Nota Técnica 386845

Data de conclusão: 07/08/2025 15:28:10

Paciente

Idade: 34 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Erechim/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 386845

CID: C50.8 - Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva

Diagnóstico: C50.8 - Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva.

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: PEMBROLIZUMABE

Via de administração: EV

Posologia: Pembrolizumabe 200 mg. Aplicar de forma EV, conforme regras de biossegurança, a cada 3 semanas por 8 ciclos.

Uso contínuo? -

Duração do tratamento: dia(s)

Indicação em conformidade com a aprovada no registro? Sim

Previsto em Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Min. da Saúde para a situação clínica do demandante? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não informado

Oncológico? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: PEMBROLIZUMABE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: quimioterapia padrão.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: PEMBROLIZUMABE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: PEMBROLIZUMABE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: PEMBROLIZUMABE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
O pembrolizumabe é um anticorpo monoclonal, ou seja, é um tipo de proteína concebida para reconhecer e ligar-se a uma estrutura específica (chamada antígeno), que se encontra em determinadas células do organismo. O pembrolizumabe bloqueia a ligação entre PD-L1 (programmed cell death 1) e seus ligantes, ativando linfócitos T citotóxicos e ativando a imunidade antitumoral (3). Por esse motivo, juntamente com o fármaco nivolumabe, é denominado anti-PD-L1.
O ensaio clínico KEYNOTE-522 foi um estudo de fase III que randomizou 1174 pacientes com câncer de mama triplo-negativo em estágio II ou estágio III, não tratados anteriormente, que estavam recebendo terapia neoadjuvante para receber pembrolizumabe ou placebo a cada três semanas durante a neoadjuvância e continuando o tratamento por mais nove ciclos (27 semanas) após a cirurgia, independentemente da resposta patológica à terapia neoadjuvante [4,5]. O estudo demonstrou que no grupo em que houve a adição de pembrolizumabe à quimioterapia neoadjuvante (NACT), a taxa geral de resposta patológica completa (pCR) foi de 64,8% versus 51,2% para o grupo placebo [diferença estimada de 13,6%; intervalo de confiança de 95% (IC 95%) de 5,4 a 21,8; P<0.001], com melhoras nas taxas de pCR com ou sem expressão de PD-L1. Após mediana de acompanhamento de 39,1 meses, a mediana de sobrevida livre de eventos do grupo tratado com pembrolizumabe em 36 meses foi de 84,5% versus 76,8% do grupo placebo (hazard ratio (HR) = 0,63, IC 95% de 0,48 a 0,82). Embora pacientes sem comprometimento dos linfonodos tenham tido resultados superiores em comparação com pacientes com linfonodos positivos, a adição de pembrolizumabe reduziu a incidência de eventos também nesse grupo. Cabe ressaltar que trata-se de análise composta, ou seja, estão sendo considerados como “eventos” de igual peso para a análise a presença de progressão de doença, recorrência local ou à distância, surgimento de outro tumor ou morte. A sobrevida global estimada em 60 meses foi de 86,6% (intervalo de confiança [IC] de 95%, 84,0 a 88,8) no grupo de quimioterapia com pembrolizumabe, em comparação com 81,7% (IC de 95%, 77,5 a 85,2) no grupo de quimioterapia com placebo (P = 0,002) [6].
Eventos adversos relacionados ao tratamento de grau 3 ou 4 foram observados em 78% no grupo que recebeu pembrolizumabe mais quimioterapia e 73% no grupo que recebeu apenas quimioterapia [4].

Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário	Valor Total
PEMBROLIZUMABE	100 MG/ 4 ML8 SOL INJ CT 2 FA VD INC X 4 ML		R$ 31.608,94	R$ 252.871,52

* Valor unitário considerado a partir de consulta de preço da tabela CMED. Preço máximo de venda ao governo (PMVG) no Rio Grande do Sul (ICMS 17%). O PMVG é o resultado da aplicação do Coeficiente de Adequação de Preços (CAP) sobre o Preço Fábrica – PF, PMVG = PF*(1-CAP). O CAP, regulamentado pela Resolução nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de

medicamentos constantes do rol anexo ao Comunicado nº 15, de 31 de agosto de 2017 - Versão Consolidada ou para atender ordem judicial. Conforme o Comunicado CMED nº 5, de 21 de dezembro de 2020, o CAP é de 21,53%. Alguns medicamentos possuem isenção de ICMS para aquisição por órgãos da Administração Pública Direta Federal, Estadual e Municipal, conforme Convênio ICMS nº 87/02, sendo aplicado o benefício quando cabível.

O pembrolizumabe é produzido pela empresa Merck Sharp & Dohme e comercializado com o nome Keytruda® em frascos-ampola contendo 100 mg do produto para administração intravenosa. Com base em consulta à tabela da CMED no site da ANVISA em julho de 2025 e na prescrição médica anexada ao processo, foi elaborada a tabela acima com o custo do tratamento.
Não existem avaliações econômicas nacionais do uso de pembrolizumabe para o tratamento neoadjuvante ou adjuvante do câncer de mama triplo-negativo.
A agência Canada's Drug Agency (CDA-AMC) avaliou o reembolso da terapia com pembrolizumabe para o tratamento neoadjuvante e adjuvante do câncer de mama triplo-negativo (7). O comitê estimou uma razão de custo-efetividade incremental de $81.408 por anos de vida ajustados pela qualidade (QALY), valor este muito acima do limiar de disposição a pagar do governo canadense (cerca de $50.000). O comitê estimou que o custo do medicamento deveria ser reduzido em 36% para ser custo-efetivo.
Em relatório publicado em 2022, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE), do governo britânico, recomendou apenas após desconto confidencial o uso do pembrolizumabe para o tratamento neoadjuvante e adjuvante do câncer de mama triplo-negativo para doença localmente avançada e para pacientes com doença precoce, porém com alto risco de recidiva. Os dados de custo-efetividade não foram descritos devido ao fornecimento do medicamento mediante desconto sigiloso (8).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: aumento na taxa de resposta patológica completa e nas taxas de sobrevida livre de eventos e em sobrevida global.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: PEMBROLIZUMABE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Inicialmente, cabe informar que a avaliação de manutenção de tratamento já em uso configura uma decisão particularmente complexa. Apesar de avaliarmos o caso individual, entendemos que a conclusão da avaliação técnica deve alicerçar-se fundamentalmente na avaliação de benefícios a partir da literatura médica para pacientes de mesmo cenário clínico candidatos ao tratamento, tanto para questões de efetividade, custo-efetividade, e impacto orçamentário.
Estudo de boa qualidade metodológica que avaliou o pembrolizumabe no cenário neoadjuvante, como é o caso do pleito em tela, e adjuvante para o tratamento do câncer de mama triplo negativo demonstrou que o uso deste medicamento aumentou a taxa de resposta patológica completa (no caso para o cenário neoadjuvante) e aumentou a taxa de sobrevida livre de eventos (desfecho combinado em que a morte do paciente é apenas um entre outros desfechos). Além disso, foi demonstrado impacto em sobrevida global.
Entretanto, é razoável estimar que o tratamento pleiteado apresente um perfil de custo-

efetividade desfavorável para a realidade brasileira - ou seja, o benefício ganho com a sua incorporação não ultrapassa o benefício perdido pelo deslocamento de outras intervenções em saúde que não mais poderiam ser adquiridas com o mesmo investimento, perfazendo portanto mau uso dos recursos disponíveis ao sistema. Agências de avaliação de tecnologias de outros países recomendaram a incorporação do tratamento em seus sistemas apenas após acordo de redução de preço. O impacto orçamentário da terapia pleiteada, mesmo em decisão isolada, é elevado, com potencial de comprometimento de recursos públicos extraídos da coletividade - recursos públicos que são escassos e que possuem destinações orçamentárias com pouca margem de realocação, e cujo uso inadequado pode acarretar prejuízos a toda a população assistida pelo SUS.
Compreende-se o desejo do paciente e da equipe assistente de buscar tratamento para a doença, no entanto, frente à estimativa de perfil de custo-efetividade desfavorável; ao alto impacto orçamentário mesmo em decisão isolada; e à ausência de avaliação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde, entendemos que se impõe o presente parecer desfavorável.
Sobre eventual efeito da interrupção do tratamento já instituído restam incertezas clínicas. Não há evidências sobre tais efeitos. Tampouco identificamos necessidade de suspensão gradual. O principal risco com a suspensão do tratamento é o de menor resposta ao tratamento, risco este que também pode ocorrer na vigência do tratamento, não sendo possível garantir, para o caso específico e conforme os princípios da medicina baseada em evidências, que qualquer melhora clínica observada seja inequivocamente causada pelo tratamento.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas: 1. INCA. Estimativa 2020 - Incidência de câncer no Brasil [Internet]. 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf
2. Ministério da Saúde. PORTARIA CONJUNTA No 5, DE 18 DE ABRIL DE 2019. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama [Internet]. [Internet]. 2019. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2019/ddt_carcinoma_cancerde_mama.pdf
3. Zhang B, Zhou YL, Chen X, Wang Z, Wang Q, Ju F, et al. Efficacy and safety of CTLA-4 inhibitors combined with PD-1 inhibitors or chemotherapy in patients with advanced melanoma. Int Immunopharmacol. 2019;68:131–6.
4. Schmid P, Cortes J, Pusztai L, McArthur H, Kümmel S, Bergh J, et al. Pembrolizumab for Early Triple-Negative Breast Cancer. N Engl J Med. 27 de fevereiro de 2020;382(9):810–21.
5. Schmid P, Cortes J, Dent R, Pusztai L, McArthur H, Kümmel S, et al. Event-free Survival with Pembrolizumab in Early Triple-Negative Breast Cancer. N Engl J Med. 10 de fevereiro de 2022;386(6):556–67.
6.Schmid P, Cortes J, Dent R, McArthur H, Pusztai L, Kümmel S, et al. Overall Survival with Pembrolizumab in Early-Stage Triple-Negative Breast Cancer. N Engl J Med. 28 de novembro de 2024;391(21):1981–91.
7.Canadian Agency for Drugs & Technologies in Health (CADTH). Pembrolizumab for the treatment of adult patients with early-stage triple-negative breast cancer (TNBC) in combination with chemotherapy as neoadjuvant treatment, and then continued as monotherapy as adjuvant treatment after surgery. [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.cadth.ca/pembrolizumab-3
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Pembrolizumab for neoadjuvant

and adjuvant treatment of triple-negative early or locally advanced breast cancer [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ta851

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Segundo laudo médico, a parte autora, com 33 anos de idade, possui diagnóstico de carcinoma ductal invasivo de mama direita, estádio clínico IIIB, triplo-negativo, desde 26/05/2025 (Evento 1, ATESTMED13 e LAUDO19). Exames de estadiamento mostram adenopatia axilar esquerda hipercaptante, sem doença a distância (Evento 1, EXMMED16), cuja punção aspirativa evidenciou células atípicas (possível linfonodo sentinela à esquerda, devido à localização medial do tumor - Evento 1, LAUDO18). Presença de expressão de PD-L1 na amostra da biópsia de mama (Evento 1, LAUDO17). Está em uso de pembrolizumabe, tendo recebido até o momento dois ciclos de tratamento, sendo um completo (iniciado em 24/06/2025) e outro parcial (iniciado em 15/07/2025), com carboplatina (Dia 1) + paclitaxel (Dias 1-8-15) (Evento 22 - ATESTMED2). Neste contexto, pleiteia o fornecimento jurisdicional do pembrolizumabe para tratamento neoadjuvante.
O câncer de mama é o tipo de neoplasia mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil. Para cada ano do triênio 2020-2022, estima-se a ocorrência de 66.280 casos novos desse câncer no Brasil (1). A idade é o principal fator de risco para o câncer de mama feminino. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. Outros fatores de risco estabelecidos incluem aqueles relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), história familiar de câncer da mama, alta densidade do tecido mamário, obesidade, urbanização e elevação do status socioeconômico, entre outros.
É considerado um câncer de bom prognóstico, quando diagnosticado e tratado precocemente. No entanto, quando diagnosticado em estágios avançados, com metástases sistêmicas, é considerado incurável. O câncer de mama tem seu comportamento e tratamento definidos pela localização, características histopatológicas e imunohistoquímicas do tumor, idade de apresentação e estadiamento. A sobrevida média após cinco anos do diagnóstico, em países desenvolvidos, é de aproximadamente 85%. No Brasil, a sobrevida aproximada é de 80% (2).
As opções terapêuticas do câncer de mama incluem cirurgia do tumor primário e de possível acometimento axilar, radioterapia como forma de tratamento local e o tratamento medicamentoso sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e anticorpos monoclonais). Na presença de metástases, o tratamento objetiva a melhora da qualidade de vida e o aumento da sobrevida, utilizando terapias que incluem quimioterapia, hormonioterapia, radioterapia e medicações alvo. Além disso, pacientes com metástase(s) óssea(s) devem receber inibidores de osteólise, associado ao tratamento sistêmico. Já para pacientes com câncer de mama triplo-negativo, ou seja, aquelas que não apresentam receptores hormonais ou hiperexpressão do fator de crescimento epidérmico humano 2 (HER2), as opções terapêuticas se restringem à quimioterapia e radioterapia (2).