



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1288/2020

Vitória, 06 de novembro de 2020.

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da 1ª Vara Federal de Linhares – MM. Juiz de Direito Dr. Gustavo Moulin Ribeiro – sobre os medicamentos: **Letrozol 2,5 mg (Femara®) e Ribociclibe 200 mg (kisqali®)**.

I – RELATÓRIO

1. Segundo a inicial a Autora possui diagnóstico de neoplasia maligna de mama, e encontra-se com grave risco de perder sua vida em virtude de tal patologia, sendo então prescrito o tratamento paliativo de primeira linha com Ribociclibe e Letrozol, devendo ser mantido por prazo indeterminado.
2. De acordo com laudo médico às fls. 16, emitido em 13/10/20 pelo Dr. Loureno Cezana CRM-ES 10747, em papel sem timbre, a paciente tem o diagnóstico de neoplasia maligna de mama e perfil imuno-histoquímico com expressão de receptores hormonais positivos e HER-2 negativo. Apresentou diagnóstico de câncer de mama há cerca de 20 anos, tratado na ocasião com cirurgia e hormonioterapia. Diante do quadro de câncer de mama metastático para fossa supraclavicular irressecável, perfil hormonal positivo e HER-2 negativo, tratamento paliativo de primeira linha com Ribociclibe e Letrozol, devendo ser mantido por prazo indeterminado até progressão da doença ou toxicidade inaceitável. O tratamento indicado deverá ser iniciado com caráter de urgência devido à gravidade da doença de base e possibilidade de desfechos desfavoráveis sem tratamento, incluindo óbito.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

3. Às fls. 20 consta receituário médico não proveniente do SUS emitido em 20/10/2020, em papel timbrado da clínica particular CECON, emitido pelo profissional supracitado, com prescrição dos medicamentos Letrozol 2,5 mg (Femara[®]) e Ribociclibe 200 mg (kisqali[®]).
4. Constam resultados de exames como tomografia computadorizada e estudo imuno-histoquímico.
5. Constam documentos da SESA informando que os medicamentos pleiteados não fazem parte do rol de medicamentos padronizados e fornecidos pelo CEAF.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. A Atenção Oncológica do SUS foi instituída através da **Portaria GM/MS nº 2439 de 08/12/2005 como a Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.**
2. A **Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005**, atualizada pela Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de Março de 2009, considerando a necessidade de garantir o acesso da população à assistência oncológica, definiu os serviços de atendimento a estes usuários, a saber:
 - 2.1 Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) é o hospital que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- 2.2 Centro de Assistência de **Alta Complexidade em Oncologia (CACON)** é o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.
- 2.3 Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia é o serviço que exerce o papel auxiliar, de caráter técnico, ao Gestor do SUS nas políticas de Atenção Oncológica.
3. Os Serviços de Atendimento Oncológico tem como responsabilidade proporcionar Assistência Especializada e integral aos pacientes de câncer, atuando nas áreas de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de pacientes em acompanhamento, incluindo o planejamento terapêutico integral dos mesmos.
4. De acordo com o Art. 14 Portaria SAS/MS nº 741/05: “As unidades e centros credenciados para prestar serviços assistenciais de alta complexidade em oncologia deverão submeter-se à regulação, fiscalização, controle e avaliação do Gestor estadual e municipal, conforme as atribuições estabelecidas nas respectivas condições de gestão”.
5. O atendimento destes pacientes pelos serviços oncológicos tem seu custeio financiado através do pagamento dos procedimentos realizados, incluídos nas Tabelas de Procedimento do SUS. O custo dos medicamentos antineoplásicos utilizados no tratamento de quimioterapia para tumores malignos está incluído no valor dos procedimentos contidos na Tabela.
6. A **Portaria SAS/MS nº 62, de 11 de março de 2009** estabelece que a Tabela de Habilitações de Serviços Especializados do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES define os complexos hospitalares e habilita os estabelecimentos de saúde de alta complexidade em oncologia.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

DA PATOLOGIA

1. O **câncer de mama** é o câncer mais incidente nas mulheres no mundo e sua incidência tem crescido devido ao aumento da expectativa de vida, urbanização e adoção de determinados estilos de vida, como modificações na dieta e na atividade física. O câncer de mama tem seu comportamento e tratamento definidos pela localização, idade de apresentação e estadiamento. Os fatores de risco levam em consideração critérios histopatológicos, biológicos e, mais recentemente, moleculares e genéticos. As implicações prognósticas desse câncer têm relação com o status de receptores – estrogênio, progesterona e o Receptor de Fator de Crescimento Epidérmico do Tipo 2 (HER2). De 15 a 20% dos casos de câncer de mama apresentam superexpressão da proteína HER2, codificada pelo gene ERBB2, que é a condição de pior prognóstico, já que confere à célula tumoral comportamento agressivo com aumento do crescimento e proliferação, maior capacidade invasiva e de metastatização. A sobrevida média após o diagnóstico deste tipo de câncer varia de 18 a 24 meses, mas pode ser 50% menor para pacientes com superexpressão de HER2.
2. Portanto, mulheres com câncer de mama com amplificação ou superexpressão do HER2 apresentam tumores pouco diferenciados, com alta taxa de proliferação, maior incidência de linfonodos axilares positivos, diminuição na expressão de receptores de estrógeno e progesterona das células tumorais (Hortobagyi 2005) e, conseqüentemente, associação a maior risco de recidiva da doença e menor chance de sobrevida global (Slamon et al 1987).
3. O câncer de mama metastático, como é o caso da requerente, é definido como a presença de doença que acomete outros sítios além da mama, da parede torácica e das cadeias regionais de drenagem linfática. Sabe-se que a disseminação da doença metastática pode ocorrer através da via linfática, sanguínea ou por extensão direta. Mesmo sem a perspectiva de cura, uma boa parte destas pacientes consegue com o tratamento sistêmico uma sobrevida prolongada. A sobrevida mediana de uma paciente com doença metastática é de aproximadamente 2 anos, mas pode variar,



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

dependendo da localização da(s) metástase(s), de poucos meses a muitos anos.

DO TRATAMENTO

1. As opções terapêuticas do câncer de mama incluem cirurgia do tumor primário, avaliação do acometimento axilar e radioterapia como forma de tratamento local e o tratamento medicamentoso sistêmico (quimioterapia). O tratamento sistêmico pode ser prévio (neoadjuvante) ou adjuvante (após a cirurgia e radioterapia). As modalidades terapêuticas combinadas podem ter intento curativo ou paliativo, sendo que todas elas podem ser usadas isoladamente com o intuito paliativo.
2. Inexiste um consenso mundial sobre a melhor conduta terapêutica para pacientes com câncer de mama avançado (metastático ou recidivado), e também não há diretrizes que definam um tratamento específico. Contudo existem conceitos importantes para a seleção da melhor conduta terapêutica de acordo com cada situação. Essa seleção depende de vários fatores que incluem as características do paciente e do tumor, a agressividade da doença, a resposta às terapias anteriores, o tempo desde a última exposição quimioterápica (inclusive hormonioterápica), os agentes antineoplásicos usados no passado e as suas doses cumulativas.
3. A disponibilidade e a aprovação de vários agentes, juntamente com a heterogeneidade regional, diversificam ainda mais os padrões de tratamento em várias partes do mundo. O ideal é que a terapia seja individualizada e que oncologistas possam utilizar revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos e consensos regionais e globais para orientar a decisão terapêutica de acordo com os medicamentos disponíveis. Ao selecionar a terapia, o médico também deve considerar os aspectos práticos, tais como a necessidade de hospitalização ou logística do atendimento ambulatorial, disponibilidade de medicamentos orais, efeitos adversos dos antineoplásicos e a vontade do paciente para cumprir o esquema quimioterápico selecionado.
4. Atualmente, dispõe-se de uma ampla variedade de agentes para tratamento hormonal



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- no câncer de mama avançado. As principais manipulações hormonais utilizadas são o uso de medicamentos e a ooforectomia cirúrgica ou actínica (por radioterapia).
5. Os medicamentos utilizados são o tamoxifeno, os inibidores da aromatase (IA), os análogos do LHRH e o fulvestranto. Os inibidores da aromatase (exemestano, anastrozol ou letrozol), quando comparados ao tamoxifeno no tratamento em primeira linha das pacientes em pós-menopausa, possuem melhor eficácia em sobrevida global. Em segunda linha pode-se utilizar tamoxifeno nas pacientes submetidas a IA anteriormente e que não falharam ao tamoxifeno no tratamento adjuvante ou IA nas pacientes submetidas a tamoxifeno em primeira linha. Outra opção para tratamento em segunda ou terceira linha é o fulvestranto em dose de 250mg mensal intramuscular. A dose de 500 mg demonstrou melhor eficácia no estudo CONFIRM com sobrevida global de 26,4 meses para fulvestranto 500mg e 22,3 meses para 250mg (HR = 0,81; 95% IC = 0,69–0,96; nominal p = 0,02) e pode ser uma opção.
 6. Em pacientes com condições clínicas suficientes, a quimioterapia paliativa pode ser indicada no caso de progressão tumoral na vigência da terapia hormonal. A terapia citotóxica é um tratamento bastante utilizado no tratamento das pacientes com doença avançada, metastática ou recidivada, principalmente naquelas com receptores hormonais negativos ou com receptores hormonais positivos que se tornaram refratárias à hormonioterapia e ainda naquelas com doença visceral ou com doença agressiva. Os fármacos com maior atividade no câncer de mama avançado são os antracíclicos (doxorubicina ou epirrubicina) e taxanos (paclitaxel, docetaxel), e outros agentes quimioterápicos possuem atividade em doença metastática, entre eles as capecitabina, gencitabina, metotrexato, 5-fluorouracila, vinorelbina, vimblastina, mitomicina, etoposido, ciclofosfamida, cisplatina, irinotecano e outros quimioterápicos como ixabepilona, eribulina, nab-paclitaxel e doxorubicina lipossomal.
 7. O tratamento combinado deve ser utilizado em pacientes com doença rapidamente progressiva que necessitem de resposta objetiva rápida, a despeito da maior toxicidade proporcionada por esse tratamento. Fora deste contexto, pacientes devem ser



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

submetidos a monoterapia.

8. Meta-análise da Cochrane foi publicada, avaliando o papel do uso de trastuzumabe mais quimioterapia *versus* quimioterapia isolada em pacientes com câncer de mama metastático com superexpressão de HER2. Esta publicação revisou 7 ensaios clínicos, envolvendo 1.497 pacientes, com câncer de mama metastático HER2 positivo. A combinação do risco relativo para sobrevida global e sobrevida livre de progressão favoreceram trastuzumabe (RR = 0,82, IC 95% = 0,71 – 0,94, p = 0,004; RR = 0,61, IC 95% = 0,54 – 0,70, p<0,00001, respectivamente), havendo uma diminuição de quase 20% no risco de mortalidade pela doença.
9. Em 08/06/17 os membros da CONITEC deliberaram por unanimidade recomendar a incorporação do trastuzumabe para o tratamento do câncer de mama HER2 positivo metastático em primeira linha de tratamento. Em 03/08/17 foi publicada no Diário Oficial da União a Portaria nº 29, de 02/08/17, que *“Torna pública a decisão de incorporar o trastuzumabe para o tratamento do câncer de mama HER2-positivo metastático em primeira linha de tratamento, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”*.
10. Os membros da CONITEC deliberaram por recomendar a incorporação no SUS do pertuzumabe para tratamento do câncer de mama HER2-positivo metastático em primeira linha de tratamento, conforme estabelecido pelas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Ministério da Saúde e condicionado à negociação de preço. Em 04/12/17 foi publicada a Portaria SCTIE nº 57 (Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS) que *“Torna pública a decisão de incorporar o pertuzumabe no tratamento do câncer de mama HER2-positivo metastático em primeira linha de tratamento, conforme estabelecido pelas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Ministério da Saúde e condicionado à negociação de preço, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”*.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

DO PLEITO

1. **Letrozol 2,5 mg (Femara®)**: pertence a classe de inibidores de aromatase, estando indicado para: tratamento adjuvante de mulheres na pós-menopausa com câncer de mama inicial receptor hormonal positivo, tratamento adjuvante estendido de câncer de mama inicial em mulheres na pós-menopausa que tenham recebido terapia adjuvante padrão prévia com tamoxifeno por 5 anos, tratamento de primeira linha no câncer de mama avançado hormônio dependente em mulheres na pós-menopausa, tratamento de câncer de mama avançado em mulheres na pós-menopausa (natural ou artificialmente induzida), que tenham sido tratadas previamente com antiestrogênicos, terapia pré-operatória em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama localmente avançado receptor hormonal positivo.
2. **Ribociclib 200 mg (kisqali®)**: está indicado para o tratamento de mulheres com câncer da mama localmente avançado ou metastático, com receptor hormonal (HR)-positivo, com receptor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2)-negativo em associação com um inibidor da aromatase ou fulvestranto como terapêutica inicial de base endócrina, ou em mulheres que receberam terapêutica endócrina prévia.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Primeiramente cabe esclarecer que o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não padronizam nem fornecem medicamentos antineoplásicos diretamente aos hospitais ou aos usuários do SUS. Os hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia, denominados de UNACON's e CACON's, conforme Portaria SAS/MS nº 741, de 19 de dezembro de 2005, é que são os responsáveis pelo fornecimento de medicamentos oncológicos que eles, **padronizam, adquirem e fornecem**, cabendo-lhes codificar e registrar conforme o respectivo procedimento.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

2. **Assim, a partir do momento em que um hospital é habilitado para prestar assistência oncológica pelo SUS, a responsabilidade pelo fornecimento do medicamento antineoplásico é desse hospital, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos.**
3. Todo o custeio das despesas relacionadas ao tratamento é financiado através do pagamento dos procedimentos incluídos nas Tabelas de Procedimento do SUS, estando o custo com o fornecimento de medicamentos oncológicos, incluído no valor dos referidos procedimentos.
4. Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não referem medicamentos, mas, sim, indicações terapêuticas de tipos e situações tumorais especificadas em cada procedimento descritos e independentes de esquema terapêutico utilizado, cabendo reforçar ainda que a responsabilidade pela padronização dos medicamentos é dos estabelecimentos habilitados em Oncologia e a prescrição, prerrogativa do médico assistente do paciente, conforme conduta adotada naquela instituição, cabendo ao CACON/UNACON a gestão dos seus recursos no sentido de disponibilizar o tratamento necessário ao paciente.
5. Portanto, os CACON'S, são unidades hospitalares públicas ou filantrópicas que dispõem de todos os recursos humanos e tecnológicos necessários à assistência integral do paciente de câncer, sendo responsáveis pela confirmação diagnóstica dos pacientes, estadiamento, assistência ambulatorial e hospitalar, atendimento das emergências oncológicas e cuidados paliativos, e inclusive, pelo fornecimento de todos os medicamentos necessários aos pacientes portadores de câncer. Para tanto, há a necessidade de inserção do paciente em unidade de atendimento do SUS, pertencente à Rede de Atenção Oncológica, para haver acesso ao tratamento oncológico.
6. **No presente caso, não constam documentos comprobatórios de que os medicamentos ora pleiteados tenham sido prescritos por profissional ou equipe de hospital credenciado no SUS e habilitado em Oncologia,**



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

denominados de UNACON's e CACON's. Constan documentos que comprovam que os medicamentos ora pleiteados foram prescritos mediante atendimento em instituição não credenciada ao SUS para o tratamento oncológico.

7. Quanto ao tratamento pleiteado, informamos que o **ribociclibe foi aprovado pelo FDA em combinação com letrozol**, com base em um estudo de fase III (Monaleesa -2), randomizado, controlado por placebo, avaliou a eficácia e segurança do **tratamento de primeira linha com ribociclibe associado ao letrozol versus letrozol em monoterapia**. Neste estudo 668 mulheres pós-menopausadas com receptor hormonal positivo, recidivado com HER2 negativo ou câncer de mama metastático foram tratadas com letrozol como primeira opção, com ou sem ribociclibe. Aqueles que receberam ribociclibe experimentaram uma PFS melhorada (25,3 versus 16,0 meses; FC para progressão ou morte 0,56, IC 95% 0,45-0,70) em um acompanhamento médio de 26 meses. As taxas de resposta globais foram 43 e 29 por cento, respectivamente. Eventos adversos de grau 3 ou 4 foram mais comuns com a combinação, notáveis por neutropenia (62 versus 1,2 por cento), leucopenia (21 versus <1 por cento) e aumento dos testes de função hepática (10,2 versus 2,4 por cento). Apesar desta maior frequência de eventos adversos, apenas 8,1% dos pacientes necessitaram de descontinuação permanente do ribociclibe e do letrozol.
8. Em suma, o estudo MONALEESA -2 demonstrou que a combinação entre succinato de ribociclibe e letrozol (este último considerado tratamento padrão) foi capaz de aumentar a sobrevida livre de progressão (SLP) mediana para 25,3 meses, em comparação a 16 meses para a monoterapia. **No entanto, trata-se de um único estudo, sendo necessários novos estudos para comprovação dos resultados e avaliação de efeitos colaterais.** Cumprir informar ainda que este estudo foi financiado/patrocinado pelo laboratório fabricante dos medicamentos ora pleiteados, Letrozol 2,5 mg (Femara®) e Ribociclibe 200 mg (kisqali®).



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

9. No presente caso, nos documentos médicos juntados aos autos, não constam informações técnicas pormenorizadas acerca de todos tratamentos previamente instituídos e associados desde o momento do diagnóstico e sobre a impossibilidade de uso dos medicamentos padronizados pelo SUS para tratamento do câncer de mama metastático.
10. **Ressalta-se que os estudos de eficácia e segurança acerca do tratamento pleiteado não se encontram completamente estabelecidos.**
11. Cabe reforçar que o tratamento do câncer de mama metastático, como é o caso da Requerente, é paliativo, tem como objetivo estender o tempo de vida com preservação ou melhora da qualidade de vida da paciente, sem promover a cura.
12. Frente ao exposto, considerando tratar-se de tratamento paliativo, considerando a ausência de informações detalhadas sobre todos os tratamentos anteriormente realizados, considerando ainda que as evidências quanto a eficácia e segurança do tratamento pleiteado (Ribociclibe e Letrozol) são limitadas, necessitando de estudos mais robustos e não patrocinados pela indústria, **não é possível afirmar que neste momento o referido tratamento se constitui em única alternativa terapêutica para esta paciente, sendo a responsabilidade pela indicação e utilização de exclusiva responsabilidade do médico prescritor.**
13. Considerando que a prescrição médica que solicita os medicamentos pleiteados foi emitida em papel timbrado da clínica privada CECON, **cumprir informar que para a paciente ter acesso a tratamentos oncológicos pelo SUS (como, por exemplo, exames e medicamentos antineoplásicos), é imprescindível que a mesma esteja cadastrada e em tratamento em uma unidade credenciada como CACON/UNACON, e que a prescrição seja originada do corpo clínico da referida unidade, conforme protocolos clínicos previamente padronizados, cabendo a essa instituição o fornecimento de todo o tratamento necessário.**



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

14. **Por fim, esclarecemos que caso a paciente esteja em tratamento pelo Plano de Saúde, entende-se que cabe ao mesmo o custeio de todo o tratamento, incluindo os medicamentos prescritos pelo médico assistente.**



REFERÊNCIAS

BRITO, N.M.B, et al. **Características clínicas de mulheres com carcinoma mamário ductal invasivo submetidas à quimioterapia neoadjuvante.** In: Revista Paranaense de Medicina v.21, n.4, Belém, dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 1998. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa98/index.html>>. Acesso: 06 novembro 2020.

Projetos e Diretrizes / Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia. **Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama.** Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/024.pdf>. Acesso: 06 novembro 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Portaria nº 73 de 30 de janeiro de 2013.** Brasília, 2013.

DANTAS, Karla Adriana Nascimento; SANTO, Gilda da Cunhas; GIANNOTTI FILHO Osvaldo. Sistemas de Graduação para Carcinoma de Mama: Estudo Comparativo da Concordância Cito-Histológica. **RBGO**, v. 25, n. 2, 2003.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

RIBOCICLIBE. Bula do medicamento Kisqali®. Disponível em: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/kisqali-epar-product-information_pt.pdf. Acesso: 06 novembro 2020.

LETROZOL. Bula do medicamento Femara®. Disponível em: <https://portal.novartis.com.br/UPLoAD/ImgConteudos/2869.pdf>. Acesso: 06 novembro 2020.

NETO, M.,C., **Guia de Protocolos e Medicamentos para Tratamento em Oncologia e Hematologia 2013**. Miguel Cendoroglo Neto, Nelson Hamerschlak, Andreza Alice Feitosa Ribeiro, Rafael Aliosha Kaliks Guendelmann, Valéria Armentano dos Santos (editores). São Paulo, Hospital Albert Einstein, 2013. Disponível em: <http://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-eprotocolos/Documents/Guia_Oncologia_Einstein_2013.pdf>. Acesso: 06 novembro 2020.

NATJUS/CE. NOTA TÉCNICA 286/2019. Disponível em: <https://www.tjce.jus.br/wp-content/uploads/2019/07/palbociclibe-ibrance-e-ribociclibekisqali-para-tratamento-de-cancer-de-mama.pdf>. Acesso: 06 novembro 2020.

NOTA TÉCNICA TJMG. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/10730/1/RT%201431%20-%20%20mama.pdf>. Acesso: 06 novembro 2020.

CNJ. NOTA TÉCNICA 17718. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados-pdf.php?output=pdf&token=nt:17718:1603717679:74003ffee442c7070f2917f69cddbfb9c339ee496f36e1b4de29c544c9d2ca8c>. Acesso: 06 novembro 2020.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

OVERALL SURVIVAL WITH RIBOCICLIB PLUS ENDOCRINE THERAPY IN BREAST CANCER. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31166679/>. Acesso: 06 novembro 2020.

PALBOCICLIB AND RIBOCICLIB IN BREAST CANCER: CONSENSUS WORKSHOP ON THE MANAGEMENT OF CONCOMITANT MEDICATION. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6535716/>. Acesso: 06 novembro 2020.