Entre os resultados passíveis de monitoramento estão o tempo entre suspeita e diagnóstico, diagnóstico e início do tratamento, realização de exames, comparecimento às consultas, continuidade terapêutica, interrupções, abandono e necessidades sociais identificadas durante a jornada. Dessa forma, a navegação deixa de ser compreendida exclusivamente como suporte individual e passa a constituir uma ferramenta para qualificar a gestão assistencial e produzir dados de mundo real capazes de orientar melhorias na política pública.,
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Deverá ser assegurado aconselhamento pós teste para as pacientes e familiares quando venha positivo além de ampliação de cirurgias redutoras de risco para pacientes	Ministerio da saude deve criar uma linha de cuidados para essas pacientes que tiverem o teste positivo e englobar familiares
07/09/2026	Profissional de saúde	Boa	No texto abaixo	No texto abaixo
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	.	.

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	Muito boa	Não	Não,

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Regular	"concordamos parcialmente — apoiamos a atualização e pedimos a inclusão dos pontos abaixo., , , Contribuição (texto para o campo principal do formulário), O Instituto Por Elas reúne médicas e pacientes com o objetivo de reduzir o intervalo entre o exame alterado e o tratamento do câncer de mama, com prioridade para mulheres em situação de vulnerabilidade. Reconhecemos o avanço do relatório preliminar — em especial a incorporação do rastreamento ampliado (50–74 anos e 40–49 por decisão compartilhada), da PET-CT, do NGS para BRCA1/2 e do abemaciclib — e apresentamos cinco contribuições voltadas ao que o protocolo ainda não regula: o percurso da paciente entre uma etapa e outra., , 1.? ?Prazos legais dentro do protocolo. O relatório afirma que a investigação deve ocorrer ""em tempo oportuno"", mas não incorpora os prazos já definidos em lei: até 30 dias para o laudo de exames diagnósticos após a suspeita (Lei 13.896/2019) e até 60 dias para o início do tratamento após o diagnóstico (Lei 12.732/2012). Pedimos que o PCDT (a) cite expressamente as duas leis, (b) defina os marcos de contagem (data da suspeita clínica ou do exame de imagem alterado, data do laudo histopatológico, data do primeiro tratamento), e (c) estabeleça esses intervalos como indicadores obrigatórios de monitoramento na seção de regulação, controle e avaliação. Sem marco de contagem, o prazo legal não é auditável — e o que não é medido não é cumprido., , 2.? ?Navegação de pacientes como componente do cuidado. O intervalo entre o BI-RADS 4 ou 5, a biópsia, o resultado da imuno-histoquímica e a primeira consulta em oncologia é o ponto em que mais mulheres se perdem no sistema. Pedimos que o PCDT reconheça a navegação de pacientes (por enfermeira, assistente social ou profissional treinado) como parte da linha de cuidado, com atribuições mínimas: contato ativo com a paciente após exame alterado, agendamento da biópsia, acompanhamento do laudo e encaminhamento regulado, com registro do desfecho. Há evidência consistente de que a navegação reduz o tempo até o diagnóstico e o abandono de seguimento, sobretudo em populações vulneráveis., , 3.? ?Reconstrução mamária e simetrização como direito, não como possibilidade. O relatório diz que a reconstrução ""pode ser imediata ou tardia"" e que a simetrização ""tem garantia legal, porém dependente de fatores regulatórios locais"". Pedimos que o texto (a) cite a Lei 9.797/1999 (reconstrução pelo SUS, imediata quando houver condições clínicas) e a Lei 12.802/2013 (simetrização da mama contralateral e reconstrução do complexo aréolo-papilar), (b) estabeleça que a paciente deve ser informada sobre esse direito antes da mastectomia, com registro em prontuário, e (c) determine que, quando a reconstrução imediata não for possível, a paciente seja inscrita em fila regulada com previsão de prazo, em vez de depender de ""fatores regulatórios locais"" — expressão que, na prática, autoriza a omissão., , 4.? ?Seção de seguimento e reabilitação (survivorship). O relatório não traz orientação sobre o cuidado após o término do tratamento. Pedimos a inclusão de uma seção específica com: periodicidade do seguimento clínico e da mamografia anual, avaliação e tratamento do linfedema e da limitação de amplitude do ombro, com acesso à fisioterapia,	Como médicas que atendem diariamente mulheres com câncer de mama em serviços públicos e privados de Pernambuco e da Bahia, observamos que a maior parte dos atrasos não ocorre dentro das etapas do tratamento, mas entre elas: entre a mamografia alterada e a biópsia, entre a biópsia e a primeira consulta oncológica, entre a mastectomia e uma reconstrução que muitas vezes nunca é oferecida. É nesse intervalo que o protocolo pode salvar mais vidas com menos recursos — organizando o percurso, e não apenas listando as tecnologias.,

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?
			atenção à saúde mental, à sexualidade e à fadiga relacionada ao câncer, orientação sobre preservação da fertilidade antes da quimioterapia em mulheres em idade reprodutiva, manejo dos efeitos da hormonioterapia prolongada (adesão, sintomas climatéricos, saúde óssea), e orientação sobre retorno ao trabalho e direitos previdenciários. Um protocolo que termina na última dose de tratamento deixa de fora anos de vida da mulher que o SUS tratou., , 5.? ?Informação em linguagem acessível e decisão compartilhada. A decisão compartilhada para o rastreamento entre 40 e 49 anos, a escolha entre cirurgia conservadora e mastectomia, a opção pela reconstrução e a aceitação da hormonioterapia dependem de a mulher entender o que está sendo proposto. Pedimos que o PCDT (a) inclua um termo de esclarecimento em linguagem simples, com versão para a paciente, (b) preveja material informativo padronizado sobre sinais de alerta, direitos e fluxo de atendimento, distribuível pela Atenção Primária, e (c) reconheça as organizações de pacientes como parceiras na produção e na difusão desse material., , Colocamo-nos à disposição da Conitec e da CGPCDT para colaborar na redação da seção de seguimento e reabilitação e na definição dos indicadores de tempo., , Instituto Por Elas — Recife, setembro de 2026 Diretoria: Carolina Fontes de Teive e Argolo Gonçalves (Presidente), Beatriz Medicis Maranhão Miranda (Diretora Administrativo-Financeira), Ana Beatriz Medeiros Lins de Albuquerque Tavares (Diretora Técnico-Científica), "	

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	Profissional de saúde	Muito boa	, muitos avanços não foram contemplados. Pacientes de alto risco de câncer de mama, seguem sem uma diretriz específica para prevenção, rastreamento, cirurgia redutora de risco e, tratamento. O carcinoma ductal in situ segue renegado. Até o presente momento o Ministério, da Saúde e a CONITEC não publicaram nenhuma PCDT sobre o tema., A reconstrução mamária pós mastectomia continua, de certa forma, negligenciada. Realmente,, a reconstrução mamária pode ser imediata ou tardia. Porém, a reconstrução imediata deve ser, sempre preferencial. Ao considerar que “o processo decisório deve considerar a disponibilidade, da técnica no centro de referência e a cirurgia da mama contralateral para “simetrização” estética, dependente de fatores regulatórios locais”, a PCDT desestimula o acesso a reconstrução, imediata e favorece centros que não se preocupam em oferecê-la., Ainda em relação as práticas cirúrgicas, embora a omissão da cirurgia axilar seja uma realidade, internacional e adotada com diferentes critérios em diversos centros internacionais, o tema não, foi abordado., Testes prognósticos genômicos continuam sem incorporação o que traz prejuízos importantes as, pacientes. Esses testes evitam que muitas pacientes se submetam a quimioterapia desnecessária., O Ministério da Saúde e a CONITEC deveriam ter especial atenção e prioridade na avaliação desse, tema. Testes genéticos prognósticos são rotina incorporada em diversos países e sistemas de, saúde públicos como Canadá., Em relação as medicações, ainda temos muito a avançar no tratamento dos cânceres de mama, triplo negativo, HER 2 positivo e BRCA 1 e 2 positivos. Medicações importantes nesses cenários, seguem sem incorporação., Celebramos a nova PCDT que avança na redução de disparidades e desigualdades entre SUS e, Saúde Suplementar. Ressaltamos a necessidade do SUS responder mais rapidamente as, inovações tecnológicas e as demandas da população em relação as melhores práticas	, muitos avanços não foram contemplados. Pacientes de alto risco de câncer de mama, seguem sem uma diretriz específica para prevenção, rastreamento, cirurgia redutora de risco e, tratamento. O carcinoma ductal in situ segue renegado. Até o presente momento o Ministério, da Saúde e a CONITEC não publicaram nenhuma PCDT sobre o tema., A reconstrução mamária pós mastectomia continua, de certa forma, negligenciada. Realmente,, a reconstrução mamária pode ser imediata ou tardia. Porém, a reconstrução imediata deve ser, sempre preferencial. Ao considerar que “o processo decisório deve considerar a disponibilidade, da técnica no centro de referência e a cirurgia da mama contralateral para “simetrização” estética, dependente de fatores regulatórios locais”, a PCDT desestimula o acesso a reconstrução, imediata e favorece centros que não se preocupam em oferecê-la., Ainda em relação as práticas cirúrgicas, embora a omissão da cirurgia axilar seja uma realidade, internacional e adotada com diferentes critérios em diversos centros internacionais, o tema não, foi abordado., Testes prognósticos genômicos continuam sem incorporação o que traz prejuízos importantes as, pacientes. Esses testes evitam que muitas pacientes se submetam a quimioterapia desnecessária., O Ministério da Saúde e a CONITEC deveriam ter especial atenção e prioridade na avaliação desse, tema. Testes genéticos prognósticos são rotina incorporada em diversos países e sistemas de, saúde públicos como Canadá., Em relação as medicações, ainda temos muito a avançar no tratamento dos cânceres de mama, triplo negativo, HER 2 positivo e BRCA 1 e 2 positivos. Medicações importantes nesses cenários, seguem sem incorporação., Celebramos a nova PCDT que avança na redução de disparidades e desigualdades entre SUS e, Saúde Suplementar. Ressaltamos a necessidade do SUS responder mais rapidamente as, inovações tecnológicas e as demandas da população em relação as melhores práticas
07/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	O acesso ao tratamento deve ser igual para todas as mulheres
07/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Mas do que necessário diminuir as desigualdades de oportunidades de tratamentos entre as pacientes do Sus e. saúde suplementar
07/09/2026	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?
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Abaixo!!!	A incorporação é fundamental e extremamente necessária devendo ser incluídos o estudo inclusive dos familiares com o apoio em todos os níveis
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Esse PCDT representa um avanço importante, principalmente pela incorporação do abemaciclibe, do NGS para BRCA1/2 e do PET-CT em situações específicas. Entretanto, ainda há diversas lacunas e o próprio documento reconhece que é uma versão preliminar., , 1. Ausência completa de um capítulo sobre rastreamento personalizado por risco. O documento mantém praticamente apenas o rastreamento populacional e afirma que o rastreamento do alto risco será discutido em outro momento., Poderia estabelecer critérios mínimos para estratificação de risco, recomendar utilização de modelos matemáticos validados (Tyrer-Cuzick, BOADICEA/CanRisk, Gail quando aplicável), definir defina quais mulheres necessitam de RM anual, organizar fluxos para encaminhamento aos ambulatorios de alto risco., *** Não é necessário incorporar novos exames. Apenas padronizar a avaliação de risco., , ?, , 2. Não existe algoritmo para mulheres com mama densa, O documento cita densidade mamária apenas como fator de risco, mas mama densa reduz sensibilidade mamográfica reduzindo a sensibilidade do rastreamento. Poderia recomendar:, * registro obrigatório da densidade mamária no laudo, , * orientação de conduta para categorias C e D, , * quando considerar ultrassom complementar, , * quando considerar RM., , ?, , 3. BRCA ficou restrito apenas ao NGS após diagnóstico, A incorporação do NGS é citada. Mas faltam fluxos claros sobre aconselhamento genético, quem deve ser encaminhado, testagem em familiares, medidas de redução de risco, acompanhamento após resultado positivo., O protocolo fala do exame, mas pouco da utilização clínica do resultado., , ?, , 4. Falta incorporar outros genes de predisposição, Hoje o PCDT praticamente resume predisposição hereditária ao BRCA. Poderia mencionar outro genes relacionados a síndromes hereditárias de predisposição ao câncer de mama. Mesmo que o SUS ainda não os incorpore, isso evita que o documento fique rapidamente desatualizado., , ?, , 5. HER2-low, O documento descreve HER2-low corretamente do ponto de vista anatomopatológico, mas não explica sua importância clínica, necessidade de padronização do laudo, perspectiva terapêutica futura., E HER2-ultralow não é mencionado, podendo também ser citado como perspectiva., , ?, , 6. Pouca discussão sobre preservação de fertilidade, Há mulheres jovens doentes, cada vez mais e faltam orientações sobre criopreservação, encaminhamento antes da quimioterapia, agonistas de GnRH., , ?, , 7. Saúde sexual, Quase inexistente. Necessário falar sobre disfunção sexual, menopausa precoce, atrofia urogenital e manejo de sintomas vasomotores., , ?, , 8. Qualidade de vida, Não há utilização de PROs (Patient Reported Outcomes). Hoje é recomendação internacional., , ?, , 9. Exercício físico, Há poucas recomendações e poderia incluir atividade física supervisionada e treinamento resistido com intuito de prevenção de sarcopenia (preditor de mortalidade) e redução de fadiga., , ?, , 10. Obesidade, A obesidade aparece como fator de risco, mas não como alvo terapêutico., Hoje existem evidências robustas mostrando impacto sobre recorrência, mortalidade e até sobre resposta terapêutica., , ?, , 11. Saúde cardiovascular, Não há um plano estruturado para monitorização de	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?
			cardiotoxicidade, prevenção, integração cardio-oncologia., , ?, , 12. Navegação da paciente, Falta recomendar programas estruturados de navegação, e há forte evidência de redução do tempo até diagnóstico e tratamento. Impactando em taxa de cura, mortalidade e custos finais do tratamento., , ?, , 13. Indicadores de qualidade, Seria extremamente útil incluir metas como tempo até biópsia, tempo até resultado anatomopatológico, tempo até início do tratamento, taxa de cirurgia conservadora e mastectomia, taxa de reconstrução, taxa de linfonodo sentinela., , ?, , 14. Reabilitação, Pouca ênfase em linfedema, fisioterapia, reabilitação funcional, psicológica, retorno ao trabalho	
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Gostaria de incluir a linha de cuidado à paciente após encontro de variantes patogênicas germinativas.	Não.
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
07/09/2026	Paciente	Muito boa	Incluir informações sobre os direitos das pacientes e o acesso aos tratamentos.	Garantir atendimento rápido, humanizado e de qualidade pelo SUS.
07/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito ruim	A imagem é indissociável das diferentes etapas dessa linha de cuidado, desde a detecção e a investigação diagnóstica até o planejamento cirúrgico e a avaliação pós-neoadjuvância. A assistência adequada requer serviços de mamografia com garantia da qualidade, auditoria de desempenho, laudos estruturados pelo BI-RADS, comparação com exames anteriores e integração ao prontuário e à regulação. Também pressupõe acesso às modalidades complementares, às biópsias e às marcações guiadas pelo método no qual o alvo é visível, além da discussão multidisciplinar das discordâncias radiológico-patológicas e dos achados capazes de modificar a conduta. O SUS precisa absorver a evolução tecnológica não apenas do tratamento, mas também do diagnóstico, incluindo a tomossíntese, a mamografia com contraste, a biópsia assistida a vácuo e a biópsia guiada por ressonância magnética. A incorporação dessas tecnologias deve ser avaliada formalmente pela Conitec, considerando evidências científicas, impacto orçamentário, capacitação profissional, visto que elas já estão em uso difundido no país, principalmente a tomossíntese e a biópsia a vácuo e já fazem parte da rotina de atendimento nos EUA e na Europa. Por que apenas incorporar novos medicamentos? E as tecnologias que garantem o diagnóstico precoce, que é o maior problema do nosso país?	A imagem faz parte da linha de cuidado da paciente e é indissociável, não apenas no rastreamento. Se a proposta é uma revisão do PCDT, a revisão deve ser mais ampla ou ter outro nome.

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	Profissional de saúde	Muito boa	concordo com o texto na integra	nao
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	'-	'-
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Regular	O rastreamento mamografico deve ser oferecido a todas as mulheres acima dos 40 anos, sem idade para parar. A expectativa de vida aumentou no Brasil e as mulheres acima de 74 anos tem Beneficio ao serem rastreadas. , Tambem deve ser incluída a reconstrução imediata após Mastectomia. Mais rapida, evita nova internação e economiza recursos do SUs,	Nao
07/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Não	Nao

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/09/2026	Profissional de saúde	Regular	Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) são documentos baseados em evidências científicas, que visam a garantir as melhores práticas para o diagnóstico, tratamento e monitoramento dos pacientes no âmbito do SUS. Podem ser utilizadas como materiais educativos aos profissionais de saúde, auxílio administrativo aos gestores, regulamentação da conduta assistencial perante o Poder Judiciário e explicitação de direitos aos usuários do SUS. , As PCDTs são as diretrizes de tratamento recomendadas e disponíveis no SUS. Elas representam as práticas incorporadas pelo SUS e por isso a participação popular na consulta pública é muito importante., A nova PCDT consolida incorporações recentes e avanços importantes que reduzem as disparidades entre a Saúde Suplementar (planos de saúde) e o SUS na assistência e tratamento das pacientes com câncer de mama. Entretanto, a rápida evolução tecnológica da área e a lentidão de resposta do SUS a incorporação de novas tecnologias se traduz em uma defasagem constante entre as melhores práticas disponíveis e as oferecidas. O alto custo das novas tecnologias e a defasagem da tabela nacional de procedimentos em saúde do SUS também contribuem sobremaneira a restrição de incorporação. Estudos de custo-efetividade e custo-utilidade nesse cenário são subestimados e muitas vezes inconsistentes., A nova PCDT avança ao consolidar o rastreamento mamográfico do câncer de mama a partir dos 40 anos, em decisão compartilhada, estendendo-se até os 74 anos. A incorporação da Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT) para casos inconclusivos de metástases de câncer de mama por exames de imagem e o Sequenciamento de Nova Geração (NGS) para detecção de mutações patogênicas de BRCA 1 e 2 em pacientes diagnosticadas com câncer de mama, tecnologias disponíveis na Saúde Suplementar há uma década, são ações importantes no sentido de mais igualdade., Avanços importantes no manejo cirúrgico, em especial nas indicações de neoadjuvância e tratamento cirúrgico pós neoadjuvância foram incorporadas. A consolidação de práticas cirúrgicas conservadoras como a biópsia de linfonodo sentinela e a cirurgia conservadora foram consolidadas., Em relação as medicações para tratamento do câncer de mama, tecnologias importantes foram incorporadas. A disponibilização de novas medicações como inibidores de ciclinas, Trastuzumabe entansina e Pertuzumabe, para situações clínicas específicas, traz perspectivas de melhor sobrevida livre de doença para pacientes não metastáticas e controle para as metastáticas., Entretanto, muitos avanços não foram contemplados. Pacientes de alto risco de câncer de mama seguem sem uma diretriz específica para prevenção, rastreamento e tratamento. O carcinoma ductal in situ segue renegado. Até o presente momento o Ministério da Saúde e a CONITEC não publicaram nenhuma PCDT sobre o tema., , A reconstrução mamária pós mastectomia continua, de certa forma, negligenciada. Realmente, a reconstrução mamária pode ser imediata ou tardia. Porém, a reconstrução imediata deve ser sempre preferencial. Ao considerar que “o processo decisório deve considerar a disponibilidade da técnica no centro de referência e a cirurgia da mama contralateral para “simetrização” estética dependente de fatores	A atualização incorpora ao SUS o Sequenciamento de Nova Geração (NGS) para identificação de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 em mulheres com câncer de mama, conforme a Portaria SCTIE/MS nº 25/2026., , Entretanto, o documento não estabelece de forma suficientemente clara os critérios clínicos para indicação da testagem, o fluxo assistencial após o resultado, o aconselhamento genético, nem o acompanhamento dos familiares potencialmente em risco. , , Essa lacuna ganha especial relevância porque a identificação de uma variante germinativa patogênica não constitui um resultado laboratorial isolado: ela pode produzir implicações para a própria paciente e para seus familiares. , , Assim, sugiro inserir uma sugestão que inclua o manejo de pacientes com câncer de mama que preencham critérios para investigação de predisposição hereditária, para que tenham acesso à avaliação genética apropriada. Nos casos de identificação de variante germinativa patogênica ou provavelmente patogênica em BRCA1/2, deverá ser assegurado aconselhamento pós-teste e encaminhamento para linha de cuidado específica, contemplando as implicações terapêuticas e estratégias de redução de risco para a paciente, bem como a avaliação dos familiares potencialmente em risco e a testagem em cascata quando indicada., , As pessoas identificadas como portadoras de predisposição hereditária ou pertencentes a grupos de alto risco devem ser encaminhadas para acompanhamento específico, com estratégias de vigilância e prevenção adequadas ao risco individual. Recomendo que o Ministério da Saúde estabeleça diretriz ou linha de cuidado própria para o rastreamento e manejo da população de alto risco para câncer de mama., , Desta forma, é importante, ao menos: a) explicitar no PCDT que pacientes com variante germinativa patogênica/provavelmente patogênica devem ser encaminhadas para uma linha de cuidado de predisposição hereditária, , b) estabelecer a avaliação e o encaminhamento dos familiares potencialmente em risco, , c) recomendar formalmente a elaboração de protocolo ou diretriz específica do SUS para rastreamento e manejo das pessoas com alto risco hereditário., , Essa necessidade é particularmente relevante porque o próprio PCDT reconhece expressamente que o rastreamento da população de alto risco não foi contemplado na diretriz atual.

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?
			regulatórios locais'', a PCDT desestimula o acesso a reconstrução imediata e favorece centros que não se preocupam em oferecê-la., Ainda em relação as práticas cirúrgicas, embora a omissão da cirurgia axilar seja uma realidade internacional e adotada com diferentes critérios em diversos centros internacionais, o tema não foi abordado., Testes prognósticos genômicos continuam sem incorporação o que traz prejuízos importantes as pacientes. Esses testes evitam que muitas pacientes se submetam a quimioterapia desnecessária. O Ministério da Saúde e a CONITEC deveriam ter especial atenção e prioridade em avaliação desse tema. Testes genéticos prognósticos são rotina incorporada em diversos países e sistemas de saúde públicos como Canadá., Em relação as medicações, ainda temos muito a avançar no tratamento dos cânceres de mama triplo negativo, HER 2 positivo e BRCA 1 e 2 positivos. Medicações importantes nesses cenários seguem sem incorporação., Celebramos a nova PCDT que avança na redução de disparidades e desigualdades entre SUS e Saúde Suplementar. Ressaltamos a necessidade do SUS responder mais rapidamente as inovações tecnológicas e as demandas da população em relação as melhores práticas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pacientes com câncer de mama.,	
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
07/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	, Ao revisar o relatório preliminar do novo PCDT do Câncer de Mama, identifiquei um ponto que considero importante discutirmos para eventual contribuição conjunta à Consulta Pública nº 87/2026., , A atualização incorpora ao SUS o Sequenciamento de Nova Geração (NGS) para identificação de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 em mulheres com câncer de mama, conforme a Portaria SCTIE/MS nº 25/2026., , Entretanto, o documento não estabelece de forma suficientemente clara os critérios clínicos para indicação da testagem, o fluxo assistencial após o resultado, o aconselhamento genético, nem o acompanhamento dos familiares potencialmente em risco. , , Essa lacuna ganha especial relevância porque a identificação de uma variante germinativa patogênica não constitui um resultado laboratorial isolado: ela pode produzir implicações para a própria paciente e para seus familiares. , , Assim, sugiro inserir uma sugestão que inclua o manejo de pacientes com câncer de mama que preencham critérios para investigação de predisposição hereditária, para que tenham acesso à avaliação genética apropriada. Nos casos de identificação de variante germinativa patogênica ou provavelmente patogênica em BRCA1/2, deverá ser assegurado aconselhamento pós-teste e encaminhamento para linha de cuidado específica, contemplando as implicações terapêuticas e estratégias de redução de risco para a paciente, bem como a avaliação dos familiares potencialmente em risco e a testagem em cascata quando indicada., , As pessoas identificadas como portadoras de predisposição hereditária ou pertencentes a grupos de alto risco devem ser encaminhadas para acompanhamento específico, com estratégias de vigilância e prevenção adequadas ao risco individual. Recomendo que o Ministério da Saúde estabeleça diretriz ou linha de cuidado própria para o rastreamento e manejo da população de alto risco para câncer de mama., , Desta forma, é importante, ao menos:, a) explicitar no PCDT que pacientes com variante germinativa patogênica/provavelmente patogênica devem ser encaminhadas para uma linha de cuidado de predisposição hereditária, , b) estabelecer a avaliação e o encaminhamento dos familiares potencialmente em risco, , c) recomendar formalmente a elaboração de protocolo ou diretriz específica do SUS para rastreamento e manejo das pessoas com alto risco hereditário., , Essa necessidade é particularmente relevante porque o próprio PCDT reconhece expressamente que o rastreamento da população de alto risco não foi contemplado na diretriz atual.	Está acima
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Estender testagem aos familiares quando indicado	Não
07/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
07/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Sugiro que o PCDT detalhe de forma mais clara o papel dos métodos de imagem em todas as etapas do cuidado do câncer de mama, incluindo rastreamento conforme o risco individual, investigação diagnóstica, estadiamento locorregional, procedimentos guiados por imagem, avaliação da resposta ao tratamento neoadjuvante e acompanhamento pós-tratamento. É importante definir indicações para métodos complementares além da mamografia e ultrassonografia, como ressonância magnética, tomossíntese e mamografia com contraste, associando sua utilização a critérios clínicos, garantia da qualidade, correlação radiológico-patológica e disponibilidade.	Recomenda-se também monitorar o intervalo entre o exame alterado, a confirmação diagnóstica e o início do tratamento, reduzindo atrasos e perdas de seguimento.
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Gestores do SUS	Muito boa	Monitoramento das mulheres que engravidam durante tratamento oncológico. Acompanhamento cardiológico, ginecológico, em parceria com o mastologista, oncologista e pediatra. Monitoramento precoce da possibilidade de metástase, cuidado com bebê e monitoramento do teste do pezinho. Acompanhamento dos primeiros anos de vida do bebê e sua mãe.	.
08/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Não	Não,
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	NÃO
08/09/2026	Profissional de saúde	Boa	, Pacientes identificadas como portadoras de predisposição hereditária ou pertencentes a grupos de alto risco devem ser encaminhadas para acompanhamento específico, com estratégias de vigilância e prevenção adequadas ao risco individual. Recomendo que o Ministério da Saúde estabeleça diretriz ou linha de cuidado própria para o rastreamento e manejo da população de alto risco para câncer de mama.	Acima
08/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Sobre o texto, não. Está claro e bem escrito.	O PCDT apresentado trará grandes avanços para a prática clínica e benefícios importantes para as portadoras de câncer de mama. Porém, diversas medicações, indicações e novas tecnologias permanecem excluídas ou sub indicadas. , , Celebro a nova PCDT, que avança na redução de disparidades e desigualdades entre SUS e Saúde Suplementar. Ressalto a necessidade do SUS responder mais rapidamente as inovações tecnológicas e as demandas da população em relação as melhores práticas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pacientes com câncer de mama.
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Sim. O texto a seguir:, A assistência às pessoas com suspeita ou diagnóstico de câncer de mama deverá ser organizada por meio de linha de cuidado integrada, articulando os diferentes níveis de atenção e garantindo continuidade entre investigação diagnóstica, confirmação anatomopatológica, estadiamento, planejamento terapêutico, tratamento, reabilitação e seguimento., Recomenda-se que os serviços estabeleçam mecanismos de coordenação e navegação da paciente, com definição de responsabilidades e fluxos de referência e contrarreferência, buscando reduzir os intervalos entre suspeita, diagnóstico e início do tratamento e minimizar perdas de seguimento., O planejamento terapêutico deverá ser multidisciplinar sempre que pertinente, integrando as diferentes modalidades de tratamento e considerando as características clínicas e tumorais e as preferências da paciente., A linha de cuidado deverá contemplar, conforme necessidade individual, suporte psicológico e social, reabilitação, manejo de sequelas e efeitos adversos, cuidados paliativos e planejamento do acompanhamento após o tratamento., Recomenda-se o monitoramento periódico de indicadores de qualidade relacionados à oportunidade diagnóstica, acesso e conclusão do tratamento, continuidade assistencial e resultados do cuidado.	Sim., Considerando que o PCDT do Câncer de Mama tem como finalidade orientar não apenas as modalidades terapêuticas, mas também o diagnóstico, o acompanhamento e os parâmetros de cuidado das pessoas com câncer de mama, sugere-se incorporar ao documento uma seção específica sobre organização da linha de cuidado, estabelecendo princípios mínimos para integração das diferentes etapas assistenciais. Modelos internacionais de organização do cuidado mamário e a Global Breast Cancer Initiative da Organização Mundial da Saúde enfatizam a necessidade de percursos assistenciais coordenados, diagnóstico oportuno e acesso a tratamento abrangente. A OMS estabelece como uma de suas metas que do primeiro sinal ou sintoma, incluindo avaliação clínica, imagem, obtenção de material e diagnóstico anatomopatológico, e primeiro tratamento sejam concluídos em até 90 dias, justamente ressaltando que os benefícios da detecção precoce dependem da capacidade do sistema de transformar rapidamente uma alteração mamária em diagnóstico e tratamento. Sugere-se, portanto, que o PCDT recomende que os gestores organizem a assistência ao câncer de mama por meio de linhas de cuidado integradas e preferencialmente unidades ou redes especializadas em mama, adaptadas à realidade regional e aos diferentes níveis de complexidade do SUS. Recomenda-se também que a definição terapêutica seja realizada de forma multidisciplinar, especialmente nos casos em que existam diferentes possibilidades de tratamento ou necessidade de integração entre cirurgia, oncologia clínica e radioterapia. A decisão deverá considerar características tumorais, condições clínicas e preferências da paciente, com registro do plano terapêutico. Esse princípio é compatível com modelos internacionais que vinculam a indicação do tratamento sistêmico à avaliação multidisciplinar e à decisão compartilhada com a pessoa tratada., Ademais, sugiro que o PCDT reconheça explicitamente a navegação da paciente como estratégia para coordenação da trajetória assistencial, particularmente entre a identificação de uma alteração suspeita, confirmação anatomopatológica, início e conclusão do tratamento. A navegação (especialmente associada a tecnologia de informação) pode contribuir para identificação de barreiras assistenciais, organização de consultas e exames, comunicação entre os diferentes pontos da rede, orientação da paciente e recuperação daquelas que apresentem risco de perda de seguimento., Essa recomendação encontra respaldo específico na OMS e na legislação brasileira. , Outro aspecto relevante para a saúde global e coletiva é a inclusão na linha de cuidado, desde o

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
				diagnóstico, do acesso, conforme necessidade individual, a apoio psicológico e social, reabilitação física e funcional, prevenção e tratamento do linfedema, manejo dos efeitos adversos, cuidados relacionados à sexualidade e qualidade de vida, cuidados paliativos quando indicados e planejamento estruturado do seguimento após o tratamento., Para validação buscando equidade e eficiência, devido à diversidade no país, é necessário que seja incluídas recomendações e diretrizes para o acompanhamento de indicadores assistenciais de processo e resultado, permitindo identificar gargalos e desigualdades regionais. Entre os indicadores possíveis estão: intervalo entre primeira apresentação e confirmação diagnóstica, intervalo entre diagnóstico e primeiro tratamento, proporção de pacientes discutidas multidisciplinarmente, abandono ou interrupção do tratamento, acesso à reabilitação, completude do tratamento multimodal indicado, estágio ao diagnóstico, e experiência relatada pelas pacientes.
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Manifesto-me favoravelmente à atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama, considerando a importância de adequar as recomendações do SUS à evolução do conhecimento científico e da prática clínica contemporânea., , Entretanto, considero necessário aprimorar o documento no que se refere ao tratamento cirúrgico, especialmente quanto à cirurgia conservadora, cirurgia oncoplástica, reconstrução mamária e simetrização., , A cirurgia oncoplástica deve ser reconhecida como parte integrante do tratamento cirúrgico do câncer de mama, e não como procedimento de natureza exclusivamente estética. Em pacientes adequadamente selecionadas, técnicas oncoplásticas permitem ampliar as possibilidades de tratamento conservador, possibilitando ressecções oncológicas adequadas associadas à manutenção ou reconstrução do contorno mamário., , A indicação da cirurgia conservadora não deve ser baseada exclusivamente no tamanho absoluto do tumor. A relação entre o volume tumoral e o volume mamário, a localização do tumor, as características da mama, a possibilidade de obtenção de margens adequadas e de resultado estético satisfatório devem ser considerados na decisão terapêutica., , Da mesma forma, a reconstrução mamária imediata ou tardia deve ser reconhecida como componente da assistência integral à paciente submetida à mastectomia. A possibilidade de reconstrução e de simetrização contralateral deve ser considerada dentro do planejamento terapêutico, respeitando indicação clínica, condições da paciente e suas preferências., , Dessa forma, sugiro que a versão final do PCDT incorpore de maneira mais explícita:., , • a cirurgia oncoplástica como estratégia integrante do tratamento oncológico, , • a individualização da indicação de cirurgia conservadora considerando a relação tumor/volume mamário, , • a reconstrução mamária imediata e tardia como parte da linha de cuidado do câncer de mama, , • os procedimentos de simetrização necessários à reabilitação mamária, , • a participação da paciente na decisão terapêutica, considerando também qualidade de vida, imagem corporal e resultados funcionais., , O tratamento do câncer de mama deve ter como objetivos não apenas o controle oncológico e a sobrevida, mas também a preservação da qualidade de vida, da imagem corporal e da reabilitação da paciente., , Considero, portanto, adequada a atualização proposta, porém recomendo o aprimoramento desses pontos na versão final do PCDT.	Nao
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Gostaria somente de ratificar a importância das 3 incorporações, visto que sobre o medicamento, podemos melhorar desfechos de pacientes de alto risco das pacientes que são as mais frequentemente encontradas - que são as Luminais, Sobe o PET, na ausência dele, os exames que precisariam ser realizados (como troca) ficaria o mesmo valor deste (então é custo-efetivo usar o PET) e sobre o teste genetico, estaremos ampliando a possibilidade de cuidado de tod uma familia, reduzindo custos publicos quando podemos realizar cirurgias redutoras de risco em pacientes com mutação BRCA1 e 2	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	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Esse projeto tem a possibilidade de reduzir as disparidades entre a saúde pública e suplementar. É muito importante o sistema público ter agilidade na incorporação de tecnologias que melhoram o rastreamento, seguimento e qualidade de vida/reabilitacao das pacientes portadoras de câncer de mama.
08/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Nao	Nao
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Solicitação extremamente importante a Saúde Pública.
08/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Nada a declarar	Nada a declarar
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Nao	Não
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Sugiro maior agilidade na realização e disponibilidade do fluxo do exame imunohistoquímica, que define o tratamento. Este exame é muito demorado pelo Sus, atrasando o tratamento.	Sugiro maior agilidade na realização e disponibilidade do fluxo do exame imunohistoquímica, que define o tratamento. Este exame é muito demorado pelo Sus, atrasando o tratamento.
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Sim. Sugiro incluir uma orientação mais específica sobre a integração dos diferentes fatores clínicos, anatomopatológicos, imunohistoquímicos e genômicos na estratificação de risco e na decisão terapêutica, especialmente nos casos de doença multifocal em que os diferentes focos tumorais apresentam características distintas. Acredito que esclarecer como essas informações devem ser consideradas conjuntamente possa contribuir para uma abordagem mais individualizada.	Gostaria de contribuir também com a importância de abordar de forma mais detalhada o papel dos testes genômicos, como o Oncotype DX, na tomada de decisão de pacientes pré-menopáusicas com câncer de mama RH positivo/HER2 negativo e linfonodos negativos. Sugiro também considerar orientações sobre o uso de agonistas de GnRH, como a goserrelina, durante a quimioterapia, quando utilizados com o objetivo de preservação da função ovariana, diferenciando essa finalidade da supressão ovariana posteriormente utilizada como parte da terapia endócrina.
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Em uma nova consulta que seja incluído o oncotipe dx. Um exame genômico que tira muitas mulheres dos efeitos da quimioterapia.	Sou paciente oncológica em remissão e acho fundamental estas inclusões nos tratamentos de câncer de mama.
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	Profissional de saúde	Regular	Colegas,, Ao revisar o relatório preliminar do novo PCDT do Câncer de Mama, identifiquei um ponto que considero importante discutirmos para eventual contribuição conjunta à Consulta Pública nº 87/2026., , A atualização incorpora ao SUS o Sequenciamento de Nova Geração (NGS) para identificação de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 em mulheres com câncer de mama, conforme a Portaria SCTIE/MS nº 25/2026., , Entretanto, o documento não estabelece de forma suficientemente clara os critérios clínicos para indicação da testagem, o fluxo assistencial após o resultado, o aconselhamento genético, nem o acompanhamento dos familiares potencialmente em risco. , , Essa lacuna ganha especial relevância porque a identificação de uma variante germinativa patogênica não constitui um resultado laboratorial isolado: ela pode produzir implicações para a própria paciente e para seus familiares. , , Assim, sugiro inserir uma sugestão que inclua o manejo de pacientes com câncer de mama que preencham critérios para investigação de predisposição hereditária, para que tenham acesso à avaliação genética apropriada. Nos casos de identificação de variante germinativa patogênica ou provavelmente patogênica em BRCA1/2, deverá ser assegurado aconselhamento pós-teste e encaminhamento para linha de cuidado específica, contemplando as implicações terapêuticas e estratégias de redução de risco para a paciente, bem como a avaliação dos familiares potencialmente em risco e a testagem em cascata quando indicada., , As pessoas identificadas como portadoras de predisposição hereditária ou pertencentes a grupos de alto risco devem ser encaminhadas para acompanhamento específico, com estratégias de vigilância e prevenção adequadas ao risco individual. Recomendo que o Ministério da Saúde estabeleça diretriz ou linha de cuidado própria para o rastreamento e manejo da população de alto risco para câncer de mama., , Desta forma, é importante, ao menos:, a) explicitar no PCDT que pacientes com variante germinativa patogênica/provavelmente patogênica devem ser encaminhadas para uma linha de cuidado de predisposição hereditária, , b) estabelecer a avaliação e o encaminhamento dos familiares potencialmente em risco, , c) recomendar formalmente a elaboração de protocolo ou diretriz específica do SUS para rastreamento e manejo das pessoas com alto risco hereditário., , Essa necessidade é particularmente relevante porque o próprio PCDT reconhece expressamente que o rastreamento da população de alto risco não foi contemplado na diretriz atual.	Conforme descrito acima
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) considera necessária a revisão do componente cirúrgico do PCDT antes de sua publicação definitiva, de modo a alinhá-lo às evidências contemporâneas, reduzir morbidade evitável e conferir maior precisão normativa às recomendações aplicáveis ao SUS (Nota SBCO CP 87 2026 em anexo)., Inicialmente, sugere-se revisar a terminologia e a classificação das cirurgias mamárias. A oposição entre tratamento “conservador (parcial)” e “radical (total)” mistura conceitos distintos. O contraponto adequado à cirurgia conservadora é a mastectomia, enquanto a abordagem axilar deve ser considerada procedimento independente da escolha da operação sobre a mama. Recomenda-se substituir a descrição da mastectomia radical modificada como principal forma de “cirurgia total” por nomenclatura contemporânea, distinguindo mastectomia total ou simples, mastectomia poupadora de pele e mastectomia poupadora do complexo areolopapilar. As técnicas de Patey e Madden podem ser mantidas apenas em perspectiva histórica, a ressecção dos músculos peitorais não integra o tratamento habitual contemporâneo, exceto diante de invasão muscular comprovada. O texto atual associa indevidamente mastectomia e linfadenectomia axilar e não contempla as técnicas poupadoras que possibilitam reconstrução imediata., Em segundo lugar, recomenda-se definir objetivamente margem cirúrgica negativa. No carcinoma invasivo submetido a cirurgia conservadora seguida de irradiação mamária, margem negativa corresponde à ausência de tinta sobre o tumor invasivo ou sobre o carcinoma ductal in situ associado (“no ink on tumor”). Margens mais amplas não devem ser exigidas rotineiramente. A ausência dessa definição no PCDT pode gerar variações injustificadas de conduta e reoperações potencialmente evitáveis. A Nota da SBCO identifica expressamente que o texto atual utiliza apenas o conceito impreciso de “volume de tecido mamário sadio suficiente”., Em terceiro lugar, sugere-se corrigir as contraindicações à cirurgia conservadora. Doenças autoimunes não devem ser classificadas genericamente como contraindicações absolutas. Particularmente na esclerose sistêmica e no lúpus em atividade, a decisão deve ser individualizada em conjunto com a radioterapia. Em sentido oposto, o carcinoma inflamatório de mama corresponde à categoria cT4d e constitui contraindicação à cirurgia conservadora. Quando houver indicação cirúrgica após tratamento sistêmico, a abordagem padrão é mastectomia com tratamento axilar apropriado, não devendo ser confundido carcinoma inflamatório com toda doença T4b., Consideramos particularmente importante atualizar a abordagem axilar na cirurgia inicial. Em pacientes cT1-2 cN0, sem tratamento neoadjuvante, submetidas à cirurgia conservadora com radioterapia mamária planejada e com um ou dois linfonodos sentinela comprometidos, a linfadenectomia axilar pode ser omitida conforme evidência randomizada do ACOSOG Z0011. Quando houver necessidade de tratamento adicional da axila, a radioterapia axilar constitui alternativa à linfadenectomia, conforme demonstrado pelo EORTC AMAROS, com redução da morbidade relacionada ao linfedema. O PCDT atual não apresenta esses critérios, embora reconheça a linfadenectomia como	A Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) considera necessária a revisão do componente cirúrgico do PCDT antes de sua publicação definitiva, de modo a alinhá-lo às evidências contemporâneas, reduzir morbidade evitável e conferir maior precisão normativa às recomendações aplicáveis ao SUS., Inicialmente, sugere-se revisar a terminologia e a classificação das cirurgias mamárias. A oposição entre tratamento “conservador (parcial)” e “radical (total)” mistura conceitos distintos. O contraponto adequado à cirurgia conservadora é a mastectomia, enquanto a abordagem axilar deve ser considerada procedimento independente da escolha da operação sobre a mama. Recomenda-se substituir a descrição da mastectomia radical modificada como principal forma de “cirurgia total” por nomenclatura contemporânea, distinguindo mastectomia total ou simples, mastectomia poupadora de pele e mastectomia poupadora do complexo areolopapilar. As técnicas de Patey e Madden podem ser mantidas apenas em perspectiva histórica, a ressecção dos músculos peitorais não integra o tratamento habitual contemporâneo, exceto diante de invasão muscular comprovada. O texto atual associa indevidamente mastectomia e linfadenectomia axilar e não contempla as técnicas poupadoras que possibilitam reconstrução imediata., Em segundo lugar, recomenda-se definir objetivamente margem cirúrgica negativa. No carcinoma invasivo submetido a cirurgia conservadora seguida de irradiação mamária, margem negativa corresponde à ausência de tinta sobre o tumor invasivo ou sobre o carcinoma ductal in situ associado (“no ink on tumor”). Margens mais amplas não devem ser exigidas rotineiramente. A ausência dessa definição no PCDT pode gerar variações injustificadas de conduta e reoperações potencialmente evitáveis. A Nota da SBCO identifica expressamente que o texto atual utiliza apenas o conceito impreciso de “volume de tecido mamário sadio suficiente”., Em terceiro lugar, sugere-se corrigir as contraindicações à cirurgia conservadora. Doenças autoimunes não devem ser classificadas genericamente como contraindicações absolutas. Particularmente na esclerose sistêmica e no lúpus em atividade, a decisão deve ser individualizada em conjunto com a radioterapia. Em sentido oposto, o carcinoma inflamatório de mama corresponde à categoria cT4d e constitui contraindicação à cirurgia conservadora. Quando houver indicação cirúrgica após tratamento sistêmico, a abordagem padrão é mastectomia com tratamento axilar apropriado, não devendo ser confundido carcinoma inflamatório com toda doença T4b., Consideramos particularmente importante atualizar a abordagem axilar na

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?
			importante fonte de morbidade., Também sugerimos incorporar, em seção própria e com critérios rigorosamente definidos, o descalonamento adicional do tratamento axilar demonstrado pelos ensaios SOUND e INSEMA. Esses estudos sustentam a possibilidade de omissão da própria biópsia do linfonodo sentinela em populações selecionadas com axila clinicamente negativa submetidas a cirurgia conservadora e radioterapia, não devendo entretanto seus resultados ser generalizados para populações não representadas nos ensaios. A própria Nota da SBCO identifica SOUND e INSEMA entre as evidências relevantes ausentes do PCDT., A abordagem axilar após tratamento neoadjuvante necessita ser consolidada em uma única seção, aplicável a todos os subtipos moleculares. Atualmente, o tema aparece em diferentes pontos do PCDT com recomendações não totalmente compatíveis, enquanto a orientação mais completa está inserida no capítulo de câncer de mama triplo negativo, embora seja aplicável também aos tumores HER2 positivos e RH positivos., Para pacientes inicialmente cN0, admite-se biópsia do linfonodo sentinela após o tratamento neoadjuvante. Nas pacientes com metástase linfonodal comprovada antes da terapia que convertam para ycN0, recomenda-se explicitar as estratégias que reduzem a taxa de falso-negativo, como dupla marcação, retirada de pelo menos três linfonodos sentinela e/ou confirmação da retirada do linfonodo previamente marcado, permitindo abordagem axilar dirigida quando tecnicamente disponível. A marcação do linfonodo positivo antes do tratamento sistêmico deve ser prevista no próprio PCDT, pois constitui etapa necessária para a dissecação axilar dirigida., Sugere-se ainda que o PCDT incorpore as técnicas de cirurgia oncoplastica e as mastectomias poupadoras, atualmente ausentes, quando oncológicamente apropriadas. Toda paciente com indicação de mastectomia deve receber informação documentada sobre reconstrução mamária imediata ou tardia e sobre simetrização contralateral. A provável necessidade de radioterapia deve integrar a decisão compartilhada, mas não constituir, isoladamente, contraindicação à reconstrução. A indisponibilidade local da técnica não deve ser apresentada como critério clínico de contraindicação., Considerando que o próprio PCDT incorpora o sequenciamento de nova geração para identificação de variantes patogênicas em BRCA1/BRCA2, recomendamos incluir orientação sobre encaminhamento para aconselhamento genético e discussão individualizada das estratégias cirúrgicas redutoras de risco nas pacientes em que uma predisposição hereditária clinicamente relevante seja identificada. A ausência dessa orientação cria uma desconexão entre a incorporação do diagnóstico molecular e suas potenciais implicações terapêuticas e preventivas. A atualização do PCDT foi motivada, entre outros aspectos, justamente pela incorporação do NGS para BRCA1/2. A Nota da SBCO identifica especificamente a ausência de orientação sobre cirurgia redutora de risco., Na doença metastática, concordamos que a cirurgia do tumor primário pode ser utilizada com objetivo paliativo em situações como sangramento, ulceração, dor ou outras complicações locais. Entretanto, recomendamos explicitar que a ressecção rotineira do tumor primário	cirurgia inicial. Em pacientes cT1-2 cN0, sem tratamento neoadjuvante, submetidas à cirurgia conservadora com radioterapia mamária planejada e com um ou dois linfonodos sentinela comprometidos, a linfadenectomia axilar pode ser omitida conforme evidência randomizada do ACOSOG Z0011. Quando houver necessidade de tratamento adicional da axila, a radioterapia axilar constitui alternativa à linfadenectomia, conforme demonstrado pelo EORTC AMAROS, com redução da morbidade relacionada ao linfedema. O PCDT atual não apresenta esses critérios, embora reconheça a linfadenectomia como importante fonte de morbidade., Também sugerimos incorporar, em seção própria e com critérios rigorosamente definidos, o descalonamento adicional do tratamento axilar demonstrado pelos ensaios SOUND e INSEMA. Esses estudos sustentam a possibilidade de omissão da própria biópsia do linfonodo sentinela em populações selecionadas com axila clinicamente negativa submetidas a cirurgia conservadora e radioterapia, não devendo entretanto seus resultados ser generalizados para populações não representadas nos ensaios. A própria Nota da SBCO identifica SOUND e INSEMA entre as evidências relevantes ausentes do PCDT., A abordagem axilar após tratamento neoadjuvante necessita ser consolidada em uma única seção, aplicável a todos os subtipos moleculares. Atualmente, o tema aparece em diferentes pontos do PCDT com recomendações não totalmente compatíveis, enquanto a orientação mais completa está inserida no capítulo de câncer de mama triplo negativo, embora seja aplicável também aos tumores HER2 positivos e RH positivos., Para pacientes inicialmente cN0, admite-se biópsia do linfonodo sentinela após o tratamento neoadjuvante. Nas pacientes com metástase linfonodal comprovada antes da terapia que convertam para ycN0, recomenda-se explicitar as estratégias que reduzem a taxa de falso-negativo, como dupla marcação, retirada de pelo menos três linfonodos sentinela e/ou confirmação da retirada do linfonodo previamente marcado, permitindo abordagem axilar dirigida quando tecnicamente disponível. A marcação do linfonodo positivo antes do tratamento sistêmico deve ser prevista no próprio PCDT, pois constitui etapa necessária para a dissecação axilar dirigida., Sugere-se ainda que o PCDT incorpore as técnicas de cirurgia oncoplastica e as mastectomias poupadoras, atualmente ausentes, quando oncológicamente apropriadas. Toda paciente com indicação de mastectomia deve receber informação documentada sobre reconstrução mamária imediata ou tardia e sobre simetrização contralateral. A provável necessidade de radioterapia deve integrar a decisão compartilhada, mas 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?
			assintomático em pacientes com doença metastática não deve ser indicada com a finalidade de aumentar sobrevida global. Na doença oligometastática, o tratamento local deve permanecer individualizado e multidisciplinar, pois não há benefício de sobrevida global estabelecido que justifique sua aplicação rotineira., Finalmente, recomenda-se acrescentar requisitos referentes à estrutura assistencial e à qualificação da equipe cirúrgica, determinando que o tratamento seja realizado em estabelecimento habilitado em alta complexidade em oncologia ou serviço de referência formalmente pactuado na rede, sob responsabilidade de profissional adequadamente qualificado. Os procedimentos recomendados devem possuir correspondência na Tabela SUS/SIGTAP e financiamento compatível, evitando que recomendações tecnicamente adequadas permaneçam inexequíveis por ausência de codificação, insumos ou custeio. A implantação de procedimentos dependentes de recursos ainda desigualmente distribuídos deve ser planejada com metas e indicadores, especialmente indicadores de qualidade cirúrgica (proporção de cirurgia conservadora entre pacientes elegíveis, reoperação por margem comprometida, linfadenectomia axilar entre pacientes elegíveis aos critérios de descalonamento, acesso à reconstrução imediata ou programada após mastectomia, , intervalo diagnóstico–primeiro tratamento e neoadjuvância–cirurgia), sem transformar a indisponibilidade local em restrição definitiva ao acesso das pacientes., Em síntese, a SBCO manifesta-se favoravelmente à atualização do PCDT, condicionando sua plena adequação técnico-científica à modernização e harmonização das recomendações cirúrgicas, especialmente quanto à preservação mamária, margens, descalonamento axilar, cirurgia após neoadjuvância, reconstrução/oncoplastia e estrutura necessária para sua execução no SUS.	constituir, isoladamente, contraindicação à reconstrução. A indisponibilidade local da técnica não deve ser apresentada como critério clínico de contraindicação., Considerando que o próprio PCDT incorpora o sequenciamento de nova geração para identificação de variantes patogênicas em BRCA1/BRCA2, recomendamos incluir orientação sobre encaminhamento para aconselhamento genético e discussão individualizada das estratégias cirúrgicas redutoras de risco nas pacientes em que uma predisposição hereditária clinicamente relevante seja identificada. A ausência dessa orientação cria uma desconexão entre a incorporação do diagnóstico molecular e suas potenciais implicações terapêuticas e preventivas. A atualização do PCDT foi motivada, entre outros aspectos, justamente pela incorporação do NGS para BRCA1/2. A Nota da SBCO identifica especificamente a ausência de orientação sobre cirurgia redutora de risco., Na doença metastática, concordamos que a cirurgia do tumor primário pode ser utilizada com objetivo paliativo em situações como sangramento, ulceração, dor ou outras complicações locais. Entretanto, recomendamos explicitar que a ressecção rotineira do tumor primário assintomático em pacientes com doença metastática não deve ser indicada com a finalidade de aumentar sobrevida global. Na doença oligometastática, o tratamento local deve permanecer individualizado e multidisciplinar, pois não há benefício de sobrevida global estabelecido que justifique sua aplicação rotineira., Finalmente, recomenda-se acrescentar requisitos referentes à estrutura assistencial e à qualificação da equipe cirúrgica, determinando que o tratamento seja realizado em estabelecimento habilitado em alta complexidade em oncologia ou serviço de referência formalmente pactuado na rede, sob responsabilidade de profissional adequadamente qualificado. Os procedimentos recomendados devem possuir correspondência na Tabela SUS/SIGTAP e financiamento compatível, evitando que recomendações tecnicamente adequadas permaneçam inexequíveis por ausência de codificação, insumos ou custeio. A implantação de procedimentos dependentes de recursos ainda desigualmente distribuídos deve ser planejada com metas e indicadores, sem transformar a indisponibilidade local em restrição definitiva ao acesso das pacientes., Em síntese, a SBCO manifesta-se favoravelmente à atualização do PCDT, condicionando sua plena adequação técnico-científica à modernização e harmonização das recomendações cirúrgicas, especialmente quanto à preservação mamária, margens, descalonamento axilar, cirurgia após neoadjuvância, reconstrução/oncoplastia e estrutura necessária para sua

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?
				execução no SUS.
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	SEM ALTERAÇÕES.	Que seja implantado na integra.
08/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Não	Não
08/09/2026	Profissional de saúde	Boa	não	O novo PCDT atualizado contém a indicação de uso de fulvestranto com IA para pacientes metastáticas. Entretanto, não especifica a dose de fulvestranto, nem como ele será fornecido (APAC ou centralizado) para seu efetivo uso. Deveria ser especificada a dose adequada de 500 mg D1 e D15 no primeiro mês e D1 nos meses subsequentes. Existe uma grande disparidade de uso desta medicação por não haver fornecimento central e o custo ser maior do que a APAC de hormonioterapia paliativa. Os poucos centros que conseguem usar, muitas vezes utilizam a subdose de 250 mg mensal. Deveria haver padronização no PCDT e, preferencialmente, um fornecimento centralizado desta medicação que tem custo maior, apesar de não ser mais patenteada.

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	Regular	Sim. Sugiro a revisão e/ou complementação de alguns pontos do PCDT, considerando a evolução recente das evidências e a necessidade de reduzir desigualdades no cuidado do câncer de mama no SUS., , 1. Detecção precoce e rastreamento: sugiro reavaliar a recomendação de rastreamento mamográfico populacional apenas entre 50 e 74 anos. O próprio documento informa que mulheres entre 40 e 49 anos corresponderam a aproximadamente 22% dos casos confirmados entre 2021 e 2025. Considerando a relevante incidência da doença nessa faixa etária no Brasil e a evolução das recomendações internacionais, considero pertinente discutir a inclusão do rastreamento a partir dos 40 anos, com definição clara de periodicidade, benefícios e potenciais danos. Sugiro ainda que o PCDT contemple estratégias específicas para mulheres de alto risco, tema que o próprio documento reconhece não ter sido abordado nesta atualização., , 2. Câncer de mama triplo-negativo (CMTN): sugiro atualização do algoritmo terapêutico da doença inicial de alto risco, distinguindo claramente ausência de incorporação no SUS de ausência de evidência científica. O texto atualmente reconhece evidências para pembrolizumabe, porém não o preconiza por seu status de avaliação pela Conitec. Considerando a magnitude do benefício demonstrado pela imunoterapia perioperatória associada à quimioterapia no CMTN inicial de alto risco, seria importante que o PCDT reconhecesse explicitamente essa estratégia no corpo da evidência e fosse atualizado de acordo com as decisões de incorporação. Da mesma forma, sugiro um algoritmo mais abrangente para doença residual pós-neoadjuvância, contemplando estratificação por risco e biomarcadores, inclusive status germinativo BRCA1/2, além da capecitabina atualmente descrita. O documento reconhece que doença residual constitui marcador prognóstico desfavorável e contempla oito ciclos de capecitabina., , 3. Inibidores de CDK4/6: na doença avançada RH+/HER2?, considero fundamental preservar no texto os três agentes incorporados ao SUS — abemaciclibe, ribociclibe e palbociclibe — como opções da classe, garantindo não apenas sua previsão no PCDT, mas seu efetivo acesso pelas pacientes elegíveis. O próprio documento reconhece a incorporação dos três medicamentos e os apresenta como alternativas terapêuticas. Na doença inicial RH+/HER2? de maior risco, sugiro que o PCDT permaneça alinhado às avaliações regulatórias e da Conitec, contemplando, quando aplicável, as diferentes opções de CDK4/6 com evidência positiva nesse cenário e seus respectivos critérios de elegibilidade. É importante evitar extrapolação de efeito de classe na adjuvância, uma vez que os estudos e resultados dos diferentes agentes não são equivalentes., , 4. Biomarcadores e medicina de precisão: sugiro fortalecer o papel da testagem germinativa, especialmente BRCA1/2, e sua integração aos algoritmos terapêuticos, de forma que a identificação de predisposição hereditária não tenha apenas implicação familiar/preventiva, mas também seja considerada na decisão terapêutica quando pertinente. Da mesma forma, considero importante preservar a classificação detalhada da expressão de HER2 (0, 1+, 2+/ISH?, 2+/ISH+ e 3+), diante de sua crescente relevância como biomarcador terapêutico., , 5.	Gostaria de destacar a importância desta atualização do PCDT como instrumento para promover não apenas tratamento baseado em evidências, mas também equidade no acesso ao cuidado oncológico de qualidade no Brasil., , O câncer de mama é hoje um conjunto de doenças biologicamente distintas, cujo tratamento depende cada vez mais do subtipo tumoral, do risco de recorrência, de biomarcadores, da resposta ao tratamento neoadjuvante e das características e preferências de cada paciente. Por esse motivo, considero fundamental que o PCDT possua mecanismos de atualização capazes de acompanhar a rápida evolução científica da área, evitando que a diferença temporal entre geração de evidência, avaliação de tecnologias, incorporação e atualização dos protocolos amplie desigualdades entre pacientes atendidas no sistema público e privado., , Também considero essencial que o PCDT avance do conceito de tratamento da doença para o de cuidado integral da pessoa com câncer. A melhora crescente das taxas de sobrevida torna cada vez mais relevantes os efeitos tardios do tratamento, a saúde cardiovascular e metabólica, a obesidade, a atividade física, a saúde mental, a sexualidade, a fertilidade, a funcionalidade e a qualidade de vida., , Nenhuma especialidade, isoladamente, é capaz de responder a todas essas necessidades. A integração entre oncologia clínica, mastologia, radioterapia, atenção primária, genética, cardiologia, endocrinologia, ginecologia, saúde mental, nutrição, fisioterapia e profissionais do exercício, entre outras áreas, deve ser estimulada ao longo de toda a trajetória da paciente., , O objetivo não deve ser apenas ampliar a sobrevida, mas assegurar que os avanços no tratamento do câncer de mama se traduzam em mais vida, com qualidade, equidade, autonomia e dignidade.

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?
			Sobrevivência e cuidado integral: sugiro a inclusão de uma seção estruturada de cuidados de sobrevivência (survivorship). O cuidado da paciente com câncer de mama não deve terminar com o tratamento antineoplásico. Recomendações sobre atividade física, composição corporal e obesidade, saúde cardiometabólica e cardiovascular, saúde óssea, sintomas da terapia endócrina, saúde mental, sexualidade, fertilidade/menopausa, retorno ao trabalho e adesão ao tratamento endócrino deveriam integrar o cuidado longitudinal. O próprio PCDT reconhece, no contexto dos cuidados paliativos, a importância das dimensões física, psicoemocional, espiritual e social e da atuação interdisciplinar. Considero importante que essa visão integral também seja aplicada às pacientes tratadas com intenção curativa.	
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	Sim. O Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) propõe ajustes e complementações ao texto do PCDT do Câncer de Mama, visando explicitar o papel dos métodos de imagem ao longo de toda a linha de cuidado. As contribuições incluem: aprimoramento das recomendações de rastreamento, com distinção entre as orientações do Ministério da Saúde e das sociedades médicas, definição mais clara das indicações de ressonância magnética em grupos específicos, inclusão de aspectos relacionados à densidade mamária e avaliação de risco, qualificação dos procedimentos de biópsia percutânea e correlação radiológico-patológica, descrição da marcação pré-operatória guiada por imagem, ampliação das recomendações para avaliação axilar, resposta à terapia neoadjuvante e acompanhamento pós-tratamento, além da inclusão de indicadores de navegação e monitoramento do percurso diagnóstico e terapêutico. As propostas buscam aumentar a precisão diagnóstica, promover uso apropriado dos recursos de imagem e contribuir para melhores resultados assistenciais.	O CBR ressalta que a efetividade das recomendações do PCDT depende não apenas da definição das condutas clínicas, mas também da garantia de acesso oportuno e da qualidade dos serviços diagnósticos. Consideramos importante que o documento enfatize a necessidade de programas de garantia da qualidade em mamografia, utilização de laudos padronizados, integração entre radiologia, patologia, cirurgia e oncologia, além do monitoramento dos tempos entre detecção da suspeita, confirmação diagnóstica e início do tratamento. Também entendemos que tecnologias já disponíveis ou em expansão, como tomossíntese, biópsia assistida a vácuo e mamografia com contraste, devem ser objeto de avaliação contínua pela Conitec, considerando evidências clínicas, impacto orçamentário e viabilidade de implementação. Por fim, destacamos a importância da navegação das pacientes e do acompanhamento de indicadores assistenciais como estratégia para reduzir perdas de seguimento, atrasos diagnósticos e apresentação de casos em estágios avançados.
08/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Regular	Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) são documentos baseados em evidências científicas, que visam a garantir as melhores práticas para o diagnóstico, tratamento e monitoramento dos pacientes no âmbito do SUS. Podem ser utilizadas como materiais educativos aos profissionais de saúde, auxílio administrativo aos gestores, regulamentação da conduta assistencial perante o Poder Judiciário e explicitação de direitos aos usuários do SUS. , As PCDTs são as diretrizes de tratamento recomendadas e disponíveis no SUS. Elas representam as práticas incorporadas pelo SUS e por isso a participação popular na consulta pública é muito importante., A nova PCDT consolida incorporações recentes e avanços importantes que reduzem as disparidades entre a Saúde Suplementar (planos de saúde) e o SUS na assistência e tratamento das pacientes com câncer de mama. Entretanto, a rápida evolução tecnológica da área e a lentidão de resposta do SUS a incorporação de novas tecnologias se traduz em uma defasagem constante entre as melhores práticas disponíveis e as oferecidas. O alto custo das novas tecnologias e a defasagem da tabela nacional de procedimentos em saúde do SUS também contribuem de sobremaneira a restrição de incorporação. Estudos de custo-efetividade e custo utilidade nesse cenário são subestimados e muitas vezes inconsistentes., A nova PCDT avança ao consolidar o rastreamento mamográfico do câncer de mama a partir dos 40 anos, em decisão compartilhada, estendendo-se até os 74 anos. A incorporação da Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET-CT) para casos inconclusivos de metástases de câncer de mama por exames de imagem e o Sequenciamento de Nova Geração (NGS) para detecção de mutações patogênicas de BRCA 1 e 2 em pacientes diagnosticadas com câncer de mama, tecnologias disponíveis na Saúde Suplementar há uma década, são ações importantes no sentido de mais igualdade., Avanços importantes no manejo cirúrgico, em especial nas indicações de neoadjuvância e tratamento cirúrgico pós neoadjuvância foram incorporadas. A consolidação de práticas cirúrgicas conservadoras como a biópsia de linfonodo sentinela e a cirurgia conservadora foram consolidadas., Em relação as medicações para tratamento do câncer de mama, incorporações tecnológicas importantes foram incorporadas. A disponibilização de novas medicações como inibidores de ciclinas, Trastuzumabe entansina e Pertuzumabe, para situações clínicas específicas, traz perspectivas de melhor sobrevida livre de doença para pacientes não metastáticas e controle para as metastáticas., Entretanto, muitos avanços não foram contemplados. Pacientes de alto risco de câncer de mama seguem sem uma diretriz específica para prevenção, rastreamento e tratamento. O carcinoma ductal in situ segue renegado. Até o presente momento o Ministério da Saúde e a CONITEC não publicaram nenhuma PCDT sobre o tema., , A reconstrução mamária pós mastectomia continua, de certa forma, negligenciada. Realmente, a reconstrução mamária pode ser imediata ou tardia. Porém, a reconstrução imediata deve ser sempre preferencial. Ao considerar que “o processo decisório deve considerar a disponibilidade da técnica no centro de referência e a cirurgia da mama contralateral para “simetrização” estética dependente de fatores	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?
			regulatórios locais'', a PCDT desestimula o acesso a reconstrução imediata e favorece centros que não se preocupam em oferecê-la., Ainda em relação as práticas cirúrgicas, embora a omissão da cirurgia axilar seja uma realidade internacional e adotada com diferentes critérios em diversos centros internacionais, o tema não foi abordado., Testes prognósticos genômicos continuam sem incorporação o que traz prejuízos importantes as pacientes. Esses testes evitam que muitas pacientes se submetam a quimioterapia desnecessária. O Ministério da Saúde e a CONITEC deveriam ter especial atenção e prioridade em avaliação desse tema. Testes genéticos prognósticos são rotina incorporada em diversos países e sistemas de saúde públicos como Canadá., Em relação as medicações, ainda temos muito a avançar em relação as inovações tecnológicas do tratamento dos cânceres de mama triplo negativo, HER 2 positivo e BRCA 1 e 2 positivos. Medicações importantes nesses cenários seguem sem incorporação., Celebramos a nova PCDT que avança na redução de disparidades e desigualdades entre SUS e Saúde Suplementar. Ressaltamos a necessidade do SUS responder mais rapidamente as inovações tecnológicas e as demandas da população em relação as melhores práticas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pacientes com câncer de mama.,	
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nada a acrescentar	Nada a acrescentar
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Nao	Nao

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Muito boa	A Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA), organização da sociedade civil dedicada à defesa dos direitos das pessoas com câncer de mama e à promoção do acesso equitativo à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), vem apresentar sua contribuição à Consulta Pública nº 87/2026, referente à atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Câncer de Mama: A FEMAMA considera fundamental e positiva a inclusão da testagem genética para identificação de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 na atualização do referido PCDT, especialmente diante da recente incorporação do Sequenciamento de Nova Geração (NGS) para identificação dessas mutações em mulheres com câncer de mama no SUS. A CONITEC recomendou a incorporação da tecnologia e a decisão final foi formalizada pela Portaria SCTIE/MS nº 25/2026., A incorporação representa um avanço relevante para a atenção integral às pessoas com câncer de mama no SUS, uma vez que a identificação de alterações germinativas nos genes BRCA1 e BRCA2 pode produzir informações clinicamente relevantes para a condução do caso, além de repercussões para o acompanhamento e o manejo do risco de novos cânceres na própria paciente e para a avaliação de risco de seus familiares., Entretanto, a FEMAMA identifica uma lacuna importante na versão preliminar do PCDT submetida à presente Consulta Pública: embora a testagem genética seja mencionada no documento, não está suficientemente explicitado que a testagem deve ser efetivamente realizada no âmbito do SUS e que sua realização deve observar critérios e orientações estabelecidos pelos órgãos competentes., A FEMAMA reconhece que a definição detalhada de critérios de elegibilidade, fluxos assistenciais, momento exato da jornada em que o teste deverá ser solicitado, responsabilidades dos diferentes pontos da rede e demais aspectos operacionais demanda uma linha de cuidado estruturada para a atenção às pessoas com predisposição hereditária ao câncer, cuja organização ainda se encontra em desenvolvimento., Nesse sentido, não se propõe que o PCDT estabeleça de forma arbitrária ou isolada critérios que dependam de uma linha de cuidado ainda em construção. Ao contrário, a FEMAMA entende que a definição desses elementos deve ocorrer de forma articulada entre as áreas técnicas e os órgãos competentes do Ministério da Saúde, considerando as evidências científicas, a organização da Rede de Atenção à Saúde e os fluxos assistenciais do SUS., Todavia, a existência de uma linha de cuidado em desenvolvimento não deve resultar na ausência de uma orientação mínima no PCDT. A simples menção à existência da testagem genética, sem explicitar que ela deve ser realizada de acordo com critérios e orientações oficiais, pode produzir uma situação de indefinição na implementação da tecnologia já incorporada ao SUS., Essa lacuna é particularmente preocupante porque a incorporação de uma tecnologia não se concretiza apenas pela sua previsão formal. É necessário que os documentos assistenciais que orientam gestores e profissionais de saúde reconheçam sua utilização dentro da jornada de cuidado. Os PCDT têm	Não se aplica.

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?
			justamente a finalidade de estabelecer critérios para diagnóstico, tratamento, acompanhamento e organização da assistência a serem observados pelos gestores do SUS., Dessa forma, a FEMAMA entende que a atualização do PCDT atualmente em consulta pública constitui uma oportunidade que não deve ser perdida. Caso o documento apenas registre que a linha de cuidado está em desenvolvimento, sem estabelecer qualquer orientação sobre a realização da testagem, poderá permanecer uma lacuna assistencial justamente no momento em que o SUS passa a disponibilizar a tecnologia., É importante considerar, ainda, que não há garantia de que uma nova atualização específica do PCDT ocorrerá em curto prazo. Adiar a inclusão dessa orientação para uma futura revisão poderá prolongar desnecessariamente o período entre a decisão de incorporação e o efetivo acesso das pacientes à tecnologia, criando uma barreira adicional à implementação da tecnologia., Por esse motivo, a FEMAMA propõe que o PCDT seja ajustado para contemplar expressamente que a testagem para identificação de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 deve ser realizada no SUS, observados os critérios, indicações e fluxos assistenciais estabelecidos pelos órgãos competentes do Ministério da Saúde e pelas diretrizes vigentes., Essa redação não exige que o PCDT antecipe ou substitua a linha de cuidado em elaboração. No entanto, permite que o documento reconheça a tecnologia já incorporada e assegure sua implementação de acordo com as orientações oficiais que vierem a ser estabelecidas, evitando interpretações que possam levar à não realização da testagem por ausência de previsão explícita., A FEMAMA considera que uma formulação dessa natureza oferece equilíbrio entre dois princípios importantes: de um lado, não estabelecer prematuramente critérios assistenciais que dependem de uma estrutura de cuidado ainda em desenvolvimento, de outro, não deixar sem orientação uma tecnologia que já foi formalmente incorporada ao SUS., Sugere-se a inclusão, na seção pertinente do PCDT, de redação semelhante a: “A testagem genética para identificação de mutações nos genes BRCA1 e BRCA2 deve ser realizada no âmbito do SUS, conforme critérios de indicação, momento da jornada assistencial, fluxos e demais orientações estabelecidos pelos órgãos competentes do Ministério da Saúde e pelas diretrizes vigentes.”, A inclusão dessa orientação é importante não apenas para conferir coerência entre a decisão de incorporação e o principal documento orientador da assistência ao câncer de mama, mas também para garantir que a incorporação se traduza em acesso efetivo e oportuno para as pacientes do SUS., A FEMAMA reforça que a definição detalhada dos critérios de indicação e do fluxo da testagem deve ser conduzida no âmbito técnico apropriado, com participação das áreas responsáveis pela organização da linha de cuidado e considerando a melhor evidência científica disponível. Entretanto, entende que essa definição não deve impedir que o PCDT, já nesta atualização, reconheça de maneira inequívoca a existência da tecnologia incorporada e a necessidade de sua realização segundo as orientações oficiais., Diante do exposto, a FEMAMA solicita a revisão do PCDT do Câncer de Mama para que a testagem genética para mutações nos	

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?
			genes BRCA1 e BRCA2 não seja apenas mencionada, mas tenha sua realização expressamente prevista no SUS, vinculada aos critérios, orientações e fluxos a serem estabelecidos pelos órgãos competentes., Essa alteração contribuirá para evitar ambiguidades na implementação da tecnologia, reduzir o risco de atrasos na efetivação do acesso e assegurar maior alinhamento entre a decisão de incorporação da CONITEC, a organização da assistência e o direito das pessoas com câncer de mama a um cuidado baseado em evidências, oportuno e equitativo., A FEMAMA entende que incorporar uma tecnologia ao SUS deve significar também criar as condições normativas e assistenciais necessárias para que ela alcance efetivamente quem dela necessita. A presente atualização do PCDT é uma oportunidade concreta para avançar nesse sentido.	

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	O GBECAM parabeniza o MS pela pronta atualização deste PCDT. , , Fazemos aqui nossas contribuições, pela ordem no documento:, (Anexamos um documento com a mesmas infromação do texto anterior, apenas com a formatação do texto mais clara e com a inserção de tabelas/figuras.), , Apresentação, Esta atualização foi suscitada pelas recomendações da CONITEC. Idealmente, o período de revisão/atualização poderia ser descrito aqui., , 4.2.2 Diagnóstico histológico e molecular, Na página 10 desta seção há uma divergência em relação ao item 5 (critérios de inclusão): , “A maioria (75% a 80%) dos cânceres de mama é constituída por carcinomas invasivos. Destes, o tipo histológico de carcinoma invasivo mais comum é o carcinoma mamário invasivo de tipo não especial (NST), anteriormente denominado carcinoma ductal invasivo sem outra especificação (SOE), seguido pelo carcinoma lobular invasivo (CLI)21. Além disso, há vários outros tipos especiais de carcinomas invasivos (como o micropapilar, metaplásico, mucinoso, tubular, entre outros), tendo a classificação histológica da neoplasia valor prognóstico independente. O presente Protocolo inclui estes dois tipos histológicos somente, sendo o termo “câncer de mama” utilizado como seus sinônimos ao longo do texto. ”, Entendemos que o presente protocolo se aplica a todos os carcinomas invasivos das mamas, conforme descrito no item 5 (critérios de inclusão)., , 8.1.1 Avaliação dos linfonodos axilares, Na página 26 deste item em:, LS após quimioterapia neoadjuvante: , Em pacientes com comprometimento linfonodal (cN0), as taxas de falso-negativo são , semelhantes àquelas encontradas com cirurgia primária., , Parece haver um erro de digitação: acreditamos que deveria ser :, Em pacientes SEM comprometimento linfonodal (cN0), , 9.2 Hormonioterapia, Sugestão: modificar e para e/ou: A hormonioterapia, também chamada de tratamento hormonal ou terapia endócrina, é um recurso importante quando o tumor expressar positividade na imunohistoquímica, para os receptores hormonais: RE E/OU RP., , 9.4. Critérios para optar pela adjuvância, Sugerimos aqui a retirada do termo “conservadora” uma vez que as pacientes submetidas a mastectomias também podem ter indicação de tratamento adjuvante. , “A terapia sistêmica adjuvante está indicada para as pacientes com câncer de mama em , estágio inicial e para aquelas com doença localmente avançada submetidas à cirurgia , conservadora com ou sem radioterapia.”, , 9.5 Doença inicial ou localmente avançada (estádios I a III), Parece haver um erro de digitação: “episilateral” seria provavelmente ipsilateral., , 9.5.1.3. Hormonioterapia adjuvante, Para além da incorporação do abemaciclibe neste cenário este tópico é de fundamental importância para um número expressivo de pacientes com câncer de mama. , Amenorreia induzida por quimioterapia é um achado frequente em mulheres pré-menopáusicas tratadas com esquemas citotóxicos adjuvantes. Contudo, a ausência de ciclos e a dosagem temporária de gonadotrofinas em níveis pós-menopáusicos não significam menopausa definitiva. ?Em mulheres com menos de 40 anos, a taxa de recuperação da função ovariana após amenorreia pós-quimioterapia atinge 70% a 80% dos casos [Smith et al., 2006, Swain et al., 2010]., , ?Em mulheres na faixa etária entre 40 e 49 anos,	O GBECAM parabeniza o MS pela pronta atualização deste PCDT. , Anexamos um documento com a mesmas infromação do texto anterior, apenas com a formatação do texto mais clara e com a inserção de tabelas/figuras.

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?
			até 20% a 39% recuperam a função folicular e a síntese estrogênica ao longo dos primeiros 2 anos após o término da quimioterapia [Bellet et al., 2012, Guerrieri et al., 2013]., ?No ensaio clínico do NSABP B-30, mesmo entre mulheres que permaneceram em amenorreia aos 12 meses pós-quimioterapia, 30,2% apresentaram retorno da função ovariana subsequentemente [Swain et al., 2010]., , Sendo assim a Supressão da Função Ovariana (SFO) com aLHRH é ponto importante das padronizações para o tratamento das mulheres com câncer de mama RH+ no SUS. O estudo sul-coreano ASTRRA e o programa internacional SOFT/TEXT fornecem dados fundamentais para a indicação de SFO com análogo do LHRH em mulheres pré-menopáusicas com câncer de mama RE+, mas diferem significativamente em termos de desenho, duração do bloqueio e desfechos de sobrevida. O ensaio ASTRRA avaliou especificamente mulheres com 45 anos ou menos submetidas à quimioterapia que mantiveram ou recuperaram a função ovariana, testando a adição de apenas 2 anos de SFO (Goserelina) ao Tamoxifeno por 5 anos. Embora não tenha demonstrado ganho estatisticamente significativo em Sobrevida Global (SG) aos 10 anos de acompanhamento (94,6% vs. 93,2%), o ASTRRA comprovou um benefício sustentado e expressivo em Sobrevida Livre de Doença (SLD) em 10 anos (83,7% vs. 75,9%), que chegou a um ganho absoluto de +10,9% no intervalo livre de câncer de mama no subgrupo de maior risco. Esse protocolo de menor duração (2 anos) se destaca por oferecer um excelente perfil de tolerabilidade e menor taxa de abandono do tratamento, sendo uma alternativa altamente viável e eficaz para pacientes de risco intermediário ou com baixa tolerabilidade aos sintomas climatéricos., ?Por outro lado, os ensaios analíticos SOFT e TEXT avaliaram um escopo mais amplo de pacientes pré-menopáusicas, testando a SFO por um período mais prolongado de 5 anos associada ao Tamoxifeno ou ao Inibidor de Aromatase (Exemestano/Anastrozol). A principal vantagem do programa SOFT/TEXT foi demonstrar, no acompanhamento de longo prazo de 12 anos, um ganho estatisticamente significativo em Sobrevida Global para o grupo de pacientes que realizou quimioterapia prévia — com taxas de SG em 12 anos de 84,4% para IA + SFO, 81,1% para Tamoxifeno + SFO e 78,8% para Tamoxifeno isolado. Contudo, a manutenção do bloqueio ovariano por 5 anos, especialmente em combinação com inibidores de aromatase, acarreta maior impacto na qualidade de vida (síndrome climatérica acentuada, perda de massa óssea e disfunção sexual), o que pode comprometer a adesão de longo prazo. Assim, enquanto o ASTRRA chancela a SFO por 2 anos como uma estratégia robusta e mais tolerável para redução de recidivas, o SOFT/TEXT consolida a SFO por 5 anos (preferencialmente com IA) como a conduta de escolha para pacientes de alto risco de recorrência (como acometimento nodal axilar importante ou tumores volumosos), nas quais o benefício em sobrevida global se sobrepõe ao perfil de toxicidade. Segue uma tabela como sugestão., , , Adicionalmente, como o uso de abemaciclibe pode aumentar eventos tromboembólicos, o uso de IA nos primeiros dois anos da hormonioterapia adjuvante é preferencial, tanto na pós quanto na	

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?
			pré menopausa (aqui com uso de SFO)., Sobre as pacientes na pós menopausa, a tabela pode condensar a duração total de tratamento., , 9.5.2.2. Tratamento sistêmico adjuvante (Tumores HER2+), A incorporação de TDM1 se deu num momento onde a neoadjuvância com trastuzumabe era apenas recomendada para tumores em EC III dentro do SUS. Hoje, com a incorporação da neoadjuvância em EC I e II, faria sentido ampliar o acesso às pacientes que mantêm doença residual - uma vez que na análise de subgrupos, o benefício é mantido (quicá até mais importante) nas pacientes linfonodo negativas que tem doença residual., , , N Engl J Med 2019, 380:617-628 DOI: 10.1056/NEJMoa1814017, , , 9.5.3.1. Tratamento neoadjuvante (Tumores triplo negativos), Aqui sugerimos que, no quadro 13, página 39, os esquema PCb seja citado com ou sem sequenciamento de AC. (J Clin Oncol. 2015 Jan 1, 33(1):13-21. doi: 10.1200/JCO.2014.57.0572. Epub 2014 Aug 4.), , 9.6.3. Câncer de mama avançado RH positivo , Dentro deste item, a frase: “Estes podem ser usados isoladamente, ou em combinação com a hormonioterapia, em mulheres com pouco volume de doença não visceral e perfil de sensibilidade à hormonioterapia (doença de novo, intervalo longo após hormonioterapia adjuvante, comportamento indolente)” pode ser dúvida, levando a crer que os iCDK4/6 podem ser utilizados como monoterapia. Apenas o abemaciclibe tem dado de eficácia no seu uso isolado e em linhas posteriores (Clin Cancer Res. 2017 May 22, 23(17):5218–5224). , , 9.6.3.1. Pacientes pós-menopáusicas - Segunda linha terapêutica, Sobre o a dose de fulvestranto: Existe ganho em SG da dose de 500mg sobre o de 250mg (Final Overall Survival: Fulvestrant 500 Mg vs 250 Mg in the Randomized CONFIRM Trial. Journal of the National Cancer Institute. 2014. Di Leo A, Jerusalem G, Petruzella L, et al.), , Na página 44, o nome do Quadro 15: “Esquemas terapêuticos de segunda linha para pacientes (pós-menopausa) com câncer de mama avançado (estádio IV) RH positivo e HER2 negativo” existe uma inconsistência conceitual., Uma paciente que tenha feito um tratamento para doença inicial com intuito curativo e tenha um estadiamento I, II ou III - no momento que ela tem uma recidiva à distância ela segue no seu estadiamento inicial (I, II ou III). A definição de estadio IV é uma paciente que se apresenta ao diagnóstico inicial com metástases (também referido como doença de novo)., , , 9.6.3.2. Pacientes pré-menopáusicas , Em pacientes selecionadas, especialmente aquelas que já fizeram quimioterapia, aLHRH q3m pode ser adequado., , 9.6.4. Câncer de mama avançado HER2 positivo, Adicionalmente aos esquemas listados de primeira linha, uma utra opção poderia ser Vinorelbina + Trastuzumabe + Pertuzumabe (Breast Cancer Res 18, 126 (2016). https://doi.org/10.1186/s13058-016-0773-6)., , Ainda neste tópico, vale ressaltar que, em pacientes com doença HER2 e RH positiva, existe evidência (aínd aque não avaliada pela CONITEC) do uso do Palbociclibe em adição a HT + Trastuzumabe + Pertuzumabe. Manter as pacientes por mais tempo sem progressão à 1a linha - num cenário onde não dispomos de nenhuma terapia antiHER2 recomendada após a progressão em 1 linha, seria de suma importância., , , N Engl J Med 2026, 394:451-462 DOI:	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
			10.1056/NEJMoa2511218, , , , 9.6.5. Câncer de mama avançado triplo negativo e linhas subsequentes , No Quadro 17 (página 47): “Esquemas terapêuticos para pacientes com câncer de mama avançado (estádio IV) triplo negativo” temos a mesma questão do quadro 15. Uma paciente que tenha feito um tratamento para doença inicial com intuito curativo e tenha um estadiamento I, II ou III - no momento que ela tem uma recidiva à distância ela segue no seu estadiamento inicial (I, II ou III). A definição de estadio IV é uma paciente que se apresenta ao diagnóstico inicial com metástases (também referido como doença de novo). Ainda neste quadro poderíamos acrescentar tratamento com ciclofosfamida oral (com ou sem metrotexato) como opção terapêutica em linhas subsequentes (Anticancer Res . 2012 Feb, 32(2):529-36.). , , 10.3. Critérios de interrupção de tratamento, Na página 49, sobre o Trastuzumabe, consta: , “Em pacientes com Fração de ejeção (FE) normal, o monitoramento da função cardíaca , com ecocardiograma durante o uso de trastuzumabe deve ser realizado a cada 3 meses. Em pacientes com alteração de FE ou FE limítrofe (50% a 55%), a periodicidade de monitoramento ecocardiográfico deve seguir as recomendações da Diretriz Brasileira de Cardio-oncologia. É importante o seguimento das orientações quanto à periodicidade do ecocardiograma, além da avaliação de sinais e sintomas de insuficiência cardíaca.” , , Pela dificuldade de acesso ao exame de ecocardiograma no SUS, sugerimos que o texto poderia dizer : “Em pacientes com Fração de ejeção (FE) normal, o monitoramento da função cardíaca com ecocardiograma durante o uso de trastuzumabe deve ser realizado é recomendado a cada 3 meses. Em pacientes com alteração de FE ou FE limítrofe (50% a 55%), a periodicidade de monitoramento ecocardiográfico deve seguir as recomendações da Diretriz Brasileira de Cardio-oncologia.” , , 10.3. Critérios de interrupção de tratamento, Na página 50, sobre Trastuzumabe Emtansina, consta: , “Tem sido observado nas pacientes com câncer de mama HER2 positivo um risco maior , do que o habitual de desenvolver uma ou mais metástases no SNC, região santuário, não alcançada pela maioria dos medicamentos antineoplásicos usados na quimioterapia adjuvante. Se a paciente desenvolver metástase isolada no SNC durante a quimioterapia adjuvante com trastuzumabe, o tratamento precisa ser substituído por um apropriado (cirurgia ou radioterapia). Se toda a lesão metastática tiver sido ressecada, proporcionando a chance de remissão em longo prazo, a quimioterapia adjuvante deve ser retomada para completar o período de uso do trastuzumabe originalmente programado. Se a paciente desenvolver metástase no SNC e em outro órgão, durante a quimioterapia adjuvante com trastuzumabe, o uso deste medicamento deve ser interrompido e não reiniciado.”, Acreditamos que o trecho que se refere ao trastuzumabe emtansina e não ao trastuzumabe. Sugerimos ainda retirar a palavra quimioterapia, para dar clareza aos leitores.,	

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	Sugiro que o documento inclua revisão das evidências científicas mais recentes relativas à tomossíntese mamária digital, considerando estudos que demonstram aumento das taxas de detecção de câncer invasivo e redução de reconvocações quando comparada à mamografia digital convencional.	Entendo que a atualização deste PCDT representa uma oportunidade importante para incorporar evidências científicas mais recentes relacionadas à tomossíntese mamária digital e seu potencial impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama., Considero relevante destacar que estudos internacionais publicados nos últimos anos demonstram que a tomossíntese mamária digital apresenta desempenho superior ao da mamografia digital bidimensional para a detecção de câncer de mama, especialmente em mulheres com mamas heterogeneamente densas ou extremamente densas. As evidências disponíveis apontam aumento das taxas de detecção de câncer invasivo, melhor caracterização de distorções arquiteturais e redução das reconvocações decorrentes de achados falso-positivos., Na minha avaliação, esses benefícios assumem importância ainda maior quando observados sob a perspectiva do diagnóstico precoce. A identificação de lesões em estágios iniciais está associada a melhores desfechos clínicos, maior possibilidade de tratamentos conservadores, redução da morbidade relacionada à doença avançada e potencial otimização dos recursos assistenciais. , Dessa forma, entendo que o PCDT poderia contemplar uma discussão mais abrangente sobre a tomossíntese mamária digital, reconhecendo as evidências atualmente disponíveis e seu potencial para aumentar a acurácia diagnóstica, particularmente em mulheres com mamas densas, nas quais as limitações da mamografia convencional são amplamente reconhecidas., A meu ver, a incorporação dessas evidências contribuiria para que o protocolo reflita de forma mais consistente a evolução da prática clínica e das estratégias voltadas à detecção precoce do câncer de mama.
08/09/2026	Profissional de saúde	Ruim	Incluir todos os antagonistas de GnRH como opções para o bloqueio ovariano em pacientes com câncer de mama na pré menopausa.	, , O bloqueio ovariano é fundamental no manejo de pacientes com câncer de mama na pré menopausa. A inclusão dessa estratégia para pacientes do SUS é fundamental, mas devemos considerar todas as opções, não somente goserrelina.
08/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Como familiar de uma paciente, considero importante que o tratamento do câncer de mama seja individualizado e que as diretrizes orientem melhor sobre quando os testes genômicos podem ajudar na escolha do tratamento.
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Necessário

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	Regular	Sobre: “Administração mensal de 3,6 mg análogo de LHRH, preferencialmente com goserrelina.”, Hoje a triptorelina tem sua indicação em bula para Ca de Mama: Câncer de mama: como tratamento adjuvante, em combinação com tamoxifeno ou um inibidor da aromatase, do câncer de mama em estágio inicial, receptores hormonais positivos em mulheres com alto risco de recorrência que são confirmadas como pré-menopáusicas após o término da quimioterapia. Também, entende-se através das literaturas disponíveis que não existem diferenças com resultados significativos entre os análogos existentes no mercado. A redação relatando que a goserrelina é preferencial, inclusive vai contra os Guidelines NCCN e SBOC, os quais não estabelecem preferência inequívoca por um agonista específico de GnRH. Em relação aos estudos clínicos, a triptorelina, também demonstra resultados significativos no Ca de Mama, A triptorelina possui evidência clínica robusta como método de supressão ovariana na terapia endócrina adjuvante de mulheres pré-menopáusicas com câncer de mama inicial receptor hormonal positivo. Sua presença nos estudos SOFT e TEXT fornece evidência direta para os regimes triptorelina mais tamoxifeno e triptorelina mais exemestano. Os resultados finais de 15 anos confirmam redução persistente de recorrência com a inclusão da supressão ovariana, com maior benefício absoluto em mulheres jovens e de alto risco. A análise final, publicada em 2026, em relação à triptorelina, incluiu 3.047 mulheres na população de intenção de tratar do SOFT e 2.660 no TEXT. A triptorelina foi o método farmacológico de supressão ovariana utilizado nos regimes avaliados pelos estudos SOFT e TEXT. O benefício oncológico demonstrado corresponde à estratégia endócrina completa, especialmente à associação da supressão ovariana com tamoxifeno ou exemestano.. No SOFT, o intervalo livre de câncer de mama em 15 anos foi: 78,6% com exemestano mais supressão ovariana, 75,7% com tamoxifeno mais supressão ovariana, 72,1% com tamoxifeno isolado. A comparação tamoxifeno mais supressão ovariana versus tamoxifeno apresentou HR 0,82, IC95% 0,69 a 0,98, p=0,03.	sobre a experiência do paciente entre a goserrelina e a triptorelina, os pacientes relatam melhor experiência com agulhas de fino calibre como o da triptorelina e que são fatores facilitadores de adesão: como possibilidade de diferentes intervalos de dose, ausência de necessidade de cadeia fria, facilidade logística, conforto da aplicação, experiência mais favorável do procedimento por ser intramuscular, onde os pacientes relatam menos ansiedade e dor com o procedimento referente à triptorelina. Aliado a esse fato, juntamente com os dados científicos da triptorelina, é essencial que ela, seja incluída no PCDT, assim como solicito a inclusão do medicamento na A F Oncologia.
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	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Refletam com consciência, vida não é número ????
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
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/1ATIXqiocnxsGPwn2SzjvJPw7e8bMf0wR/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/1ATIXqiocnxsGPwn2SzjvJPw7e8bMf0wR/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	Empresa	Boa	Sim. A presente contribuição propõe abrir o diálogo para a ampliação do acesso ao T-DM1 para pacientes diagnosticadas em estágio II com doença residual invasiva pós-neoadjuvância por representar uma conduta clínica de alta relevância. A barreira histórica que impedia o uso de T-DM1 em estágio II foi superada com a disponibilização regular da terapia neoadjuvante para este grupo de pacientes no SUS. , Portanto, sob a perspectiva de equidade assistencial e eficiência terapêutica, solicita-se respeitosamente a esta Comissão, dentro do processo de desenvolvimento do PCDT, a contemplação da elegibilidade das pacientes em estádios II e III com doença residual invasiva ao tratamento adjuvante com T-DM1, assegurando a maximização do potencial de cura destas mulheres.,	Não.
08/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	não	não
08/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Nao	Não
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Não
08/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	não	não
08/09/2026	Empresa	Regular	Sim. Vide anexo.	Sim. Vide anexo.
08/09/2026	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	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	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	"Sim., O texto atual do protocolo recomenda:, ""Administração mensal de 3,6 mg análogo de LHRH, preferencialmente com goserrelina.""", Entendemos que a menção preferencial a uma molécula específica não encontra respaldo explícito nas principais evidências clínicas que embasam a estratégia terapêutica nem nas diretrizes internacionais atualmente adotadas para este cenário. Dessa forma, sugerimos que o texto seja ajustado para contemplar a classe terapêutica dos agonistas de GnRH, preservando a flexibilidade assistencial e o alinhamento com a literatura científica., Proposta de Ajuste no Texto Operacional, Substituir:, ""Administração mensal de 3,6 mg análogo de LHRH, preferencialmente com goserrelina.""", Por:, ""Supressão da função ovariana com agonista de GnRH, conforme indicação clínica e disponibilidade assistencial.""", ou, alternativamente:, ""Supressão da função ovariana por meio de agonistas de GnRH.""", Acreditamos que essa adequação torna o texto mais aderente às evidências científicas disponíveis, aos estudos que sustentam a recomendação da supressão ovariana e às diretrizes internacionais vigentes, ampliando o acesso, preservando a qualidade assistencial e a flexibilidade terapêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde., "	Fundamentação teórica do ajuste textual proposto:, 1. Alinhamento com os estudos que fundamentam a recomendação da supressão ovariana, A utilização da supressão da função ovariana em mulheres pré-menopáusicas com câncer de mama RH+ de maior risco clínico apoia-se principalmente nos resultados dos estudos randomizados de fase III SOFT e TEXT., É importante destacar que, nesses estudos, a indução e manutenção da supressão ovariana foram realizadas com triptorrelina (3,75 mg intramuscular a cada 28 dias), constituindo a principal base de evidência clínica para os benefícios observados em termos de sobrevida livre de doença e desfechos de longo prazo., Considerando que os ensaios pivotais não utilizaram goserrelina como agente de referência, entendemos que a indicação de preferência por esta molécula específica não decorre diretamente da evidência clínica que fundamenta a recomendação da própria estratégia de supressão ovariana., 2. Consistência com diretrizes internacionais, As principais diretrizes internacionais para o tratamento do câncer de mama precoce hormônio sensível em mulheres pré-menopáusicas, incluindo ASCO, ESMO e NCCN, recomendam a utilização de agonistas de GnRH para supressão ovariana quando indicada., De forma consistente, tais documentos não estabelecem preferência por uma molécula específica dentro dessa classe terapêutica, concentrando suas recomendações na obtenção adequada da supressão ovariana como objetivo clínico do tratamento., Dessa forma, a manutenção de uma recomendação centrada na classe dos agonistas de GnRH apresenta maior alinhamento com a prática internacional baseada em evidências., 3. Flexibilidade terapêutica e gestão assistencial, A possibilidade de utilização de diferentes agonistas de GnRH contribui para maior flexibilidade terapêutica, permitindo ao médico assistente individualizar o tratamento conforme características clínicas da paciente e aspectos operacionais da rede de assistência., Adicionalmente, a adoção de uma recomendação baseada na classe terapêutica pode favorecer a sustentabilidade da assistência, reduzindo potenciais impactos relacionados à disponibilidade de produtos e contribuindo para a continuidade do tratamento no âmbito do SUS., 4. Consideração sobre a preferência por molécula específica, Na ausência de evidências clínicas comparativas que demonstrem superioridade de um agonista de GnRH sobre os demais para este propósito terapêutico, entendemos que a recomendação de preferência por uma molécula específica deveria estar claramente fundamentada por critérios técnicos, econômicos ou assistenciais explicitamente descritos no relatório., Caso tal

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?
				justificativa não esteja disponível, entendemos que a redação centrada na classe terapêutica representa alternativa mais compatível com a literatura científica e com os princípios da prática clínica baseada em evidências., Referências Bibliográficas, Pagani O, Regan MM, Walley BA, et al. Adjuvant exemestane with ovarian suppression in premenopausal breast cancer. N Engl J Med. 2014, 371(2):107-118., Francis PA, Pagani O, Fleming GF, et al. Tailoring Adjuvant Endocrine Therapy for Premenopausal Breast Cancer. N Engl JMed. 2018, 379(2):122-137., Burstein HJ, Lacchetti C, Anderson H, et al. Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update. J Clin Oncol. 2019, 37(5):423-438., Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2019, 30(8):1194-1220., NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. Current version available at: https://www.nccn.org,
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	NÃO	, , A Associação Nossa Casa de Apoio a Pessoas com Câncer manifesta-se favoravelmente à atualização das diretrizes para o cuidado do câncer de mama no SUS, reconhecendo os avanços relacionados ao diagnóstico, à caracterização molecular e às novas possibilidades terapêuticas., , Destacamos como avanço a incorporação da testagem de BRCA1/2 por NGS, mas consideramos fundamental que sua inclusão seja acompanhada da efetiva estruturação da linha de cuidado, com definição de critérios, fluxos de encaminhamento, realização dos testes e acesso aos resultados em tempo oportuno., , Também ressaltamos a importância de garantir acesso efetivo às tecnologias já incorporadas ao SUS, incluindo os inibidores de CDK4/6 para pacientes elegíveis e o abemaciclib no cenário adjuvante, conforme os critérios estabelecidos. A incorporação formal de uma tecnologia não pode ser considerada sinônimo de acesso., , Recomendamos ainda o fortalecimento da navegação de pacientes e da coordenação da jornada assistencial, contribuindo para reduzir atrasos entre suspeita, diagnóstico, caracterização molecular e início do tratamento., , A atualização do PCDT representa um avanço importante, mas seu impacto dependerá de sua implementação na prática. Não basta incorporar: é preciso implementar, monitorar e garantir acesso no tempo em que a paciente precisa., ,
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Está bom	Está bom
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Paciente	Boa	Nao	Não
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	"Terminologia e Classificação Cirúrgica: , -Atualizar os conceitos para diferenciar cirurgia conservadora de mastectomia (classificando esta em simples, poupadora de pele e poupadora do complexo areolopapilar)., - Corrigir e manter em caráter apenas histórico as descrições de mastectomia radical modificada (Patey e Madden), deixando explícito que a ressecção de peitorais e a linfadenectomia axilar sistemática não fazem parte do tratamento rotineiro contemporâneo. , , Margens Cirúrgicas e Reexcisão:, - Definir formalmente que, na cirurgia conservadora do carcinoma invasivo, a ""margem negativa"" é caracterizada unicamente pela ausência de tinta sobre o tumor invasivo ou CDIS associado, evitando reoperações e ressecções de volumes excessivos e sem respaldo. , , Ajuste nas Contraindicações Cirúrgicas:, - Reclassificar as doenças autoimunes (ex.: esclerose sistêmica e lúpus) como contraindicação relativa à cirurgia conservadora (avaliada junto à radioterapia)., - Reclassificar o carcinoma inflamatório (cT4d) como contraindicação absoluta à preservação mamária, indicando mastectomia total com esvaziamento axilar pós-tratamento sistêmico., , Descalonamento Axilar na Cirurgia Inicial:, - Incorporar os critérios dos estudos ACOSOG Z0011 e EORTC AMAROS, permitindo a omissão do esvaziamento axilar (ou substituição por radioterapia) em pacientes cT1-2 cN0 submetidas à cirurgia conservadora que apresentem de 1 a 2 linfonodos sentinela positivos. , , Padronização da Axila Pós-Neoadjuvância: , -Unificar e mover as diretrizes axilares pós-neoadjuvância para o capítulo cirúrgico geral (tornando-as aplicáveis a todos os subtipos)., - Permitir a biópsia de linfonodo sentinela/dissecção dirigida na axila convertida (ycN0) com o uso de marcação prévia, dupla amostragem e remoção de ? 3 linfonodos. , , Garantia Real de Reconstrução Mamária e Oncoplastia: , -Garantir a reconstrução mamária (imediata ou tardia), a simetrização contralateral e a cirurgia oncoplástica como direito efetivo do paciente no SUS, sem que a indisponibilidade local do serviço seja usada como barreira normativa. , , Cirurgia na Doença Metastática: , -Deixar claro que a ressecção do tumor primário assintomático na doença metastática não deve ser realizada de rotina para prolongar sobrevida, reservando-a para palição de sintomas (como dor, sangramento e ulcerações) ou casos oligometastáticos selecionados., , Qualificação e Estrutura Assistencial:, - Determinar que as cirurgias de mama no SUS sejam conduzidas por especialistas habilitados (Cirurgiões Oncológicos ou Mastologistas) em centros de alta complexidade, respeitando o prazo legal de 60 dias e garantindo códigos na Tabela SIGTAP com custeio compatível"	Anexo a nota com colaboração da SBCO

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	Todas as mulheres deveriam ter acesso a exames e tratamento pelo SUS sem pausas ou burocracia com tantos casos de câncer de mama em mulheres jovens	Exames gratuitos pelo sus sem uma longa fila de espera
08/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Hospital oncológico no Município de Ribeirão das Neves, com mais de 300 mil habitantes, e não tem nem Hospital para radioterapia, fazendo os pacientes saírem do Município e ficar o dia todo fora.	Nao

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/09/2026	Profissional de saúde	Regular	Posicionamento no Formulário: Concordo com ressalvas., Justificativa Técnica:, Esta contribuição propõe um ajuste pontual na redação do relatório preliminar do PCDT no que tange à estratégia de supressão da função ovariana (SFO) para mulheres na pré-menopausa diagnosticadas com câncer de mama receptor hormonal positivo (RH+)., O texto atual do protocolo orienta:, “Administração mensal de 3,6 mg análogo de LHRH, preferencialmente com goserrelina.”, A indicação preferencial de um único fármaco restringe o arsenal terapêutico sem que haja respaldo científico que determine a superioridade da goserrelina sobre os demais análogos. Solicitamos a revisão deste trecho pelos seguintes motivos:, 1. Descompasso entre a recomendação e a evidência científica basilar, A inclusão da SFO no PCDT para pacientes de maior risco apoia-se fortemente nos resultados dos ensaios clínicos randomizados de fase III SOFT e TEXT. É importante destacar que o agonista de GnRH empregado para induzir a supressão ovariana em ambos os estudos foi a triptorelina (na dose de 3,75 mg, via intramuscular, a cada 28 dias). Portanto, estabelecer uma preferência operacional pela goserrelina contraria a própria evidência metodológica (os estudos originais) utilizada para embasar a atualização do protocolo., 2. Alinhamento com os principais consensos globais, As diretrizes oncológicas de referência mundial — a exemplo da ASCO e da ESMO — indicam a supressão ovariana (em conjunto com tamoxifeno ou inibidores da aromatase) como o padrão-ouro para o subgrupo de pacientes na pré-menopausa com indicação para tal. Esses documentos focam no desfecho clínico (o bloqueio ovariano eficaz) e recomendam o uso da classe dos análogos de GnRH de forma ampla, sem estipular exclusividade ou preferência por um princípio ativo específico., 3. Autonomia médica e viabilidade assistencial, A pluralidade de opções dentro da classe dos agonistas de GnRH é fundamental na prática clínica. Ela garante ao oncologista a possibilidade de individualizar o tratamento, levando em consideração a tolerância da paciente, o perfil de eventos adversos e a disponibilidade de fornecimento nas farmácias de alto custo regionais. Manter o texto focado na classe medicamentosa resguarda a eficácia do tratamento e otimiza a gestão logística no SUS., Proposta de Ajuste no Texto Operacional:, Recomendamos que o trecho:, “Administração mensal de 3,6 mg análogo de LHRH, preferencialmente com goserrelina.”, Seja substituído por:, “Supressão da função ovariana com uso de agonistas de GnRH (como, por exemplo, triptorelina, goserrelina ou leuprorelina).”, Tal adequação garante que o PCDT brasileiro reflita com exatidão os ensaios clínicos pivotais e se mantenha em sintonia com a literatura oncológica internacional, sem perda de qualidade assistencial., Referências Bibliográficas:, Pagani O, Regan MM, Walley BA, et al. Adjuvant exemestane with ovarian suppression in premenopausal breast cancer. N Engl J Med. 2014, 371(2):107-118., Francis PA, Pagani O, Fleming GF, et al. Tailoring Adjuvant Endocrine Therapy for Premenopausal Breast Cancer. N Engl J Med. 2018, 379(2):122-137., Burstein HJ, Somerfield MR, Barton DL, et al. Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor-Positive Breast Cancer: ASCO Guideline Update. J Clin Oncol. 2016, 34(14):1689-	Sou ginecologista

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	Regular	1701., Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2019, 30(8):1194-1220. Sim. Sugere-se ampliar a atualização do PCDT no eixo diagnóstico., , Embora a presente atualização tenha sido motivada por incorporações específicas, o próprio texto de apresentação informa que o PCDT contém recomendações para diagnóstico, tratamento, acompanhamento e parâmetros de cuidado de pessoas com câncer de mama. Nesse contexto, entende-se que a versão final deveria contemplar também tecnologias diagnósticas já presentes e em expansão no SUS, atualmente não abordadas de forma suficiente no documento., , Em relação à imagem mamária, sugere-se incluir discussão específica sobre mamografia digital e tomossíntese mamária. A tomossíntese já integra aquisições públicas de mamógrafos realizadas por estados e municípios, com 26 processos identificados no Portal Nacional de Contratações Públicas, além de ter sido adquirida pelo próprio INCA em 2025, por meio de equipamento de mamografia digital 2D/3D com tomossíntese. Esses dados demonstram que a tecnologia já integra, na prática, a capacidade instalada do SUS, justificando que o PCDT estabeleça orientação técnica sobre seu papel, indicações e utilização na linha de cuidado., , Sugere-se também atualizar a seção referente às biópsias mamárias. O próprio histórico do PCDT registra que, em atualização anterior, foi formulada questão de pesquisa sobre a efetividade, segurança e custo-efetividade da mamotomia como biópsia percutânea em mulheres com indicação de biópsia por estereotaxia, comparada à biópsia cirúrgica, mas essa questão não chegou a ser desenvolvida. Considerando que essa lacuna permanece, recomenda-se retomar a avaliação da biópsia assistida a vácuo e explicitar suas possíveis indicações, especialmente em lesões não palpáveis, microcalcificações, distorções arquiteturais e outras situações em que a biópsia percutânea guiada por imagem possa evitar procedimentos cirúrgicos exclusivamente diagnósticos., , Esse ponto se torna ainda mais relevante diante de políticas públicas já implementadas pelo próprio Ministério da Saúde. O PRONON 2025 aprovou projetos que contemplam tecnologias voltadas à biópsia estereotáxica e ao diagnóstico mamário, incluindo mesa Affirm Prone. Há, portanto, investimento público federal em tecnologias que ainda não estão adequadamente refletidas nas recomendações diagnósticas do PCDT.	Considerando a instituição do Grupo de Trabalho para o Enfrentamento do Câncer de Mama – GT-MAMA/MS, entende-se ser importante que as discussões e recomendações técnico-científicas produzidas nesse âmbito sejam consideradas de forma explícita nas atualizações do PCDT do Câncer de Mama., , O GT-MAMA foi criado justamente para promover, avaliar e revisar temas relacionados às diretrizes e ações estratégicas de prevenção e controle do câncer de mama, além de subsidiar tecnicamente o aprimoramento das políticas públicas nessa área., , Nesse contexto, sugere-se maior integração entre os trabalhos do GT-MAMA e os processos de revisão do PCDT, especialmente em temas relacionados à modernização do diagnóstico, incorporação de novas tecnologias, organização da linha de cuidado e redução de desigualdades de acesso., , Essa articulação é particularmente relevante porque o SUS já vem incorporando, por diferentes mecanismos e níveis de gestão, novas tecnologias de imagem e diagnóstico mamário. Assim, o PCDT deve refletir de forma progressiva essas transformações, de modo a manter coerência entre as diretrizes nacionais, os investimentos públicos realizados e a prática assistencial já existente na rede.
08/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Nao
08/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Gostaria que no SUS a toca para prevenir queda de cabelo fosse mais acessível e o apoio psicológico também.	Não só reforçar o câncer de mama em Outubro, mas política mais eficaz de conscientização às mulheres.
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Gostaria de ser incluso novas pesquisas sobre o gema	Não
08/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Nao	Nao
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Nao	Nao

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, gostaria de contribuir. Inclui todas as informações que são importante para esta contribuição no documento anexado.	Contribuição Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama. , , Os inibidores de CDK4/6 revolucionaram o tratamento do câncer de mama receptor hormonal positivo/HER2-negativo, ao prolongarem a sobrevida das pacientes com doença avançada quando associados à terapia endócrina. Esta contribuição ao PCDT de câncer de mama receptor hormonal positivo/HER2-negativo avançado tem fundamentalmente o objetivo de integrar a evidência científica de eficácia dos inibidores de CDK4/6 com a heterogeneidade clínica observada na prática ¹ . Recomenda-se o uso rotineiro de um inibidor de CDK4/6 em combinação com terapia endócrina para grande maioria dos pacientes com doença avançada ² . Dados consistentes nos ensaios pivotais dos três agentes (abemaciclibe, ribociclibe ou palbociclibe) demonstram redução do risco de progressão de doença. Porém somente o abemaciclibe e o ribociclibe alcançaram o objetivo extremamente relevante de ganho de sobrevida global (SG) ³⁻²⁷ . O desfecho de SG é o “padrão-ouro” a ser avaliado nos estudos pivotais que avaliaram as três moléculas da classe dos inibidores de CDK4/6. Isto porque é um desfecho objetivo e de fácil mensuração, com menos vies de avaliação do que desfechos subjetivos (como qualidade de vida relatada) ou intermediários (resposta objetiva, taxa de resposta). A ganho de SG significam que um tratamento realmente prolonga a vida, não apenas retarda a progressão da doença, como o desfecho de sobrevida livre de progressão. SG incorpora tanto efeitos benéficos (redução da progressão tumoral, prevenção de metástases) quanto efeitos adversos graves (toxicidade que pode aumentar mortalidade). Deste modo a SG foi escolhida como o desfecho governante desta contribuição e foi alcançado nos estudos pivotais do abemaciclibe e do ribociclibe e não nos estudos do Palbociclibe. Contudo, é importante ressaltar que a escolha de um dos três inibidores de cdk 4/6 também deve ser adaptada a diferentes cenários clínicos ² ; - Perfil de sensibilidade Endócrina, - Status menopausa, - Volume de doença e local de metástases, - Paciente frágeis com múltiplas comorbidades (doença cardíaca, risco trombótico, insuficiência renal ou hepática, polimedicção), Deste modo a identificação de um perfil específico de acordo com diferentes cenários clínicos objetiva que o paciente possa acessar os tratamentos disponíveis no SUS facilitando sua jornada. A perfilação organiza o processo de avaliação clínica de modo a simplificar tanto a indicação do tratamento mais adequado quanto os eventuais ajustes de dose quando necessário. Paciente com alto volume de doença podem beneficiar-se de agentes com início de ação mais rápido ou de estratégias mais

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?
				intensivas, enquanto pacientes com baixo volume ou doença exclusivamente óssea podem priorizar fármacos com melhor perfil de tolerabilidade e preservação da qualidade de vida. Finalmente, em indivíduos com múltiplas comorbidades (doença cardíaca, risco trombótico, insuficiência renal ou hepática, polimedicção), a seleção deve equilibrar eficácia e segurança — evitando agentes com interações ou toxicidades específicas e ajustando doses/monitorização conforme necessário. Assim esta contribuição para PCDT mama visa combinar evidência clínica robusta com individualização baseada em características tumorais e condicionantes do paciente, visando otimizar benefício clínico e segurança. ,
08/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Todo apoio a pessoa com câncer é essencial,	Todo apoio para a mulher com câncer de mama é importante, essa situação deixa a pessoa sem chão, acaba afetando todos ao redor, muito triste pois os planos de saúde não cobrem os custos, tratam a paciente de forma ríspida , sem nenhum afeto ou acolhimento, e havendo os medicamentos disponibilizado a gratuitamente traz conforto e ânimo para o tratamento .
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Nao	Nao
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não gostaria de incluir	Não gostaria de comentar
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Tenho curiosidade de saber se tenho chance de ter cancer
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Não.	Sou paciente recém-tratada de câncer de mama na rede particular e gostaria de manifestar meu total apoio à atualização do PCDT (Consulta Pública 87/2026). Tive a oportunidade de receber o tratamento proposto de forma ágil e moderna pelo convênio/particular, o que foi decisivo para o controle da minha doença e para manter minha qualidade de vida. No entanto, a chance de cura e a sobrevivência não deveriam depender de a paciente ter ou não um plano de saúde. É urgente que as atualizações terapêuticas validadas pela ciência cheguem às pacientes do SUS com a mesma rapidez. Atualizar esse protocolo significa salvar vidas e garantir dignidade e equidade na saúde pública brasileira, diminuindo o abismo que hoje separa a medicina pública da privada no tratamento oncológico.

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	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	.	.
08/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	Nao	Nao
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	O que puder ser feito para o diagnóstico precoce e o tratamento adequado do câncer de mama é muito importante para reduzir a mortalidade por essa doença. São mulheres, mães, filhas, irmãs, esposas, profissionais que sustentam uma família, enfim, vidas humanas que devem ser cuidadas e preservadas.
08/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não
08/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Sugiro a inclusão de um capítulo ou seção específica sobre cuidado longitudinal e sobrevivência no câncer de mama, contemplando não apenas o controle da doença, mas também a prevenção e o manejo de efeitos tardios e persistentes relacionados ao câncer e seus tratamentos, incluindo sintomas menopausais, saúde óssea, função sexual, saúde mental, alterações cognitivas, linfedema, reabilitação, atividade física e retorno às atividades sociais e profissionais., Além disso, considero importante que o PCDT explicita a necessidade de atualização periódica e ágil das recomendações terapêuticas, considerando a rápida evolução do tratamento do câncer de mama. No cenário metastático, especialmente nos subtipos HER2-positivo e triplo-negativo, existem importantes avanços terapêuticos e biomarcadores preditivos que modificam a prática clínica. Ainda que a incorporação de novas tecnologias dependa de processos específicos da CONITEC, sugiro que o PCDT deixe explícita essa necessidade de atualização contínua, evitando que o protocolo nacional permaneça defasado em relação às evidências científicas e às tecnologias posteriormente incorporadas ao SUS., Por fim, sugiro que sejam melhor explicitados os princípios de decisão compartilhada e individualização do tratamento, considerando características clínicas e biológicas da doença, comorbidades, funcionalidade, toxicidades, qualidade de vida, preferências da paciente e objetivos do tratamento, particularmente na doença avançada.	Sem mais
08/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	A do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama é excelente e necessária.	O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama é de extrema importância para acelerar o diagnostico e o tratamento dos (as) pacientes, pois, essa doença quanto antes tratada maiores são as chances de cura e menor será o sofrimento do (a) paciente.
08/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Nao	Nao

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?
08/09/2026	Organização da Sociedade Civil	Boa	"A contribuição do Oncoguia sugere complementar e alterar o PCDT de câncer de mama nos seguintes aspectos:, Estruturação, no próprio protocolo, da linha de cuidado associada à testagem de BRCA1/2 — critérios de indicação, momento da solicitação, fluxo de encaminhamento e desdobramento do resultado em conduta., Racionalização dos quadros de esquemas terapêuticos, com distinção entre esquemas preferenciais e de exceção e correção da duração da hormonioterapia neoadjuvante., Supressão da expressão ""quando disponível"" aplicada ao Ki-67 e definição de parâmetros aferíveis para os critérios que decidem elegibilidade., Garantia de que a equivalência entre os inibidores de ciclina opere em favor da paciente, com fluxo definido para os casos de intolerância e de indisponibilidade no serviço, de modo que a judicialização deixe de ser o caminho de acesso a tecnologia já incorporada., Informação prévia sobre reconstrução mamária antes da decisão cirúrgica, com encaminhamento quando a técnica não estiver disponível, e extensão da decisão compartilhada às demais escolhas de consequência funcional relevante., Discussão sobre preservação da fertilidade antes do início do tratamento e manejo dos sintomas da menopausa induzida e da hormonioterapia prolongada., Previsão de reabilitação e manejo do linfedema, hoje nomeado como dano e ausente como cuidado., Especificação do inibidor de osteólise nas metástases ósseas e avaliação odontológica prévia ao seu início, para prevenção da osteonecrose de mandíbula., Conversão dos cuidados paliativos em capítulo próprio, reposicionado., Registro das lacunas tecnológicas, com prioridade para as alternativas terapêuticas após progressão no câncer de mama HER2-positivo metastático., O detalhamento das recomendações, bem como a justificativa, estão no documento em anexo., "	'-
08/09/2026	Paciente	Muito boa	Nao	Inclusão de do keytruda para pacientes com câncer de mama triplo negativo
08/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	NA	NA
09/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Que sejam fornecidos com celeridade todo o tratamento	Sim, que o tratamento deve ser fornecido com a maior urgência possível. E que o estado arque com o exame de core biopsy guiada por ressonância.
09/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	No
09/09/2026	Interessado no tema	Muito boa	acho muito importante o acesso à ifnormação das pessoas e também o acesso à saúde, aos cuidados para diagnósticos precoces e possibilidades de tratamento de câncer. Principalmente quem não tem condições de pagar um plano de saúde.	neste momento não
09/09/2026	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?
09/09/2026	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Ok	Ok
09/09/2026	Profissional de saúde	Muito boa	Nao	Nao
09/09/2026	Profissional de saúde	Boa	Recomenda-se complementar o item 4.4 com critérios objetivos de indicação da testagem germinativa, requisitos mínimos de qualidade analítica e fluxo de aconselhamento genético. A análise deve contemplar deleções e duplicações exônicas, por metodologia validada, com complementação quando necessária. O texto deve esclarecer que variantes de significado incerto não fundamentam intervenções clínicas e que resultado negativo não afasta predisposição hereditária quando persistem elementos clínicos ou familiares sugestivos., Propõe-se avaliar a ampliação da investigação para painéis multigênicos que incluam, além de BRCA1/2, genes com associação estabelecida ao câncer de mama e repercussão sobre o manejo, como PALB2, TP53, ATM e CHEK2, respeitadas as diferenças de penetrância e as indicações específicas de cada gene. Essa ampliação deve ser apresentada como proposta sujeita à avaliação própria, preservando-se a descrição da incorporação vigente. Recomenda-se também prever testagem em cascata dirigida à variante familiar patogênica ou provavelmente patogênica, vinculada ao acompanhamento pertinente.	A análise restrita a BRCA1/2 não esgota a investigação da predisposição hereditária ao câncer de mama. A avaliação de painéis multigênicos deve considerar o rendimento diagnóstico adicional em genes clinicamente relevantes e sua capacidade de modificar vigilância, prevenção e tratamento. O número de variantes identificadas, isoladamente, não constitui medida suficiente de benefício, devem ser ponderados a utilidade clínica dos achados, os resultados inconclusivos, o impacto orçamentário e a capacidade assistencial do SUS., A implementação exige definição dos serviços responsáveis pela solicitação, interpretação e devolutiva dos resultados, com prazos compatíveis com as decisões clínicas e acesso ao aconselhamento genético. Recomenda-se articular a avaliação diagnóstica à das intervenções correspondentes, sem pressupor indicação de inibidores de PARP para qualquer alteração em genes de reparo do DNA. A utilidade da testagem deve abranger também a prevenção de novos tumores e a identificação de familiares em risco.
09/09/2026	Paciente	Muito boa	Ser obrigatório o seguimentos destes protocolos em todos os hospitais públicos do país	Acrescentar cuidado com saúde mental e efeitos colaterais dos tratamentos
09/09/2026	Paciente	Boa	Não	Não
09/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não
09/09/2026	Paciente	Muito boa	Não	Não