1. Paciente

Nome: VDS

Data de Nascimento/Idade: 23/12/1980 – 45 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Araguaína/TO

2. Diagnóstico Principal

Diagnóstico/CID-10: Neoplasia maligna da mama (CID-10: C50.8)

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Descrição em relatório médico e exames.

Acostados aos autos os seguintes exames:

- Laudo histopatológico de core biópsia de mama direita (WM Patologia Diagnóstica, 13/06/2024): Carcinoma ductal invasivo, grau histológico 2.
- Laudo imunohistoquímico (WM Patologia, 17/06/2024): Receptor de estrogênio positivo (~60%), receptor de progesterona positivo (~70%), HER-2 negativo (escore 0), Ki-67 (~80%).
- Relatório de imuno-histoquímica pós-cirúrgica (Laboratório Bacchi, 22/03/2025): Receptores de estrogênio e progesterona negativos, HER-2 escore 2+ (duvidoso), Ki-67 positivo (80%) – diagnóstico final de carcinoma invasivo com perfil HER2-low (IHC 2+/FISH não amplificado). O Laboratório Bacchi recomendou FISH para avaliação do gene HER2, realizado em sequência.
- Exame anatomopatológico de mastectomia direita (CDA Palmas, 10/02/2025): Carcinoma mamário invasor tipo especial residual pós-tratamento, grau histológico 1, estadiamento ypT1a(m) ypN1a, com micrometástase em 1/6 linfonodos (1,2 mm), invasão angiolinfática presente, classe RCB II (doença residual moderada). Margens cirúrgicas livres de neoplasia.
- Cintilografia óssea (19/06/2024, Nuclearmed Palmas): Exame dentro dos limites da normalidade, sem evidências de lesões osteogênicas secundárias.
- Cintilografia óssea (17/07/2025, Clínica da Imagem): Aumento da atividade osteoblástica no processo xifóide – nova lesão em relação ao exame de 19/06/2024 – recomendado controle em curto espaço.
- Cintilografia óssea (06/11/2025, Clínica da Imagem): Progressão da doença osteoblástica com extensão da hipercaptação no processo xifóide, L5 e articulação

coxofemoral direita, e aparecimento de novas lesões em L3, L4 e articulação sacroilíaca direita, em comparação ao exame de 17/07/2025.

- Cintilografia óssea (12/02/2026, Clínica da Imagem): Progressão com aparecimento de captação em terço médio do esterno, úmero direito, ísquio direito, articulação coxofemoral esquerda e coluna lombar L2, em relação ao exame anterior de 06/11/2025.
- Ressonância magnética da coluna dorsal e lombar (07/11/2025): Múltiplas lesões ósseas infiltrativas secundárias em D8, D11, D12 e L2 a L5, com redução da altura de L5 em cerca de 45%, suspeitas de acometimento neoplásico secundário.
- Ressonâncias magnéticas de coluna dorsal, lombar, cervical e encéfalo (08/01/2026, HGP): Múltiplas lesões infiltrativas secundárias em coluna cervical, dorsal e lombossacral, fratura e colapso parcial do corpo vertebral e pedículos de L5; ausência de metástases encefálicas.
- Tomografia computadorizada do tórax e abdome (03/11/2025): Nódulo hepático de 1,2 cm no segmento III (achado novo em relação ao exame anterior, suspeito de lesão secundária); lesão lítica com ruptura de cortical em L3.
- Ressonância magnética de abdome superior (09/02/2026): Lesão hepática previamente descrita em TC de 03/11/2025 não confirmada francamente na RM multiparamétrica, podendo corresponder a pseudolesão perfusional; focos de alteração de sinal na coluna lombar.
- Relatório de radioterapia paliativa (Irradiar Radioterapia, 04/12/2025): Radioterapia paliativa 30Gy/10 frações em T8-T12, L2-L5 e articulação sacroilíaca e coxofemoral direita, realizada de 14/11/2025 a 04/12/2025.

3. Da Prescrição/Relatório

Registra-se, que o perfil imunohistoquímico da paciente foi heterogêneo ao longo do seguimento. A biópsia inicial (junho/2024) demonstrou receptores hormonais positivos e HER-2 negativo (escore 0), enquanto o exame da peça cirúrgica (fevereiro/2025, Laboratório Bacchi) evidenciou receptores hormonais negativos e HER-2 escore 2+ duvidoso. Essa mudança de perfil biológico na fase metastática é clinicamente relevante e foi considerada pela equipe médica para indicação do tratamento pleiteado. Ressalta-se, entretanto, que não foi acostada aos autos documentação de nova biópsia de lesão metastática para confirmação do perfil molecular na fase atual da doença, procedimento

que o relatório de segunda opinião (Hemolabor, 12/01/2026) indicou como complementar para confirmação do perfil HER2 e avaliação de PD-L1.

3.1. Relatório médico

Data de emissão: 25/02/2026

Origem do serviço: Particular – Instituto Oncológico do Tocantins – Palmas/TO

Diagnóstico/CID-10: Neoplasia maligna de mama (CID-10: C50) – Carcinoma de mama invasivo, subtipo HER2-low (IHC 2+ com FISH negativo), doença em estágio IV (osso, fígado), contexto de doença metastática/avançada.

Profissional: MTB – Oncologia Clínica – CRM-TO

Imprescindibilidade clínica do tratamento: Paciente com doença metastática progressiva, com falha terapêutica às opções disponíveis no SUS, perfil molecular HER2-low confirmado, em contexto de segunda linha de quimioterapia paliativa.

Tratamentos já realizados com alternativas disponíveis no SUS: Quimioterapia neoadjuvante com paclitaxel semanal (protocolos ACT, ciclos 1 a 12, de 08/07/2024 a 05/08/2024) e doxorrubicina + ciclofosfamida (protocolos AC, ciclos 1 a 4, de 14/10/2024 a 16/12/2024), documentados em esquemas terapêuticos do HGP/UNACON – Palmas; mastectomia direita com linfadenectomia axilar em 12/02/2025; tamoxifeno 20 mg/dia (iniciado em 01/08/2025, dispensado pelo HGP); fulvestranto (Faslodex) 500 mg IM + ácido zoledrônico (Zometa) 4 mg EV (iniciados em 11/11/2025, ciclo C1D1); radioterapia paliativa óssea (14/11/2025 a 04/12/2025); capecitabina como segunda linha paliativa (1 ciclo realizado, conforme relatório de segunda opinião de 12/01/2026).

Impossibilidade de substituição por alternativas disponíveis no SUS: Segundo o relatório médico, a paciente apresenta falha terapêutica às opções disponíveis no SUS, sendo o trastuzumabe deruxtecano indicado em razão do perfil molecular HER2-low como próxima linha terapêutica. Não foram descritas alternativas SUS passíveis de utilização no momento.

3.2. Prescrição médica:

1. Trastuzumabe Deruxtecano (Enhertu®) 100 mg ..... 4 frascos-ampola por ciclo
5,4 mg/kg IV a cada 21 dias (dose calculada: 356 mg para peso de 66 kg)
Primeira infusão em 90 minutos; infusões subsequentes em 30 minutos, se bem tolerada.

Data de emissão: 25/02/2026

Origem do serviço: Particular – Instituto Oncológico do Tocantins – Palmas/TO

Profissional: MTB – Oncologista Clínica (RQE 3684) – CRM-TO 7763

Denominação genérica ou comercial: Medicamento prescrito pela denominação comercial (Enhertu®), cujo princípio ativo é o trastuzumabe deruxtecano.

Tempo de tratamento: Contínuo, até progressão de doença, toxicidade inaceitável ou decisão médica.

4. Foi realizada tentativa de obtenção do medicamento por via administrativa?

Não consta nos autos documentação que comprove a realização de tentativa prévia de obtenção do medicamento por via administrativa.

5. O(s) medicamento(s) possui(em) registro na ANVISA?

Sim. O trastuzumabe deruxtecano possui registro válido e ativo junto à ANVISA.

6. Os(s) medicamento(s) possui(em) indicação em conformidade com a aprovada no registro?

Sim. As indicações aprovadas em bula pela ANVISA para o trastuzumabe deruxtecano (Enhertu®) abrangem, dentre outras:

- Câncer de mama HER2-positivo: tratamento de pacientes adultos com câncer de mama HER2-positivo metastático ou não ressecável que tenham recebido regime de tratamento baseado em anti-HER2 no cenário metastático, ou no cenário neoadjuvante ou adjuvante e desenvolveram recorrência durante ou dentro de 6 meses após a conclusão do tratamento.
- Câncer de mama HER2 de baixa expressão (HER2-low): tratamento de pacientes adultos com câncer de mama HER2 de baixa expressão (IHC 1+ ou IHC 2+/ISH-) metastático ou não ressecável que tenham recebido terapia sistêmica prévia no cenário metastático, ou que desenvolveram recorrência durante ou dentro de 6 meses após a conclusão de quimioterapia adjuvante. Pacientes com HER2-low e receptor hormonal positivo devem ter recebido ou ser inelegíveis a terapia endócrina.

7. O(s) medicamento(s) está(ão) inserido(s) no SUS? A quem compete a aquisição e dispensação dos medicamentos?

O trastuzumabe deruxtecano não está incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS) para a indicação de câncer de mama HER2-low. O medicamento não consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME 2024) e não está previsto no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Câncer de Mama vigente (Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 17, de 25 de novembro de 2024) como opção terapêutica incorporada para esse perfil de pacientes. Não há, portanto, definição de competência para sua aquisição e dispensação no âmbito do SUS.

No que se refere à organização da Assistência Oncológica no SUS, o financiamento de medicamentos antineoplásicos não ocorre por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica. A responsabilidade pelo fornecimento desses medicamentos é atribuída aos hospitais habilitados em oncologia pelo SUS (CACON/UNACON), sejam eles públicos ou privados, os quais realizam a padronização, aquisição e prescrição dos fármacos, devendo observar os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, quando existentes. O ressarcimento financeiro ocorre mediante preenchimento de Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 8.477/2025, que instituiu o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco).

8. O(s) medicamento(s) pleiteado(s) foi(ram) avaliado(s) pela CONITEC?

O trastuzumabe deruxtecano foi avaliado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) no contexto do câncer de mama HER2-positivo, tendo recebido recomendação desfavorável à incorporação, formalizada pela Portaria SCTIE/MS nº 99, de 2022. Para a indicação específica de câncer de mama HER2-low, não há, até a presente data, portaria publicada concluindo processo formal de avaliação pela CONITEC, constando a tecnologia como demandada e em avaliação. O próprio PCDT do Câncer de Mama de 2024 reconhece explicitamente que o trastuzumabe deruxtecano não foi incorporado ao SUS para essa indicação, mencionando que, embora possa existir potencial benefício para tal indicação, o medicamento ainda não passou pelos ritos legais de incorporação.

9. O SUS possui Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) ou diretrizes diagnósticas e terapêuticas (DDT) publicados para a doença do paciente?

Sim. O Ministério da Saúde publicou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Câncer de Mama, aprovado pela Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 17, de

25 de novembro de 2024, que estabelece as diretrizes diagnósticas e terapêuticas para o manejo do câncer de mama no âmbito do SUS.

10. Descrever as opções disponíveis no SUS (alternativas terapêuticas para a doença informada).

O PCDT do Câncer de Mama (Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 17/2024) estabelece as alternativas terapêuticas disponíveis no SUS para os diferentes subtipos e estadiamentos. Para pacientes com câncer de mama metastático HER2-negativo com receptores hormonais negativos (perfil triplo-negativo, que corresponde ao fenótipo atual da paciente conforme análise da peça cirúrgica), o protocolo prevê quimioterapia sistêmica sequencial como tratamento de escolha, podendo incluir: capecitabina, paclitaxel semanal, docetaxel, gemcitabina, vinorelbina e eribulina (quando disponível). O protocolo recomenda abordagem terapêutica multimodal e avaliação precoce da resposta clínica, com troca oportuna de esquema em caso de ausência de benefício.

Para pacientes com metástases ósseas, o protocolo prevê o uso de agentes modificadores ósseos, como o ácido zoledrônico, disponível no SUS.

O próprio PCDT 2024 reconhece, contudo, que para pacientes com câncer de mama HER2-low que progrediram após linhas prévias de quimioterapia, não existem alternativas terapêuticas específicas padronizadas no âmbito do SUS, dado que as tecnologias que atenderiam essa necessidade, incluindo o trastuzumabe deruxtecano, não foram incorporadas, e que os estabelecimentos oncológicos devem guiar-se pelos protocolos institucionais disponíveis.

Registra-se que a paciente já recebeu as principais alternativas terapêuticas disponíveis no SUS para o seu diagnóstico, incluindo quimioterapia neoadjuvante (paclitaxel e doxorrubicina + ciclofosfamida), cirurgia, radioterapia paliativa, tamoxifeno, fulvestranto, ácido zoledrônico e capecitabina, conforme documentado nos esquemas terapêuticos do HGP/UNACON acostados aos autos.

11. Quais evidências sobre a eficácia e segurança do medicamento pleiteado com comprovação da eficácia e segurança do fármaco (ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática/meta-análise)?

O relatório médico acostado aos autos fundamenta a indicação do trastuzumabe deruxtecano com referência ao estudo DESTINY-Breast04 (Modi S et al., N Engl J Med. 2022;387(1):9-20; NCT03734029), ensaio clínico de fase 3, randomizado, aberto,

multicêntrico, de alta relevância metodológica para o desfecho avaliado. O estudo não foi acostado aos autos em sua integralidade, limitando-se a menções descritivas pelo prescritor, razão pela qual coube a este Núcleo proceder à busca, análise crítica e avaliação das referidas evidências.

O DESTINY-Breast04 incluiu 557 pacientes adultos com câncer de mama HER2-low (IHC 1+ ou IHC 2+/ISH-) metastático ou não ressecável, previamente tratados com uma ou duas linhas de quimioterapia. Os participantes foram randomizados em proporção 2:1 para trastuzumabe deruxtecano (5,4 mg/kg IV a cada 3 semanas) ou quimioterapia a critério do médico. A coorte com receptor hormonal positivo (504 pacientes) foi a população primária de análise; a coorte com receptor hormonal negativo (53 pacientes) foi analisada como população secundária.

Na coorte de receptores hormonais positivos, a mediana de sobrevida livre de progressão (SLP) foi de 10,1 meses no grupo trastuzumabe deruxtecano versus 5,4 meses no grupo controle (HR 0,51; IC 95% 0,40-0,64; p<0,001). Na população total do estudo (HR+ e HR-), a mediana de SLP foi de 9,9 meses versus 5,1 meses (HR 0,50; IC 95% 0,40-0,63; p<0,001). A sobrevida global mediana na população total foi de 23,4 meses versus 16,8 meses (HR 0,64; IC 95% 0,49-0,84; p=0,001). A taxa de resposta objetiva foi de 52,3% versus 16,3% na coorte HR+ (p<0,001).

Com relação ao perfil de segurança, os eventos adversos mais frequentes foram náuseas, fadiga, alopecia, vômitos e neutropenia. Doença pulmonar intersticial (DPI) e/ou pneumonite, evento adverso classe-efeito dos conjugados anticorpo-droga com carga DXd, foi relatada em aproximadamente 12-15% dos pacientes, com casos graves (grau 3 ou superior) em 0,8-2,6% e mortes atribuídas em 0,8%, sendo considerada risco de segurança relevante que requer monitoramento rigoroso e suspensão imediata em caso de eventos de grau 2 ou superior.

Do ponto de vista da compatibilidade com o perfil da paciente, o DESTINY-Breast04 incluiu pacientes com câncer de mama HER2-low (IHC 1+ ou IHC 2+/ISH-) metastático tratados previamente. A paciente em questão apresenta HER2-low (IHC 2+/FISH negativo) confirmado na peça cirúrgica, doença metastática documentada, e histórico de tratamentos sistêmicos prévios. Entretanto, o estudo considerou como elegíveis pacientes com 1 a 2 linhas prévias de quimioterapia no cenário metastático, sendo que a paciente encontra-se em estágio inicial de tratamento metastático, tendo recebido capecitabina por apenas 1 ciclo nesse contexto. Registra-se ainda que a coorte

HR-negativa do DESTINY-Breast04 foi composta por apenas 53 pacientes, com poder estatístico reduzido para conclusões definitivas nesse subgrupo, embora os resultados de SLP tenham sido consistentes com os da coorte principal.

12. Quais Benefícios/efeitos/resultados esperados do medicamento(s) pleiteado(s)?

Conforme o relatório médico acostado aos autos, espera-se modificar o curso da doença com potencial de controle tumoral, melhora clínica e prolongamento da sobrevida, redução do risco de progressão da doença, manutenção da qualidade de vida e benefício clínico em doença óssea e visceral.

13. Qual o custo do tratamento solicitado determinado pela Câmara de Regulação de Mercado de Medicamentos – CMED[1]?

13. Qual o custo do tratamento solicitado determinado pela Câmara de Regulação de Mercado de Medicamentos – CMED[1]?

DENOMINAÇÃO GENÉRICA	LABORATÓRIO	MARCA COMERCIAL	APRESENTAÇÃO	PMVG *[2] (R$) - ICMS de 20%.	PMVG *[2] (R$) - ICMS de 0%.
Trastuzumabe Deruxtecano	DAIICHI SANKYO BRASIL FARMACEUTICA LTDA	ENHERTU®	100 MG PO LIOF SOL INJ IV CT FA VD AMB	14.542,01	11.278,20

***[2]Preço Máximo de Venda ao Governo - PMVG:** é para decisão judicial redutor obrigatório que consta na tabela conforme Resolução 3 de 2 de março de 2011.
***[3]Preço Máximo ao Consumidor - PMC:** preço máximo permitido para venda ao consumidor com a inclusão.

[1]Fonte do custo da tecnologia: Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Alíquota 20% (Tocantins). Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/medicamentos/cmed/precos.

13.1. Preço estimado do tratamento por ciclo (a cada 21 dias) conforme a CMED:

MEDICAMENTO	DOSE RECOMENDADA	PMVG *[2] (R$) - ICMS de 20%.	PMVG *[2] (R$) - ICMS de 0%.
Trastuzumabe Deruxtecano 100 MG	356 mg a cada 21 dias	58.168,04	45.112,80

13.2. Preço estimado do tratamento anual conforme a CMED:

MEDICAMENTO	DOSE RECOMENDADA	PMVG *² (R$) – ICMS de 20%.	PMVG *² (R$) – ICMS de 0%.
Cemiplimabe 350 mg	350 mg a cada 3 semanas	**988.856,68 (610 salários-mínimos)**	**766.917,60 (473,1 salários-mínimos)**

Competência judicial: Justiça federal

Responsável pelo Custeio: União

14. Conclusão:

CONSIDERANDO o diagnóstico de Neoplasia Maligna da Mama (CID-10: C50.8) — Carcinoma ductal invasivo, subtipo HER2-low (IHC 2+/FISH negativo);

CONSIDERANDO que o trastuzumabe deruxtecano (Enhertu®) possui registro válido e ativo junto à ANVISA e que a indicação pleiteada está em conformidade com a bula aprovada;

CONSIDERANDO que o perfil molecular HER2-low foi definido com base no exame da peça cirúrgica (fevereiro de 2025), sem que tenha sido acostada aos autos documentação de nova biópsia de lesão metastática para reavaliação molecular no contexto atual da doença;

CONSIDERANDO que o trastuzumabe deruxtecano não está incorporado ao Sistema Único de Saúde para a indicação de câncer de mama HER2-low, não consta na RENAME 2024, e não está previsto como opção terapêutica no PCDT do Câncer de Mama;

CONSIDERANDO que a CONITEC avaliou o trastuzumabe deruxtecano no contexto do câncer de mama HER2-positivo, emitindo recomendação desfavorável à incorporação, e que o processo formal de avaliação para a indicação de HER2-low não foi constando a tecnologia como demandada em avaliação;

CONSIDERANDO que não consta nos autos documentação comprobatória de tentativa prévia de obtenção do medicamento por via administrativa;

CONSIDERANDO que os documentos acostados aos autos apesar de evidenciar o uso de diversas alternativas terapêuticas disponíveis no SUS, ainda não permite concluir pelo esgotamento das alternativas SUS disponíveis no cenário metastático;

CONSIDERANDO que o estudo citado não foi acostado aos autos em sua integralidade, e que a coorte com receptor hormonal negativo — perfil atual da paciente — é composta por apenas 53 pacientes, com poder estatístico limitado para conclusões definitivas nesse subgrupo;

CONSIDERANDO que cabe ao autor da ação o ônus de comprovar, com fundamento na Medicina Baseada em Evidências, a eficácia, a segurança e a superioridade do medicamento pleiteado em relação às alternativas ainda disponíveis no SUS para o estágio atual da doença, ônus não integralmente cumprido na documentação apresentada;

CONCLUI-SE parecer NÃO FAVORÁVEL para a solicitação do medicamento *Trastuzumabe Deruxtecano (Enhertu®)*, pleiteado para o caso em questão.

15. Informações adicionais:

- O relatório de segunda opinião oncológica (Hemolabor, Goiânia, 12/01/2026 — Dra. Mônica Rodrigues Pires, CRM-GO 23340) é documento emitido por profissional com CRM de outro estado (Goiás). Referido relatório descreve o trastuzumabe deruxtecano como opção possível de judicialização, ao mesmo tempo que elenca alternativas SUS ainda não completamente esgotadas (paclitaxel semanal, docetaxel, gemcitabina, vinorelbina, eribulina), e aponta a necessidade de realização de biópsia de lesão metastática para confirmação do perfil atual (HER2, RH, PD-L1) antes da definição da próxima linha terapêutica.
- Registra-se que a lesão hepática identificada em TC de 03/11/2025 (nódulo de 1,2 cm, segmento III, achado novo) não foi confirmada na RM multiparamétrica de abdome realizada em 09/02/2026, que a classificou como possível pseudolesão perfusional. Essa divergência de imagem não foi objeto de esclarecimento adicional nos documentos acostados, sendo relevante para a definição do estadiamento visceral atual.

16. Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de urgência e emergência do CFM?

( ) SIM, com potencial risco de vida

( ) SIM, com risco de lesão de órgão ou comprometimento de função

(x) NÃO

16. *Referências bibliográficas:

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/listas-de-precos.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde - CONITEC. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/recomendacoes-conitec

BRASIL. Ministério da Saúde. CONITEC. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 17, de 25 de novembro de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama. Diário Oficial da União, Brasília, 5 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS nº 99, de 2022. Não incorpora o trastuzumabe deruxtecano ao SUS. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2022.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde.

. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.

. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das Normas sobre Financiamento e a Transferência dos Recursos Federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.