

SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA

DIRETRIZES DE
TRATAMENTOS
ONCOLÓGICOS

2026

TUMORES DE CABEÇA E PESCOÇO

TIREOIDE: CARCINOMA MEDULAR

Colaboração



Apresentação

Esta diretriz tem como objetivo apoiar as decisões clínicas no tratamento de carcinoma medular de tireoide. 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 medular" DATA DE PUBLICAÇÃO 29/04/2026 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

5-FU	5-Fluorouracil
AJCC	<i>American Joint Committee on Cancer</i>
CEA	<i>Carcinoembryonic antigen</i> (antígeno carcinoembrionário)
CMT	Carcinoma medular de tireoide
DTIC	Dacarbazina
EBRT	<i>External beam radiotherapy</i> (Radioterapia externa)
EV	Endovenoso
FR	Força de recomendação
LFN	Linfonodo(s)
MEN	<i>Multiple Endocrine Neoplasia</i> (neoplasia endócrina múltipla)
NE	Nível de evidência
NGS	<i>Next-generation sequencing</i>
PET/CT	<i>Positron emission tomography/computed tomography</i>
QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
SG	Sobrevida global
SLP	Sobrevida livre de progressão
TC	Tomografia computadorizada
USG	Ultrassonografia
VEGFR2	<i>Vascular endothelial growth factor receptor 2</i>
VO	Via oral

Estadiamento (AJCC 8ª edição)¹

Tumor primário	
T	Definição
Tx	Não avaliável
T0	Sem evidência de tumor primário
T1	Tumor ≤ 2 cm, limitado à tireoide
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 mínima (apenas músculos infra-hioideos)
T4	Doença avançada
T4a	Tumor de qualquer dimensão, com extensão além da cápsula com invasão de partes moles subcutâneas, laringe, traqueia, esôfago ou nervo laríngeo recorrente
T4b	Tumor de qualquer dimensão, com invasão da fáscia pré-vertebral ou envolvimento da artéria carótida ou de vaso mediastinal

Linfonodos	
N	Definição
Nx	Não avaliável
N0	Ausência de metástases em LFN regionais
N0a	≥ 1 LFN citológico ou histológico negativo
N0b	Ausência de LFN regional clínico ou radiológico
N1	Metástase em LFN regionais
N1a	Metástase em LFN regionais níveis VI ou VII (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

Estádio	T	N	M
I	T1	N0	M0
II	T2/T3	N0	M0
III	T1-T3	N1a	M0
IVA	T4a	Qualquer	M0
	T1-T3	N1b	M0
IVB	T4b	Qualquer	M0
IVC	Qualquer	Qualquer	M1

Exames para estadiamento

O carcinoma medular de tireoide (CMT) é uma neoplasia neuroendócrina das células C tireoideanas. Corresponde a 5% do total de tumores da tireoide e habitualmente tem evolução indolente, embora seu curso clínico seja heterogêneo. Cerca de 75% dos casos são esporádicos e 25% são hereditários, associados à neoplasia endócrina múltipla (MEN) do tipo 2A e 2B.²

A investigação inicial inclui:

- Pesquisa de marcadores tumorais (calcitonina e CEA);
- Exclusão de hiperparatireoidismo primário e feocromocitoma (condições associadas a NEM2);
- TC/RM do pescoço em todos os pacientes, acompanhadas de TC de tórax, RM de abdome e cintilografia óssea se calcitonina superior a 500 pg/mL ou suspeita de disseminação à distância;³
- Considerar estadiamento à distância com PET/CT Gálio-69 DOTATATE, se disponível;
- Realização de teste genético germinativo para o gene *RET* em todos os pacientes com CMT (para diagnosticar formas hereditárias e orientar familiares). Essa testagem deve ser feita por coleta de sangue ou *swab* bucal (saliva). Mutações germinativas do gene *RET* estão presentes em mais de 95% dos pacientes com MEN 2A e MEN 2B. Além disso, cerca de 6% dos casos inicialmente classificados como esporádicos podem apresentar alteração germinativa de *RET*, o que reforça a necessidade da testagem universal.³⁻⁵

Tratamento

Doença inicial

Tratamento cirúrgico:

- Tireoidectomia total com esvaziamento cervical central bilateral (nível VI) constitui o tratamento padrão, em razão da natureza multifocal da doença;
- Na presença de metástases em LFN cervicais (níveis II–V) ou de doença volumosa no compartimento central, identificadas por avaliação clínica e/ou radiológica, deve-se considerar a realização de esvaziamento cervical lateral ipsilateral ou bilateral;
- Considerar RT adjuvante caso se identifique doença T4 ou com margens positivas;
- Avaliar reabordagem do pescoço se a primeira intervenção tiver sido incompleta ou se houver detecção de recidiva local ressecável.^{4,5}

Doença avançada irressecável ou metastática

A testagem para mutação somática de RET, com as análises de lâminas e blocos do tumor, é recomendada na doença avançada ou metastática uma vez que identifica os pacientes que podem se beneficiar dos inibidores específicos de RET.^{4,6}

Seguimento clínico exclusivo:

- Se baixo volume de doença ou evolução assintomática/oligossintomática.^{3,4}

Metastasectomia, EBRT e/ou terapias ablativas:

- Devem ser consideradas em casos selecionados, na presença de dor, compressão mecânica ou síndromes hormonais relacionadas a doença avançada, com o objetivo de controle de sintomas e melhoria na qualidade de vida.^{3,4}

Terapia de suporte:

- Bisfosfonados ou denosumabe no caso de metástases ósseas e agentes antimotilidade (loperamida) ou análogos da somatostatina em pacientes com sintomas hormonais da doença.^{3,4}

O tratamento sistêmico deve ser iniciado apenas se houver:

- Progressão clinicamente significativa e idealmente documentada por RECIST;
- Doença sintomática ou com risco de complicações (doença volumosa, rapidamente progressiva e síndromes hormonais).^{3,4,7}

Tipo de tratamento	Opções	NE/FR
Terapia-alvo	Vandetanibe 300 mg/dia VO continuamente (sem mutação <i>RET</i> ou contraindicação/indisponibilidade do selpercatinibe)	NE ALTO/FR FORTE
	Cabozantinibe 60 mg/dia VO continuamente (sem mutação <i>RET</i> ou contraindicação/indisponibilidade do selpercatinibe)	NE MODERADO/FR FORTE
	Selpercatinibe 160 mg 12/12 horas VO continuamente (se mutação do <i>RET</i> presente)	NE ALTO/FR FORTE
	Outros agentes, como Sunitinibe, Sorafenibe, Pazopanibe e Lenvatinibe	NE BAIXO/FR FRACA
QT citotóxica	Dacarbazina (DTIC) 1.000 mg/m ² EV D1 a cada 4 semanas	NE BAIXO/FR FRACA
	DTIC 250 mg/m ² + 5-FU 450 mg/m ² EV D1 a D5 a cada 4 semanas	NE BAIXO/FR FRACA
	Ciclofosfamida 750 mg/m ² EV D1 + Vincristina 1,4 mg/m ² EV D1 + DTIC 600 mg/m ² EV D1 e D2 a cada 3 semanas	NE BAIXO/FR FRACA
	5-FU 250-500 mg/m ² + Epirrubicina 25-30 mg/m ² + DTIC 200 mg/m ² EV D1 a D3 a cada 3 semanas	NE BAIXO/FR FRACA
	Doxorrubicina 60 mg/m ² EV D1 a cada 3 semanas	NE BAIXO/FR FRACA
Terapia com radioisótopos	MIBG	NE BAIXO/FR FRACA
	Lutécio ou Ítrio radioativos	NE BAIXO/FR FRACA

Considerações e bases científicas para recomendações

A história natural do CMT é comumente indolente, de forma que um período de observação exclusiva é recomendado em boa parte dos pacientes. Caso se documente progressão clinicamente significativa da doença (maior que 20% ao ano), sintomas clínicos atribuídos às metástases ou grande volume tumoral, a terapia sistêmica será considerada.^{3,5}

As opções terapêuticas são:

- Selpercatinibe: o estudo de fase III, randomizado, prospectivo, Libretto-531, comparou tratamento de 1ª linha com selpercatinibe (inibidor seletivo do *RET*) *versus* cabozantinibe ou vandetanibe, em 291 pacientes com CMT com mutação do *RET*, localmente avançado ou metastático, que não haviam recebido tratamento anteriormente com um inibidor de quinase. Após seguimento mediano de 12 meses, foi observada melhora significativa da SLP (não alcançada *versus* 16,8 meses; HR 0,28; IC 95% 0,16-0,48). A SLP em 1 ano foi melhor com selpercatinibe (86,8% *versus* 65,7% com cabozantinibe ou vandetanibe). A resposta completa ocorreu em 11,9% e 4% e a resposta parcial em 57,5% e 34,7% respectivamente. O perfil de toxicidade também favoreceu selpercatinibe, uma vez que houve menos efeitos adversos \geq grau 3 (52,8% *versus* 76,3%) e menor descontinuação do tratamento secundária a efeitos adversos (4,7% *versus* 26,8%). A sobrevida livre de falha do tratamento, um desfecho composto que captura maior eficácia e redução da toxicidade, foi de 86,2% (IC 95% 79,1-91,0) no grupo de selpercatinibe e 62,1% (IC 95% 48,9-72,8) no grupo controle. Ainda não há dados maduros de SG.⁸

- Vandetanibe e cabozantinibe: são outras drogas com atividade documentada em estudo de fase III. Em comparação com placebo, o vandetanibe, um agente que bloqueia a sinalização de RET, VEGFR e EGFR, mostrou aumento significativo da SLP (mediana não atingida *versus* 19,3 meses; HR 0,46; IC 95% 0,31-0,69; $p < 0,001$), da taxa de resposta (13% *versus* 45%, $p < 0,001$) e da resposta bioquímica (3% *versus* 69%, $p < 0,001$), quando comparado com placebo.⁹ Em outro estudo controlado com placebo, o cabozantinibe, um inibidor oral de MET, VEGFR2 e RET, associou-se com aumento da SLP (mediana 4 *versus* 11,2 meses; HR 0,28; IC 95% 0,19-0,40; $p < 0,0001$) e da taxa de resposta (0% *versus* 28%; $p < 0,0001$).¹⁰ O cabozantinibe aprovado para carcinoma medular de tireoide nos EUA são cápsulas, e não comprimidos. A dosagem da cápsula é 140 mg por dia. Há estudo de fase II de equivalência entre cápsulas e comprimidos, sendo sugerido que 140 mg de cápsulas são equivalentes a 60 mg de comprimidos. Essa droga não está aprovada no Brasil para essa indicação.¹¹

- Pralsetinibe (outro inibidor seletivo do *RET*) foi avaliado no estudo de fase I/II Arrow, que demonstrou taxa de resposta de 55% em primeira linha e 60% em pacientes previamente tratados. Essa droga não está aprovada no Brasil para essa indicação.¹²

- Outros inibidores de tirosina-quinase, como sunitinibe, sorafenibe, pazopanibe e lenvatinibe, estão associados a taxa de resposta de até 36% e benefício clínico em até 92% dos pacientes em pequenos estudos de fase II, e podem ser considerados após falha a linhas anteriores.^{13,14}

QT sistêmica:

Os estudos que sustentam tal indicação são pequenos e heterogêneos, com taxas de resposta em torno de 15% e de benefício clínico em torno de 40%. A maioria dos estudos avaliou esquemas com dacarbazina.¹⁵⁻¹⁸ Devido à toxicidade e à ausência de impacto documentado em estudo randomizado, seu uso tem sido restrito aos pacientes com doença em progressão rápida, àqueles previamente expostos a um inibidor de tirosina-quinase ou aos doentes para quem a terapia-alvo está indisponível.¹⁹

O papel da terapia com radionuclídeos é controverso. Tem-se mostrado que 131I-MIBG promove resposta em até 35% dos pacientes e alívio dos sintomas em até 60% dos casos.²⁰ Pequenos estudos também mostram atividade da terapia com lutécio ou ítrio radioativo, com taxa de resposta em torno de 15% e baixa morbidade.²¹ Contudo, a Associação Americana de Tireoide sugere que o emprego de radionuclídeos deve ser limitado ao cenário investigacional.³

Terapia com agentes antimotilidade é indicada em pacientes com diarreia secundária à produção de mediadores hormonais.³ Análogos da somatostatina ou terapias ablativas podem ser considerados em casos de sintomas hormonais refratários.³ Bisfosfonatos ou denosumabe são opções em pacientes com metástases ósseas.⁵

Seguimento

Calcitonina e CEA:

- Primeira dosagem 2-3 meses após a cirurgia;
- Na sequência, semestral por 02 anos e em seguida anual;
- Níveis normais de CEA e calcitonina indetectável estão associados a um melhor prognóstico.²²

Considerar USG cervical em cada visita;

Rastreamento anual de feocromocitoma e hiperparatireoidismo se evidência de MEN2.⁵

Considerações e bases científicas para recomendações

No caso de elevação de CEA ou calcitonina no seguimento pós-operatório, recomenda-se a realização de USG e/ou TC de pescoço, além de TCs de tórax e abdome (especialmente se calcitonina ≥ 150 pg/mL).

Não há evidências fortes para o uso de PET/CT. Caso a investigação não mostre evidência de neoplasia em atividade, sugere-se monitorização semestral dos marcadores, com redução do intervalo dos exames e repetição das TCs no caso de ascensão significativa.

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. Chen H, Sippel RS, O'Dorisio MS, Vinik AI, Lloyd RV, Pacak K, et al. The North American Neuroendocrine Tumor Society consensus guideline for the diagnosis and management of neuroendocrine tumors: pheochromocytoma, paraganglioma, and medullary thyroid cancer. *Pancreas*. agosto de 2010;39(6):775–83.
3. Wells SA, Asa SL, Dralle H, Elisei R, Evans DB, Gagel RF, et al. Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma. *Thyroid*. junho de 2015;25(6):567–610.
4. Grande E, Santamaría Sandi J, Capdevila J, Navarro González E, Zafón Llopis C, Ramón Y Cajal Asensio T, et al. Consensus on management of advanced medullary thyroid carcinoma on behalf of the Working Group of Thyroid Cancer of the Spanish Society of Endocrinology (SEEN) and the Spanish Task Force Group for Orphan and Infrequent Tumors (GETHI). *Clin Transl Oncol*. agosto de 2016;18(8):769–75.
5. Haddad RI, Bischof L et al. Thyroid Cancer - NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®); 2024 [citado 12 de março de 2024]. Disponível em https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/thyroid.pdf.
6. Bhandari NR, Hess LM, Parikh RC, Sireci AN, Krein PM, Kaye JA. Biomarker testing in patients diagnosed with advanced/metastatic medullary thyroid cancer in the USA. *Per Med*. 2023 Mar;20(2):131–42.
7. Lasolle H, Do Cao C, Lamartina L, Al Ghuzlan A, Drui D, Buffet C, et al. ENDOCANTHUYREF network consensus recommendations. Refractory medullary thyroid cancer. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2025 Jul;86(4):101733.
8. Hadoux J, Elisei R, Brose MS, Hoff AO, Robinson BG, Gao M, et al. Phase 3 Trial of Selpercatinib in Advanced RET-Mutant Medullary Thyroid Cancer. *N Engl J Med*. 2023;389(20):1851.
9. Wells SA, Robinson BG, Gagel RF, Dralle H, Fagin JA, Santoro M, et al. Vandetanib in patients with locally advanced or metastatic medullary thyroid cancer: a randomized, double-blind phase III trial. *J Clin Oncol*. 10 de janeiro de 2012;30(2):134–41.
10. Elisei R, Schlumberger MJ, Müller SP, Schöffski P, Brose MS, Shah MH, et al. Cabozantinib in progressive medullary thyroid cancer. *J Clin Oncol*. 10 de outubro de 2013;31(29):3639–46.

- 11.** Capdevila J, Klochikhin A, Leboulleux S, Isaev P, Badiu C, Robinson B, et al. A Randomized, Double-Blind Noninferiority Study to Evaluate the Efficacy of the Cabozantinib Tablet at 60 mg Per Day Compared with the Cabozantinib Capsule at 140 mg Per Day in Patients with Progressive, Metastatic Medullary Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2022 May;32(5):515–24.
- 12.** Subbiah V, Hu MIN, Gainor JF, Mansfield AS, Alonso G, Taylor MH, et al. Clinical activity of the RET inhibitor pralsetinib (BLU-667) in patients with RET fusion+ solid tumors. *J Clin Oncol*. 20 de maio de 2020;38(15_suppl):109–109.
- 13.** Ernani V, Kumar M, Chen AY, Owonikoko TK. Systemic treatment and management approaches for medullary thyroid cancer. *Cancer Treat Rev*. novembro de 2016;50:89–98.
- 14.** Schlumberger M, Jarzab B, Cabanillas ME, Robinson B, Pacini F, Ball DW, et al. A Phase II Trial of the Multitargeted Tyrosine Kinase Inhibitor Lenvatinib (E7080) in Advanced Medullary Thyroid Cancer. *Clin Cancer Res*. 1o de janeiro de 2016;22(1):44–53.
- 15.** Kessinger A, Foley JF, Lemon HM. Therapy of malignant APUD cell tumors. Effectiveness of DTIC. *Cancer*. 1o de março de 1983;51(5):790–4.
- 16.** Orlandi F, Caraci P, Berruti A, Puligheddu B, Pivano G, Dogliotti L, et al. Chemotherapy with dacarbazine and 5-fluorouracil in advanced medullary thyroid cancer. *Ann Oncol*. outubro de 1994;5(8):763–5.
- 17.** Bajetta E, Rimassa L, Carnaghi C, Seregni E, Ferrari L, Di Bartolomeo M, et al. 5-Fluorouracil, dacarbazine, and epirubicin in the treatment of patients with neuroendocrine tumors. *Cancer*. 15 de julho de 1998;83(2):372–8.
- 18.** Deutschbein T, Matuszczyk A, Moeller LC, Unger N, Yuece A, Lahner H, et al. Treatment of advanced medullary thyroid carcinoma with a combination of cyclophosphamide, vincristine, and dacarbazine: a single-center experience. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. outubro de 2011;119(9):540–3.
- 19.** Matuszczyk A, Petersenn S, Bockisch A, Gorges R, Sheu SY, Veit P, et al. Chemotherapy with doxorubicin in progressive medullary and thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *Horm Metab Res*. março de 2008;40(3):210–3.
- 20.** Castellani MR, Chiti A, Seregni E, Bombardieri E. Role of 131I-metaiodobenzylguanidine (MIBG) in the treatment of neuroendocrine tumours. Experience of the National Cancer Institute of Milan. *Q J Nucl Med*. março de 2000;44(1):77–87.

21. Salavati A, Puranik A, Kulkarni HR, Budiawan H, Baum RP. Peptide Receptor Radionuclide Therapy (PRRT) of Medullary and Nonmedullary Thyroid Cancer Using Radiolabeled Somatostatin Analogues. *Semin Nucl Med.* maio de 2016;46(3):215–24.

22. Modigliani E, Cohen R, Campos JM, Conte-Devolx B, Maes B, Boneu A, et al. Prognostic factors for survival and for biochemical cure in medullary thyroid carcinoma: results in 899 patients. The GETC Study Group. Groupe d'étude des tumeurs à calcitonine. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1998 Mar;48(3):265–73.

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!**

