

SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA

DIRETRIZES DE
TRATAMENTOS
ONCOLÓGICOS

2026

TUMORES DE CABEÇA E PESCOÇO

TIREOIDE: CARCINOMA DIFERENCIADO E ANAPLÁSICO

Colaboração



Apresentação

Esta diretriz tem como objetivo apoiar as decisões clínicas no tratamento de carcinomas de tireoide: carcinoma diferenciado e anaplásico. As diretrizes seguem níveis pré-definidos de evidência científica e força por trás de cada recomendação (Sistema Grade). Não são objetivos dessas diretrizes recomendações a respeito de considerações fisiopatológicas sobre as doenças. Cada opção terapêutica recomendada foi avaliada quanto à relevância clínica, mas também quanto ao impacto econômico. Assim, algumas alternativas podem ser recomendadas dentro de um cenário de restrição orçamentária no sistema público de saúde brasileiro.

AUTORES

Coordenação

Comitê de Tumores de Cabeça e Pescoço SBOC

Dra. Aline Lauda Freitas Chaves
Dr. Daniel Gonçalves Kischinhevsky
Dr. Gilberto de Castro Junior
Dra. Isabella Favato Barcelos
Dra. Ligia Traldi Macedo
Dra. Milena Mak
Dr. William William Jr.

Colaboração

Grupo Brasileiro de Câncer de Cabeça e Pescoço (GBCP)

Diretrizes de tratamentos oncológicos da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC | Capítulo "Tireoide: carcinoma diferenciado e anaplásico" DATA DE PUBLICAÇÃO 16/05/2026 PRESIDENTE Dra. Clarissa Baldotto PRESIDENTE ELEITO Dr. Fábio Franke PRESIDENTE DE HONRA Dra. Angélica Nogueira DIRETORIA Dr. André Sasse, Dra. Daniele Assad, Dra. Danielle Laperche, Dr. Helano Carioca, Dra. Marcela Crosara, Dr. Max Senna Mano, Dr. Rodrigo Guedes, Dr. Romualdo Barroso, Dr. William William CONSELHO FISCAL Dra. Aknar Calabrich, Dra. Ana Amélia Viana e Dr. José Aurílio Rocha ORGANIZAÇÃO E EDIÇÃO Rafael Luis Moura Lima do Carmo (DUO Consultoria e Design) PROJETO GRÁFICO Bruno de Jorge (DUO Consultoria e Design) CONTATO SBOC Av. Paulista, 2073, Horsa II, cj. 1003 - Conjunto Nacional - CEP: 01311-300 - São Paulo/SP TELEFONES (11) 3179.0090, (11) 3192.9284

Lista de abreviaturas

| | |
|----------------|--|
| AJCC | <i>American Joint Committee on Cancer</i> |
| ATA | <i>American Thyroid Association</i> |
| <i>BRAF</i> | Gene B-Raf |
| CDT | Carcinoma diferenciado de tireoide |
| DNA | Ácido Desoxirribonucleico |
| FR | Força de recomendação |
| IHQ | Imunohistoquímica |
| LFN | Linfonodo(s) |
| <i>MEK</i> | Gene <i>MEK</i> |
| NE | Nível de evidência |
| NGS | <i>Next-Generation Sequencing</i> (Sequenciamento de Nova Geração) |
| <i>NTRK1-3</i> | Gene <i>Neurotrophyc Tyrosin Receptor Kinase 1-3</i> |
| PET/CT | <i>Positron emission tomography/computed tomography</i> |
| PTEN | <i>Phosphatase and Tensin Homolog</i> (Fosfatase e Homólogo de Tensina) |
| QT | Quimioterapia |
| <i>RET</i> | Gene <i>RET</i> |
| RM | Ressonância magnética |
| RNA | Ácido Ribonucleico |
| RT | Radioterapia |
| SG | Sobrevida global |
| SLP | Sobrevida livre de progressão |
| TC | Tomografia computadorizada |
| <i>TSH</i> | Thyroid-stimulanting Hormone |
| VO | Via oral |

Estadiamento (AJCC 8ª edição)¹

Tumor primário

| T | Definição |
|-----|---|
| Tx | Não avaliável |
| T0 | Sem evidência de tumor primário |
| T1a | Tumor ≤ 1 cm, limitado à tireoide |
| T1b | Tumor > 1 cm e ≤ 2 cm, limitado à tireoide |
| T2 | Tumor > 2 cm e ≤ 4 cm, limitado à tireoide |
| T3 | Tumor > 4 cm, limitado à tireoide ou extensão extratireoidiana mínima (músculos infra-hioideos) |
| T3a | Tumor > 4 cm, limitado à tireoide |
| T3b | Tumor de qualquer tamanho com extensão extratireoidiana macroscópica invadindo apenas os músculos pré-tireoidianos (esternohioideo, esternotireoideo, tireohioideo ou omo-hioideo) |
| T4 | Doença moderadamente avançada ou avançada |
| T4a | Tumor de qualquer dimensão, com extensão extratireoidiana macroscópica invadindo tecidos adjacentes, incluindo tecido subcutâneo, laringe, traqueia, esôfago ou nervo laríngeo-recorrente |
| T4b | Tumor de qualquer dimensão, com invasão da fáscia pré-vertebral ou envolvendo vasos carotídeos ou mediastinais |

Linfonodos

| N | Definição |
|-----|--|
| Nx | Não avaliável |
| N0 | Ausência de metástases em LFN regionais |
| N0a | 1+ LFN benigno confirmado cito- ou histologicamente |
| N0b | Sem evidência de metástase em LFN regionais |
| N1 | Metástase em LFN regionais |
| N1a | Metástase em LFN regionais níveis VI ou VII (pré-traqueais, paratraqueais ou pré-laríngeos/delfianos ou mediastinais superiores); doença uni- ou bilateral |
| N1b | Metástase em LFN regionais níveis I, II, III, IV ou V (uni-, bi- ou contralateral) ou em LFN retrofaríngeos |

Metástases

| M | Definição |
|----|------------------------------------|
| M0 | Ausência de metástases à distância |
| M1 | Presença de metástases à distância |

Agrupamento TNM (AJCC 8ª edição)

CDT

≤ 55 anos

| Estádio | T | N | M |
|---------|----------|----------|----|
| I | Qualquer | Qualquer | M0 |
| II | Qualquer | Qualquer | M1 |

> 55 anos

| Estádio | T | N | M |
|---------|----------|----------|----|
| I | T1-T2 | N0/Nx | M0 |
| II | T1/T2 | N1 | M0 |
| | T3a/T3b | Qualquer | M0 |
| III | T4a | Qualquer | M0 |
| IVA | T4b | Qualquer | M0 |
| IVB | Qualquer | Qualquer | M1 |

Anaplásico

| Estádio | T | N | M |
|---------|----------|----------|----|
| IVA | T1-T3a | N0/Nx | M0 |
| IVB | T1-T3a | N1 | M0 |
| | T3b-T4b | N0/N1a | M0 |
| IVC | Qualquer | Qualquer | M1 |

Exames para estadiamento

Carcinoma diferenciado de tireoide (CDT)

No estadiamento inicial dos tumores diferenciados de tireoide geralmente indica-se exclusivamente ultrassom de pescoço.

Na doença avançada e com suspeita de invasão de estruturas locais, indica-se TC ou RM de pescoço.

Já na doença recidivada iodorrefratária, indica-se TC ou RM de pescoço e TC de tórax. PET/CT com FDG pode ser indicado.

Embora discutíveis, são considerados critérios para CDT iodorrefratário:²

- Pelo menos uma lesão mensurável sem captação de iodo-131;
- Pelo menos uma lesão mensurável que tenha progredido dentro de 12 meses da última dose de iodoterapia, apesar de ter captado iodo-131 no momento do tratamento;
- Dose cumulativa de iodo-131 > 600 mCi.

Testagem somática - idealmente por NGS (incluindo DNA e RNA):

- Mutação *BRAF V600E*;
- Fusão de *NTRK1-3*;
- Fusão de *RET*;
- Outras alterações genômicas acionáveis podem ser detectadas em exames baseados em NGS, sendo preferíveis painéis que incluam pesquisa de fusões (baseados em mRNA) ou mesmo painéis mais amplos que informem carga mutacional tumoral.

Testagem germinativa :

- A maioria dos CDT é esporádica;
- Não recomendamos a testagem germinativa rotineira em todos os pacientes com CDT na ausência de critérios clínicos sugestivos;
- Recomendamos que a testagem genética germinativa seja realizada quando houver suspeita clínica de síndrome hereditária associada ao CDT;
- Sugerimos avaliação para síndromes específicas, incluindo:
 - Síndrome de Cowden / PTEN *hamartoma tumor syndrome*;
 - Polipose adenomatosa familiar (gene APC);
 - Complexo de Carney;
 - DICER1 syndrome;
 - Outras síndromes raras associadas.
- Outra combinação de tumores e/ou cânceres em um paciente ou membros da família com suspeita para síndromes de predisposição hereditárias (eg complexo Carney, síndrome de Werner).

Sistema de Estratificação de Risco da ATA 2025

A classificação de risco de recorrência da American Thyroid Association (ATA) é aplicada após a cirurgia, permitindo estratificar pacientes com câncer diferenciado de tireoide conforme o risco de persistência ou recorrência da doença e orientar decisões sobre radioiodoterapia, intensidade do seguimento e grau de supressão do TSH.

Carcinoma papilífero de tireoide:

Alto risco (> 30%):

- T3a + ETE microscópica, T3b ou T4;
- ou QUALQUER T com qualquer um dos seguintes:
 - Pouco diferenciado ou alto grau;
 - Ressecção macroscópica incompleta (R2);
 - cN1 ≥ 3 cm;
 - Extensão extranodal (ENE);
 - Metástase à distância (M1).

Risco intermediário-alto (16-30%):

- T1, T2 ou T3a com qualquer um dos seguintes:
 - Multifocalidade bilateral >1 cm;
 - Metástases linfonodais laterais clinicamente evidentes (cN1b) <3 cm;
 - 2 ou mais fatores de risco baixo-intermediário;
 - Histologia agressiva;
 - Invasão vascular.

Risco intermediário-baixo (10-15%):

- T3a; ou T1 ou T2 com qualquer um dos seguintes:
 - Multifocalidade unilateral;
 - ETE microscópica;
 - cN1a ou pN1a >2 mm* ou >5 linfonodos;
 - Margens negativas ou margem microscópica positiva posterior (R1).

Baixo risco (<10%):

- T1 e T2 (≤ 4 cm):
 - Unifocal;
 - pN0a, ou cN0 e pN1a (≤ 5 linfonodos, todos ≤ 2 mm);
 - Margens negativas ou apenas margem microscópica positiva anterior (R1).

Carcinoma folicular ou carcinoma oncocítico de tireoide:

Alto risco (>30%):

- T3a + ETE microscópica, T3b ou T4;
ou QUALQUER T com qualquer um dos seguintes:
- Pouco diferenciado ou alto grau;
 - Amplamente invasivo;
 - Encapsulado angioinvasivo: invasão vascular extensa ≥ 4 vasos;
 - cN1 ≥ 3 cm;
 - Extensão extranodal (ENE);
 - Metástase à distância (M1).

Risco intermediário-alto (16-30%):

- T1, T2 ou T3a com qualquer um dos seguintes:
- Metástases linfonodais laterais clinicamente evidentes (cN1b) < 3 cm;
 - 2 ou mais fatores de risco baixo-intermediário.

Risco intermediário-baixo (10-15%):

- T3a; ou T1 ou T2 com qualquer um dos seguintes:
- ETE microscópica;
 - Invasão vascular limitada < 4 vasos;
 - cN1a ou pN1a > 2 mm* ou > 5 linfonodos;
 - Margens negativas ou margem microscópica positiva posterior (R1).

Baixo risco (<10%):

- T1 e T2 (≤ 4 cm):
- Minimamente invasivo: apenas invasão capsular;
 - pN0a, ou cN0 e pN1a (≤ 5 linfonodos, todos ≤ 2 mm);
 - Margens negativas ou apenas margem microscópica positiva anterior (R1).

Anaplásico^{3,4}

Representa 1 a 2% dos carcinomas de tireoide e possui prognóstico muito reservado – com SG mediana de 4 meses e com apenas 20% dos pacientes vivos em um ano.

Pode ser oriundo de um CDT e sofrer transformação para carcinoma anaplásico ou coexistir com o CDT.

São tumores morfológicamente heterogêneos e devem ser distinguidos de outros tumores do pescoço, incluindo carcinoma escamoso da laringe, sarcomas e linfomas.

Como as células tumorais são altamente indiferenciadas, com poucas ou nenhuma característica das células tireoidianas normais, o diagnóstico definitivo é um desafio, mas deve ser feito rapidamente, devido ao caráter agressivo e fatal dessa neoplasia.

A mutação em *BRAF V600E* é encontrada em 25 a 40% dos tumores e deve ser pesquisada (por NGS ou IHQ) em todos os casos. Tendo em vista a agressividade da doença fluxo de testagem rápida do *BRAF* deve ser estabelecido de acordo com o contexto e a realidade de cada instituição.

Exames de imagem:

- Preferencial: PET/CT;
- Se PET/CT não disponível: TC pescoço/tórax/abdome/pelve e cintilografia óssea;
- RM crânio.

Tratamento

CDT iodorrefratário

| | |
|-------------------------|---|
| Para todos os pacientes | Seguimento clínico exclusivo se baixo volume de doença e paciente oligossintomático <small>NE ALTO/FR FORTE</small> |
| | Metastasectomia ou terapias ablativas em casos selecionados <small>NE MODERADO/FR FORTE</small> |
| | Manter TSH suprimido (<0,1) <small>NE ALTO/FR FORTE</small> |

Terapia sistêmica SEM mutação dirigida:

| 1ª linha | Terapias subsequentes |
|--|---|
| Lenvatinibe 24 mg VO 1x/dia continuamente ⁵ <small>NE ALTO/FR FORTE</small> | Cabozantinibe 60 mg VO 1x/dia continuamente (após falha a lenvatinibe ou sorafenibe) ⁶ <small>NE ALTO/FR FORTE</small> |
| Sorafenibe 400 mg VO 2x/dia continuamente ⁷ <small>NE ALTO/FR FORTE</small> | |

Terapia sistêmica COM mutação dirigida:

Mutação de *BRAF V600E*

| 1ª linha | Terapias subsequentes |
|--|---|
| Lenvatinibe 24 mg VO 1x/dia continuamente ⁵ <small>NE ALTO/FR FORTE</small> | Cabozantinibe 60 mg VO 1x/dia continuamente (após falha a lenvatinibe ou sorafenibe) ⁶ <small>NE ALTO/FR FORTE</small> |
| | Dabrafenibe 150 mg VO 2x/dia + Trametinibe 2 mg VO 1x/dia continuamente ⁸ <small>NE MODERADO/FR FRACA</small> |
| | Dabrafenibe 150 mg VO 2x/dia continuamente ⁸ <small>NE MODERADO/FR FORTE</small> |
| | Vemurafenibe 960 mg VO 2x/dia continuamente ⁹ <small>NE MODERADO/FR FRACA</small> |

Fusão de *NTRK1-3*

| 1ª linha | Terapias subsequentes |
|--|---|
| Larotrectinibe 100 mg VO 2x/dia continuamente ^{10,11} <small>NE ALTO/FR FORTE</small> | Lenvatinibe 24 mg VO 1x/dia continuamente ⁵ <small>NE ALTO/FR FORTE</small> |
| | Cabozantinibe 60 mg VO 1x/dia continuamente (após falha a lenvatinibe ou sorafenibe) ⁶ <small>NE ALTO/FR FORTE</small> |

Fusão de RET

| 1ª linha | Terapias subsequentes |
|---|--------------------------------|
| Selpercatinibe ¹² NE ALTO/FR FORTE | Lenvatinibe NE ALTO/FR FORTE |
| | Cabozantinibe NE ALTO/FR FORTE |

Considerações e bases científicas para recomendações

No contexto de doença refratária e em progressão, dois inibidores de tirosina quinase demonstraram ganho de SLP em relação a placebo em ensaios clínicos de fase III, independente de biomarcador: sorafenibe (10,8 *versus* 5,8 meses; HR 0,59; IC 95% 0,45-0,76)⁷ e lenvatinibe (18,3 *versus* 3,6 meses; HR 0,21; IC 95% 0,14-0,31).⁵ A taxa de resposta com sorafenibe no primeiro estudo foi de 12% ao passo que, no segundo estudo, com lenvatinibe, 64,8% dos pacientes atingiram resposta parcial. Embora sorafenibe e lenvatinibe não tenham sido comparados diretamente, a questão da taxa de resposta tem sido utilizada na prática clínica como critério de seleção entre as drogas.

O estudo Cosmic-311 é um estudo de fase III que comparou cabozantinibe a placebo após falha a lenvatinibe ou sorafenibe. O estudo foi positivo para o seu desfecho primário de SLP (mediana NR *versus* 1,9 mês; HR 0,22; IC 96% 0,13-0,36; $p < 0,001$). A taxa de resposta com cabozantinibe foi de 15%.⁶

Cerca de 50% de pacientes com CDT apresentam mutação *BRAF V600E*. Nesse cenário vemurafenibe demonstrou taxa de resposta de 38,5% e 27,3% na primeira e segunda linha, respectivamente, em ensaio clínico de fase II.⁹ Outro estudo de fase II comparou dabrafenibe *versus* dabrafenibe + trametinibe e não encontrou diferença de taxa de resposta entre os braços (50% *versus* 54%).⁸

Tumores sólidos com fusões de *NTRK* apresentam alta taxa de resposta com larotrectinibe,¹⁰ incluindo carcinomas diferenciados de tireoide.¹¹ Assim, larotrectinibe tem sido considerado opção como primeira linha tratamento nesse cenário.

Tumores com fusão de *RET* apresentam respostas altas e sustentadas ao selpercatinibe.¹²

Outros inibidores de tirosina quinase foram testados, em estudos menores, como sunitinibe, axitinibe, pazopanibe e everolimus, com diferentes taxas de resposta.

Anaplásico

Devido a raridade dessa doença, as abordagens mencionadas são baseadas em dados retrospectivos e séries de casos.

Estádio IVA

Cirurgia seguida de RT concomitante à QT (cisplatina, doxorubicina ou paclitaxel)

NE BAIXO/FR FORTE¹³

Estádio IVB

Se possível, cirurgia seguida de RT concomitante à QT (cisplatina, doxorubicina ou paclitaxel)

NE BAIXO/FR FORTE¹³

Com mutação de *BRAF V600E*: considerar inibidor de *BRAF/MEK* neoadjuvante

NE MODERADO/FR FORTE^{14,15}

Estádio IVC

Com mutação de *BRAF V600E*: preferencialmente inibidor de *BRAF/MEK*

NE MODERADO/FR FORTE^{14,15}

Sem mutação de *BRAF V600E*: QT paliativa

NE MUITO BAIXO/FR FRACA

- Paclitaxel + Carboplatina a cada 21 dias;
- Paclitaxel semanal;
- Doxorubicina.

Considerações e bases científicas para recomendações

A frequência de mutação *BRAF V600E* foi reportada entre 10 a 40% dos casos. O estudo de fase II Roar avaliou a combinação de dabrafenibe e trametinibe em 36 pacientes com carcinoma anaplásico de tireoide com mutação *BRAF V600E*, demonstrando uma taxa de resposta global de 56%, incluindo três respostas completas. A SLP mediana foi de 6,7 meses e a SG mediana foi de 14,5 meses. A taxa de pacientes vivos em 24 meses foi de 31,5%.^{14,15}

A adição de imunoterapia ao duplo bloqueio *BRAF/MEK* foi investigada no estudo de Zafereo *et al.*, que avaliou terapia perioperatória com pembrolizumabe, dabrafenibe e trametinibe em pacientes com ATC *BRAF V600E* mutado nos estádios IVB e IVC. Dos 36 pacientes analisados, 72% obtiveram resposta parcial ou completa radiológica. A taxa de ressecção cirúrgica foi de 83% (30 pacientes), com 29 pacientes atingindo ressecção R0/R1 e 20 pacientes com resposta patológica completa. A SLP mediana foi de 13,9 meses, com SLP em 2 anos de 36%.¹⁶ A SG mediana foi de 20 meses, com SG em 2 anos de 48% – resultados superiores aos observados com a combinação dabrafenibe e trametinibe isoladamente no estudo Roar.¹⁴⁻¹⁶

É importante ressaltar que o pembrolizumabe não possui aprovação regulatória pela Anvisa para essa indicação específica no Brasil.

Referências

1. Amin MB, Edge S, Greene F, Byrd DR, Brookland RK, Washington MK, et al., organizadores. AJCC Cancer Staging Manual [Internet]. 8o ed. Springer International Publishing; 2017 [citado 7 de agosto de 2019]. Disponível em: <https://www.springer.com/gp/book/9783319406176>.
2. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. janeiro de 2016;26(1):1–133.
3. Smallridge RC, Ain KB, Asa SL, Bible KC, Brierley JD, Burman KD, et al. American Thyroid Association guidelines for management of patients with anaplastic thyroid cancer. *Thyroid*. novembro de 2012;22(11):1104–39.
4. Cabanillas ME, Ahmed S, Wang JR. Management of Anaplastic and Recurrent Differentiated Thyroid Cancer: Indications for Surgical Resection, Molecular Testing, and Systemic Therapy. *Neuroimaging Clin N Am*. agosto de 2021;31(3):359–66.
5. Schlumberger M, Tahara M, Wirth LJ, Robinson B, Brose MS, Elisei R, et al. Lenvatinib versus placebo in radioiodine-refractory thyroid cancer. *N Engl J Med*. 12 de fevereiro de 2015;372(7):621–30.
6. Brose MS, Robinson B, Sherman SI, Krajewska J, Lin CC, Vaisman F, et al. Cabozantinib for radioiodine-refractory differentiated thyroid cancer (COSMIC-311): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. agosto de 2021;22(8):1126–38.
7. Brose MS, Nutting CM, Jarzab B, Elisei R, Siena S, Bastholt L, et al. Sorafenib in radioactive iodine-refractory, locally advanced or metastatic differentiated thyroid cancer: a randomised, double-blind, phase 3 trial. *Lancet*. 26 de julho de 2014;384(9940):319–28.
8. Shah MH, Wei L, Wirth LJ, Daniels GA, De Souza JA, Timmers CD, et al. Results of randomized phase II trial of dabrafenib versus dabrafenib plus trametinib in BRAF-mutated papillary thyroid carcinoma. *J Clin Oncol*. 20 de maio de 2017;35(15_suppl):6022–6022.
9. Brose MS, Cabanillas ME, Cohen EEW, Wirth LJ, Riehl T, Yue H, et al. Vemurafenib in patients with BRAF(V600E)-positive metastatic or unresectable papillary thyroid cancer refractory to radioactive iodine: a non-randomised, multicentre, open-label, phase 2 trial. *Lancet Oncol*. setembro de 2016;17(9):1272–82.
10. Drilon A, Laetsch TW, Kummar S, DuBois SG, Lassen UN, Demetri GD, et al. Efficacy of Larotrectinib in TRK Fusion–Positive Cancers in Adults and Children. *N Engl J Med*. 22 de fevereiro de 2018;378(8):731–9.

- 11.** Cabanillas ME, Drilon A, Farago AF, Brose MS, McDermott R, Sohal D, et al. 1916P Larotrectinib treatment of advanced TRK fusion thyroid cancer. *Ann Oncol.* 1o de setembro de 2020;31:S1086.
- 12.** Wirth LJ, Sherman E, Robinson B, Solomon B, Kang H, Lorch J, et al. Efficacy of Selpercatinib in RET-Altered Thyroid Cancers. *N Engl J Med.* 2020 Aug 27;383(9):825–35.
- 13.** Kwon J, Kim BH, Jung HW, Besic N, Sugitani I, Wu HG. The prognostic impacts of postoperative radiotherapy in the patients with resected anaplastic thyroid carcinoma: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer.* maio de 2016;59:34–45.
- 14.** Subbiah V, Kreitman RJ, Wainberg ZA, Cho JY, Schellens JHM, Soria JC, et al. Dabrafenib and Trametinib Treatment in Patients With Locally Advanced or Metastatic BRAF V600-Mutant Anaplastic Thyroid Cancer. *J Clin Oncol.* 1o de janeiro de 2018;36(1):7–13.
- 15.** Subbiah V, Kreitman RJ, Wainberg ZA, Cho JY, Schellens JHM, Soria JC, et al. Dabrafenib plus trametinib in patients with BRAF V600E-mutant anaplastic thyroid cancer: updated analysis from the phase II ROAR basket study. *Ann Oncol.* 2022 Apr;33(4):406–15.
- 16.** Zafereo M, Wang RJ, Busaidy NL, Dadu R, Iyer PC, Waguespack SG, et al. Neoadjuvant pembrolizumab in combination with dabrafenib and trametinib (DTP) for BRAF V600E-mutated anaplastic thyroid cancer (BRAF m-ATC): A multi-center phase 2 trial. *J Clin Oncol.* 2025 Jun;43(16_suppl):6008–6008.

ANEXO 1

Sistema Grade de níveis de evidência e força da recomendação

Níveis de evidência

| Nível | Definição | Implicações | Fonte de informação |
|-------------|--|--|--|
| Alto | Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado. | É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito. | - Ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. - Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*. |
| Moderado | Há confiança moderada no efeito estimado. | Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa. | - Ensaios clínicos com limitações leves**. - Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*. |
| Baixo | A confiança no efeito é limitada. | Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito. | - Ensaios clínicos com limitações moderadas**. - Estudos observacionais comparativos: coorte e caso controle. |
| Muito baixo | A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados. | Qualquer estimativa de efeito é incerta. | - Ensaios clínicos com limitações graves**. - Estudos observacionais comparativos presença de limitações**. - Estudos observacionais não comparados***. - Opinião de especialistas. |

Força de recomendação

| Público alvo | Forte | Fraca (condicional) |
|------------------------|--|---|
| Gestores | A recomendação deve ser adotada como política de saúde na maioria das situações | É necessário debate substancial e envolvimento das partes interessadas |
| Pacientes | A maioria dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada e apenas um pequeno número não aceitaria essa recomendação | Grande parte dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada; contudo alguns indivíduos não aceitariam essa recomendação |
| Profissionais de saúde | A maioria dos pacientes deve receber a intervenção recomendada | O profissional deve reconhecer que diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente para definir uma decisão consistente com os seus valores e preferências |



É PROFISSIONAL DA SAÚDE?

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS EXCLUSIVOS DE SER ASSOCIADO(A) SBOC:



Biblioteca Virtual com acesso gratuito a mais de **900 periódicos**, como Nature Cancer, The Lancet Oncology e JAMA Oncology



Visibilidade profissional, com a possibilidade de ser convidado(a) para palestrar em eventos da SBOC ou integrar os Comitês da instituição



Uso da sede SBOC para reuniões e aulas virtuais mediante agendamento



Networking profissional



Redução na inscrição do Congresso SBOC que pode chegar a mais de **50%** nos primeiros lotes



Acesso a cursos e eventos na OncoAcademy – a nova plataforma educacional da SBOC



Acesso ao SBOC Review, uma seleção periódica de artigos científicos recém-publicados nas melhores revistas da especialidade



Simplificação do processo de associação à ASCO e à ESMO (com direito à gratuidade na entidade europeia)



Possibilidade de participação do programa de **Capacitação em Pesquisa Clínica**



Redução de, pelo menos, **40%** no valor da inscrição do exame para a **Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica**

RESIDENTES MÉDICOS EM ONCOLOGIA CLÍNICA NÃO PAGAM ANUIDADE!

SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA

**ASSOCIE-SE
AQUI!**

