

NOTA TÉCNICA 10705

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Belo Horizonte/MG

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010705

IDADE: 74 anos

SEXO: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): -

PEDIDO DA AÇÃO: Fornecimento do medicamento dostarlimabe 500 mg (Jemperli®) para o tratamento de carcinoma seroso de endométrio em estágio III.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Fornecimento pelo plano de saúde do medicamento dostarlimabe 500 mg (Jemperli®) para o tratamento de carcinoma seroso de endométrio em estágio III.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

O tratamento pleiteado possui eficácia e segurança cientificamente demonstradas para o tratamento adjuvante de pacientes com o perfil da autora (74 anos, portadora de carcinoma seroso de endométrio, estágio IIIC1, submetida a ressecção cirúrgica completa, com margens livres e sem instabilidade de microssatélites)?

R: Sim, conforme evidências científicas descritas no tópico seguinte.

O estudo clínico RUBY, que fundamentou a aprovação do medicamento pela ANVISA, incluiu pacientes com o perfil clínico da autora (estádio IIIC1, histologia serosa, ausência de doença residual mensurável)?

R: Sim, conforme descrito no tópico seguinte.

A ausência de "alta instabilidade de microssatélites" alegada na Junta Médica é um fator que exclui ou reduz significativamente o benefício terapêutico da associação com Dostarlimabe, segundo as evidências atuais?

R: Na população MMR proficiente, onde os microssatélites permanecem estáveis (MSS) o benefício terapêutico da associação com dostarlimabe

está presente, porém menor em magnitude.

Quais as consequências da postergação do início do tratamento ou da realização da quimioterapia de forma isolada, sem a associação do Dostarlimabe?

R: A postergação do início do tratamento pode expor a paciente ao risco de complicações como hemorragias uterinas, dor pélvica intratável, expansão de metástases e redução da sobrevida global. A realização da quimioterapia de forma isolada, sem a associação do dostarlimabe privaria a paciente de potenciais benefícios em ganho de sobrevida livre de progressão e sobrevida global que as evidências mais recentes confirmam.

Existem, no rol da ANS ou na prática clínica corrente, outras alternativas terapêuticas com eficácia equivalente à associação proposta para o tratamento adjuvante do quadro específico da autora?

R: Sim, porém a adição de imunoterapia à quimioterapia estabeleceu um novo patamar de sobrevida livre de progressão e sobrevida global que não é alcançado por nenhum outro esquema disponível. As alternativas terapêuticas disponíveis são Quimioterapia Isolada (Carboplatina + Paclitaxel) ou Quimioterapia + Radioterapia.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada, trata-se de paciente de 74 anos, portadora de carcinoma seroso de endométrio, grau 3, estadiamento pT1bN1aM0 ECIIC1II, HER2:Escore 2+, com mutação em P53, L1CAM +, RE:Neg, RP:Neg, MSS, caracterizando-o como doença com risco elevado de recidiva. Foi submetida a cirurgia de histerectomia + linfadenectomia em junho de 2026. A oncologista prescreveu então o uso de seis ciclos de carboplatina 460 mg, paclitaxel 300 mg e dostarlimabe 500 mg (Jemperli®), a cada 21 dias, com suporte de filgrastim, seguido de manutenção com dostarlimabe a cada 42 dias. Consta que o plano de saúde, por meio de Junta Médica, teria indeferido o fornecimento da medicação dostarlimabe, sob a alegação de que

“não há dados de medicina baseada em evidência robustos que corroborem a indicação da adição de dostarlimabe a carboplatin:paclitaxel para septuagenária operada de câncer de endométrio, sem doença residual, carcinoma do endométrio localmente avançado sem instabilidade de microssatélites”.

Segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), o câncer de corpo do útero ou câncer de endométrio é o 7º mais incidente entre as mulheres e tem como estimativa 7.840 novos casos para cada ano deste triênio (2023-2025). O principal sintoma da doença é o sangramento vaginal após a menopausa (+60 anos, sendo incomum em mulheres com menos de 45 anos), o que leva milhares de mulheres a procurar auxílio médico. É o câncer ginecológico mais comum em países desenvolvidos, com 420.368 novos casos relatados em todo o mundo em 2022 e resultando em 97.723 mortes naquele ano; é também um dos poucos cânceres com aumentos esperados na incidência e na mortalidade, que devem aumentar em 50% e 70%, respectivamente, até 2045.

O principal tratamento para o câncer de endométrio é o cirúrgico e entre as terapias complementares após a cirurgia, entra a quimioterapia e/ou radioterapia. A maioria dos diagnósticos é feito em estágio inicial e tem altos índices de cura, refletida em excelentes taxas de sobrevida. Por outro lado, há uma parcela significativa que apresenta características adversas, incluindo um cenário biologicamente mais agressivo.

Classicamente, o câncer de endométrio tem sido categorizado em dois grupos tumorais com base em fatores histopatológicos e prognóstico: tipo I (estrogênio-dependente e bem diferenciado) e tipo II (estrogênio-independente, menos diferenciado, prognóstico ruim). O uso de características moleculares como estimativa de risco e recorrência foi ampliado quando o Atlas do Genoma do Câncer (TCGA) avaliou o câncer de endométrio por meio do sequenciamento de genoma completo do tumor e identificou quatro subgrupos moleculares: DNA polimerase ϵ (POLE, ultramutado), instabilidade de microssatélites (MSI, hipermutado), baixo número de cópias e alto número de cópias.

A via de reparo de erros de pareamento (MMR) corrige bases mal pareadas por meio do reparo por excisão de nucleotídeos durante a replicação do DNA. Isso garante a estabilidade genômica e previne inserções e deleções anormais de DNA, inclusive em regiões microssatélites não codificantes. A geração de proteínas não próprias por tumores deficientes em MMR ou MSI-H cria inúmeros neoantígenos. Os neoantígenos podem ser detectados pelo sistema imunológico, levando à estimulação de uma resposta imune antitumoral. Dadas as propriedades imunogênicas dos tumores MMR/MSI-H, o uso da imunoterapia nesses cânceres é oportuno. Um dos alvos terapêuticos mais estudados está em uma classe de medicamentos imunoterápicos conhecidos como inibidores de *checkpoint* imunológico (ICIs). Os ICIs impedem que as células cancerígenas escapem imunologicamente, especificamente a função das células T efetoras, resultando em uma melhor atividade antitumoral das células T. As células T, um componente do sistema imunológico adaptativo, podem atacar e induzir a morte de células cancerígenas.¹

O sistema MMR (*mismatch repair*) reflete a capacidade do sistema de reparo de erros de pareamento do DNA de corrigir erros que ocorrem durante a replicação em sequências repetitivas curtas (microssatélites) espalhadas pelo genoma. Ele é composto por proteínas (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2) que atuam em heterodímeros para corrigir erros de replicação nos microssatélites. Quando esse sistema está funcionando normalmente (MMR proficiente ou pMMR), os microssatélites permanecem estáveis — daí o termo MSS. Quando há deficiência do MMR (dMMR), seja por mutação somática, germinativa (Síndrome de Lynch) ou hipermetilação do promotor do MLH1, os erros se acumulam progressivamente, gerando o fenótipo MSI-H, caracterizado por alta carga mutacional (TMB elevado) e geração abundante de neoantígenos.

A positividade para L1CAM é um marcador prognóstico adverso independente em carcinoma endometrial, associado a maior risco de recorrência e menor sobrevida global e livre de doença (meta-análise: HR de sobrevida global 2,87; HR de sobrevida livre de doença 3,32), reforçando a

indicação de tratamento sistêmico intensivo mesmo em estágio IIIC1. Em conjunto, o perfil desta paciente (p53 mutante, L1CAM+, RE/RP negativos, grau 3, estágio IIIC1) indica doença de alto risco biológico, na qual a intensificação terapêutica é justificada.

O dostarlimabe (nome comercial Jemperli®) possui registro ativo na ANVISA desde 2022. É um anticorpo monoclonal humanizado do isótipo imunoglobulina G4 (IgG4) que se liga à PD-1, resultando em inibição da ligação com PD-L1 e PD-L2, liberando a inibição da resposta imune mediada por PD-1, incluindo a resposta imune antitumoral. Em sua bula consta que é indicado em duas situações: 1) em combinação com quimioterapia à base de carboplatina e paclitaxel seguido de Jemperli® para o tratamento de pacientes adultos com câncer de endométrio primário avançado ou recorrente e 2) como monoterapia para o tratamento de pacientes adultos com câncer endometrial recorrente ou avançado com deficiência de enzimas de reparo (dMMR) ou alta instabilidade de microsatélite (MSI-H), que progrediu durante ou após tratamento à base de platina.²

A principal evidência científica vem do estudo de fase III, multicêntrico, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, intitulado RUBY (ENGOT-EN6/GOG-3031), que incluiu pacientes com carcinoma endometrial primário avançado (estádio III/IV) ou recorrente, incluindo histologia serosa e independentemente do status de reparo de erros de pareamento (MMR). Esse é o desenho aprovado pela FDA americana para carcinoma endometrial avançado primário ou recorrente, em combinação com quimioterapia. Os principais critérios de elegibilidade para o estudo foram doença primária em estágio III ou IV da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), incluindo doença em estágio IIIA a IIIC1 com presença de doença avaliável ou mensurável por RECIST v.1.1, pacientes em estágio IIIC1 com carcinosarcoma, histologia de células claras, serosa ou mista (contendo ≥10% de carcinosarcoma, células claras ou histologia serosa), independentemente da presença de doença avaliável ou mensurável em exames de imagem, doença em estágio IIIC2 ou estágio IV, independentemente da presença de

doença avaliável ou mensurável. O estudo também incluiu pacientes com câncer endometrial em primeira recorrência com baixo potencial de cura por radioterapia ou cirurgia isoladas ou em combinação. Um total de 494 pacientes com câncer endometrial foram avaliadas quanto à eficácia.³

Para um caso de carcinoma seroso de alto grau estágio IIIC1, o ponto crítico é o status de MMR/MSI, já que a magnitude do benefício difere substancialmente entre subgrupos. **Na população dMMR/MSI-H: redução de 72% no risco de progressão ou morte (HR 0,28-0,32 conforme a análise), com sobrevida livre de progressão em 24 meses de 61,4% com dostarlimabe versus 15,7% com placebo, e benefício de sobrevida global mantido em análises posteriores (HR 0,32; IC 95% 0,17-0,63).**

Na população pMMR/MSS (perfil molecular mais comum em carcinoma seroso): o benefício está presente, porém menor em magnitude. A sobrevida livre de progressão em 24 meses foi de 28,4% com dostarlimabe versus 18,8% com placebo (HR 0,76; IC 95% 0,59-0,98), e sobrevida global em 24 meses de 67,7% versus 55,1% com placebo (HR 0,73; IC 95% 0,52-1,02). É importante notar que carcinomas serosos, embora predominantemente pMMR/MSS, apresentam expressão de PD-1 prevalente, o que pode contribuir para a resposta observada mesmo nesse subgrupo de menor carga mutacional. Na análise de sobrevida global geral (todos os subtipos histológicos combinados), houve benefício estatisticamente significativo e clinicamente relevante com dostarlimabe.³

É importante notar que, dentro da parte 2 do RUBY (dostarlimabe + niraparib), análises exploratórias pré-especificadas por subtipo molecular mostraram que o subgrupo *copy-number* alto/p53abn teve o maior benefício relativo (HR para SLP de 0,29), superior até ao subgrupo MMRd/MSI-H (HR 0,45). Isso reforça que a mutação de p53, mesmo em contexto MSS, identifica um subgrupo com resposta favorável a estratégias imuno-baseadas combinadas com inibidor de PARP, embora esse regime específico (dostarlimabe + niraparib) ainda não seja o padrão aprovado isoladamente para esta indicação.

Com maior maturidade de dados (51% na população geral), foi publicada no ano seguinte a segunda análise interina do Estudo RUBY com a apresentação dos resultados de sobrevida global (SG). O risco de morte (razão de risco - RR) no subgrupo pMMR/MSS foi de 0,79 (IC 95%, 0,60–1,04, p nominal = 0,0493) — ainda uma tendência favorável ao dostarlimabe, com redução de ~21% no risco de morte, mas novamente sem cruzar o limiar de significância estatística formal, já que o IC 95% roça o valor 1. Em contraste, no mesmo corte de dados, o subgrupo dMMR/MSI-H apresentou HR = 0,32 (IC 95%, 0,17–0,63, p = 0,0002), e a população geral (que teve significância estatística formal como desfecho primário duplo) apresentou HR = 0,69 (IC 95%, 0,54–0,89, p = 0,0020).

Esses dados reforçam que, embora o subgrupo MSS represente cerca de três quartos da população do estudo RUBY e tenha uma biologia tumoral mais heterogênea (incluindo carcinossarcomas), o benefício absoluto de sobrevida com a adição de dostarlimabe é real e consistente na direção, porém de magnitude menor e com significância estatística limítrofe em comparação ao subgrupo dMMR/MSI-H. ⁴

Uma metanálise recente de 5 ensaios randomizados (AtTEnd, DUO-E, MITO END-3, NRG GY018, RUBY) envolvendo 2.707 pacientes confirmou que o benefício de PFS com a adição de imunoterapia à quimioterapia com melhora significativa da sobrevida livre de progressão (SLP) em todos os subgrupos independentemente do status de reparo de erros de pareamento (dMMR/pMMR - MSS) e da expressão de PD-L1. Os resultados foram: dMMR (HR = 0,36, IC 95%: 0,28–0,45, P < 0,00001), **pMMR** (HR = 0,78, IC 95%: 0,70–0,87, P = 0,009), PD-L1 positivo (HR = 0,52, IC 95%: 0,38–0,70, P < 0,0001) e PD-L1 negativo (HR = 0,66, IC 95%: 0,44–0,98, P = 0,04). Portanto, foi identificada melhora substancial e altamente consistente no subgrupo dMMR (redução de ~64% no risco de progressão), enquanto no subgrupo pMMR o benefício é mais modesto, ainda que estatisticamente significativo. ⁵

Consequências do tratamento com a quimioterapia isolada

No estudo RUBY, a adição de dostarlimabe reduziu o risco de progressão ou morte em 36% na população geral em 24 meses, e a mortalidade em 31% (HR 0,69; IC 95%, 0,54–0,89; $p=0,0020$) na análise de sobrevida global mais madura, com sobrevida mediana de 44,6 meses *versus* 28,2 meses no subgrupo dMMR/MSI-H. Uma metanálise recente reunindo quatro ensaios de fase 3 (RUBY, GY018, DUO-E, AtTEnd; $n=2.334$) confirmou que a combinação imunoterapia+quimioterapia melhora significativamente PFS (HR 0,60), sobrevida global (HR 0,75) e taxa de resposta objetiva (OR 1,42) em relação à quimioterapia isolada, com aumento apenas modesto de eventos adversos grau 3-5, sem elevação de eventos adversos graves. Ou seja, manter a paciente apenas em quimioterapia — sem associar o dostarlimabe — implica abrir mão de um benefício de sobrevida estatisticamente significativo e clinicamente relevante, já demonstrado de forma consistente em múltiplos ensaios independentes.⁶

Consequências da postergação do início do dostarlimabe

Nos ensaios que estabeleceram essa evidência (RUBY, GY018, AtTEnd, DUO-E), o inibidor de *checkpoint* foi sempre iniciado concomitantemente ao primeiro ciclo de quimioterapia, e não introduzido posteriormente. Essa concomitância desde o início reflete o racional de sinergia biológica entre quimioterapia e imunoterapia — a quimioterapia promove morte celular imunogênica e maior exposição de neoantígenos, favorecendo a resposta imune anti-tumoral desencadeada pelo bloqueio de PD-1. A bula da ANVISA para dostarlimabe (Jemperli®) também especifica seu uso em combinação com carboplatina-paclitaxel desde o início do tratamento, seguido de manutenção isolada.

Não foram identificados na literatura recuperada ensaios clínicos que tenham testado especificamente a adição tardia de dostarlimabe após alguns ciclos de quimioterapia isolada; portanto, não há dados diretos que

quantifiquem a magnitude da perda de benefício nesse cenário específico. **Contudo, como o desenho e a aprovação regulatória se baseiam na administração concomitante desde o ciclo 1, postergar o início do dostarlimabe representa um desvio do protocolo com eficácia validada, sem garantia de que o mesmo benefício de sobrevida seria recuperado ao iniciá-lo tardiamente.**

Para carcinoma seroso de endométrio estágio III, a *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) recomenda quimioimunoterapia concomitante desde o primeiro ciclo — carboplatina/paclitaxel associada a pembrolizumabe, dostarlimabe ou durvalumabe (esta última restrita a tumores dMMR) —, com continuação do agente de *checkpoint* como manutenção isolada após o término da quimioterapia. **Adota como esquema preferencial o uso de carboplatina/paclitaxel + dostarlimabe (gxly) para tumores estágio III–IV, sendo especificamente indicado para estágio IIIA, IIIB ou IIIC1 com doença mensurável pós-cirurgia; estádio IIIC1 com histologia serosa, células claras, carcinosarcoma ou mista independentemente de doença mensurável; e estágio IIIC2 ou IV independentemente de doença mensurável — o que inclui diretamente o cenário de carcinoma seroso IIIC1.** Em todos os regimes preferenciais, o inibidor de *checkpoint* é administrado concomitantemente aos seis ciclos de carboplatina/paclitaxel, e não introduzido posteriormente — os inibidores de *checkpoint* e/ou anticorpos monoclonais incluídos nesses esquemas podem ser continuados como manutenção após o término da quimioterapia, seguindo o protocolo do estudo original (RUBY para dostarlimabe, GY018 para pembrolizumabe). ⁷

Inicialmente, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) limitou a recomendação do dostarlimabe em primeira linha (associado à quimioterapia) estritamente para pacientes com deficiência de reparo de incompatibilidade (dMMR) ou alta instabilidade de microssatélites (MSI-H). Em avaliações subsequentes para a população com proficiência de reparo (pMMR/MSS) — grupo no qual a maior parte dos carcinomas serosos se enquadra —, o NICE abriu espaço para incorporação de esquemas

semelhantes. O reembolso de imunoterápicos para esse subtipo específico é analisado detalhadamente sob critérios estritos de custo-efetividade e impacto financeiro no NHS. ⁸

Tanto a *European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO) quanto a *European Society for Radiotherapy and Oncology* (ESTRO) tem um consenso de que carcinomas serosos (comumente associados a mutações do TP53 e classificados como de alto risco) demandam tratamento sistêmico agressivo em primeira linha (quimioterapia + imunoterapia) combinado à terapia locorregional (radioterapia externa/braquiterapia) quando cirurgicamente indicado. ⁹

Apesar de o dostarlimabe (associado à quimioterapia) possuir aprovação regulatória da ANVISA para uso comercial no Brasil, ele não foi incorporado pela CONITEC para o tratamento de primeira linha de forma universal no SUS. A CONITEC tem aberto discussões e chamadas públicas voltadas para a avaliação do dostarlimabe com o foco de maneira mais restrita à população com deficiência de enzimas de reparo (dMMR / MSI-H).¹⁰

Até o momento, a condição de saúde descrita para a paciente (carcinoma seroso de endométrio, grau 3) não caracteriza situação de urgência médica, conforme definição em resolução do Conselho Federal de Medicina ¹¹. Porém, o retardo da terapia pode expor a paciente ao risco de complicações como hemorragias uterinas, dor pélvica intratável, expansão de metástases e redução da sobrevida global.

IV – CONCLUSÃO:

Considerando o caso concreto do presente auto, trata-se paciente de 74 anos, portadora de carcinoma seroso de endométrio, grau 3, já submetida a histerectomia e linfadenectomia com risco elevado de recidiva;

Considerando haver evidências científicas que suportem seu uso com eficácia e segurança aceitáveis, uma vez que demonstram que carcinomas serosos, com predominância da expressão pMMR/MSS, apresentam benefício estatisticamente significativo e clinicamente relevante na análise de sobrevida

livre de progressão e de sobrevida global geral com o uso de dostarlimabe associado a quimioterapia;

Considerando que o medicamento prescrito possui registro na ANVISA e está indicado em bula para o tratamento de casos como o do presente auto;

Este NATJUS considera a presente demanda como justificada.

V – REFERÊNCIAS:

1) Oaknin A, V. TA, Gilbert L, et al. **Clinical Activity and Safety of the Anti-Programmed Death 1 Monoclonal Antibody Dostarlimab for Patients with Recurrent or Advanced Mismatch Repair-Deficient Endometrial Cancer: a Nonrandomized Phase 1 Clinical Trial**. JAMA Oncol . 2020;6(11):1766–1772. doi:10.1001/jamaoncol.2020.4515:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7530821/>

2) ANVISA.

[https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/detalhe/1639221?nomeProduto=Jemp
erli](https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/detalhe/1639221?nomeProduto=Jemp
erli)

3) Mansoor R. Mirza, M.D., Dana M. Chase, M.D., Brian M. Slomovitz, M.D., René dePont Christensen, Ph.D., Zoltán Novák, Ph.D., Destin Black, M.D., Lucy Gilbert, M.D., +24 , for the RUBY Investigators*. **Dostarlimab for Primary Advanced or Recurrent Endometrial Cancer**. Published March 27, 2023. N Engl J Med 2023;388:2145-2158. DOI: 10.1056/NEJMoa2216334. VOL. 388 Nº23

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2216334>

4) Powell MA, Børge L, Willmott L, Novák Z, Black D, Gilbert L, Sharma S, Valabrega G, Landrum LM, Gropp-Meier M, Stuckey A, Boere I, Gold MA, Segev Y, Gill SE, Gennigens C, Sebastianelli A, Shahin MS, Pothuri B, Monk BJ, Buscema J, Coleman RL, Slomovitz BM, Ring KL, Herzog TJ, Balas MM, Grimshaw M, Stevens S, Lai DW, McCourt C, Mirza MR. **Overall survival in patients with endometrial cancer treated with dostarlimab plus carboplatin-paclitaxel in the randomized ENGOT-EN6/GOG-3031/RUBY**

trial. Ann Oncol. 2024 Aug;35(8):728-738. doi: 10.1016/j.annonc.2024.05.546. Epub 2024 Jun 10. PMID: 38866180.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38866180/>

5) Lan, L., Tang, Z., Yao, X. et al. **Predictive value of PD-L1 expression and dMMR/pMMR status for immune checkpoint inhibitor combined with chemotherapy in advanced/recurrent endometrial cancer: a meta-analysis.** World J Surg Onc 24 , 233 (2026). <https://doi.org/10.1186/s12957-026-04330-6>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40228516/>

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12957-026-04330-6>

6) Li R, Zhang X, Shen J. **Combination of immunotherapy and chemotherapy as first-line treatment for advanced or recurrent endometrial cancer: a meta-analysis of phase 3 trials.** BMC Cancer. 2025 Oct 14;25(1):1579. doi: 10.1186/s12885-025-15039-2. PMID: 41088012; PMCID: PMC12523153.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41088012/>

7) Uterine Neoplasms. National Comprehensive Cancer Network. Updated 2026-06-16. Guideline.

nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine.pdf?utm_source=openevidence#page=38

8) NICE. TA1117.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ta1117/resources/dostarlimab-with-platinumcontaining-chemotherapy-for-treating-primary-advanced-or-recurrent-endometrial-cancer-with-microsatellite-stability-or-mismatch-repair-proficiency-pdf-2973530455583173>

9) Nicole Concin, Xavier Matias-Guiu, David Cibula, Nicoletta Colombo, Carien L Creutzberg, Jonathan Ledermann, Mansoor Raza Mirza, Ignace Vergote, Nadeem R Abu-Rustum, Tjalling Bosse, Cyrus Chhagari, Sophie Espenel, Anna Fagotti, Christina Fotopoulou, Sonia Gattuso, Antonio González-Martin, Sigurd Lax, Bar Levy, Domenica Lorusso, Gabriella Macchia, Christian Marth, Philippe Morice, Ana Oaknin, Maria Rosaria Raspollini, Richard Schwameis, Jalid Sehouli, Alina Sturdza, Alexandra Taylor, Anneke Westermann, Pauline

Wimberger, François Planchamp, Remi A Nout. **ESGO–ESTRO–ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma: update 2025**. Lancet Oncol 2025; 26: e423–35.

<https://guidelines.esgo.org/media/2025/09/ESGO-ESTRO-ESP-Guidelines-for-EC-LO-July-2025.pdf>

10) CONITEC. Chamada pública nº49.

Dostarlimabe para tratamento de mulheres adultas com câncer do endométrio primário avançado (estágios III e IV) ou recorrente com deficiência de enzimas de reparo (dMMR) ou alta instabilidade de microssatélite (MSI-H). 12/05/2026 - 21/05/2026.

<https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/participacao-social/perspectiva-do-paciente/chamadas-publicas-encerradas-perspectiva-do-paciente>

11) Resolução CFM Nº 1.451/1995.

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf

VI – DATA:

09/09/2026

NATJUS – TJMG