

Nota Técnica 465386

Data de conclusão: 09/02/2026 10:40:29

Paciente

Idade: 74 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Cachoeira do Sul/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

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

Tecnologia 465386-A

CID: C22.0 - Carcinoma de células hepáticas

Diagnóstico: carcinoma de células hep

Posologia: atezolizumabe 1200 mg EV

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

Oncológico? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: ATEZOLIZUMABE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Quimioterapia paliativa com outros medicamentos, tratamento não medicamentoso (por exemplo, radioterapia) e tratamento de suporte.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: ATEZOLIZ

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: ATEZOLIZUMABE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Ambos os fármacos pleiteados são anticorpos monoclonais. O atezolizumabe bloqueia a interação da proteína PD-L1, altamente expressa em certos tumores e relacionada à redução da ativação de células imunes (ou seja, a inibição de PD-L1 pelo atezolizumabe pode remover este efeito inibidor e, assim, gerar resposta antitumoral) (14). Já o bevacizumabe atua ligando-se seletivamente ao VEGF circulante, inibindo assim a ligação do VEGF aos seus receptores de superfície celular; esta inibição leva a uma redução no crescimento microvascular dos vasos sanguíneos do tumor e, portanto, limita o suprimento de sangue aos tecidos tumorais (15).

O principal estudo que avaliou essa combinação de fármacos no tratamento do CHC foi o ensaio clínico de fase 3 chamado IMbrave150 (16), citado em processo, um estudo randomizado, aberto (não-cegado), que comparou a tecnologia pleiteada ao sorafenibe. Foram incluídos no estudo pacientes com todos os seguintes critérios: não ter recebido terapia sistêmica para câncer de fígado anteriormente; doença mensurável que não era passível de terapias curativas ou loco-regionais ou que havia progredido posteriormente; uma pontuação de status de desempenho de 0 ou

comparação ao sorafenibe em pacientes com carcinoma hepatocelular irresssecável (17). Observou-se mediana de SG favorecendo a combinação de medicamentos em 5,8, sendo de 19,2 meses no grupo combinado versus 13,4 meses no grupo sorafenibe, correspondendo a redução relativa do risco de morte de 34% (hazard ratio [HR] 0,66; IC95% 0,52–0,85; P<0,001). A mediana de SLP foi de 6,9 meses versus 4,3 meses, respectivamente (HR 0,65; IC95% 0,53–0,81; P<0,001). A taxa de resposta objetiva foi de 30% no grupo atezolizumabe-bevacizumabe e 11% no grupo sorafenibe, com maior duração mediana de resposta no grupo combinado (18,1 meses) (17).

O perfil de segurança permaneceu semelhante ao da análise primária, com incidência comparável de eventos adversos grau 3/4 relacionados ao tratamento (43% vs. 46%) e baixa frequência de eventos grau 5 (2% vs. <1%), sem identificação de novos sinais de toxicidade (17).

Algumas limitações deste estudo podem ser descritas: trata-se de um estudo aberto, ou seja, os pesquisadores e os pacientes sabiam qual tratamento estavam recebendo. Além disso, o tamanho de efeito (diferença entre os dois grupos de tratamento), apesar de ser diferente com benefício para a tecnologia pleiteada, pode ser considerado pequeno (cerca de 6 meses de ganho de sobrevida global).

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
ATEZOLIZUMABE	1200			

considerando os dados de prescrição médica, elaborou-se a tabela acima estimando o custo anual do tratamento pleiteado. Para o medicamento atezolizumabe, incluiu-se o de nome comercial Trecentriq®, disponibilizado pelo laboratório Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A., único disponível atualmente. Já para o medicamento bevacizumabe, selecionou-se o de nome comercial Mvasi®, do Laboratório Amgen Biotecnologia do Brasil LTDA, de menor custo.

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE), agência de avaliação de tecnologias do sistema de saúde britânico, avaliou o uso de atezolizumabe em combinação com bevacizumabe para pacientes com CHC irressecável. A agência recomendou o uso da combinação de fármacos nesse contexto, para pacientes que tivessem insuficiência hepática Child-Pugh grau A e um status de desempenho ECOG de 0 ou 1, mas apenas após acordo comercial confidencial. Nas análises de custo efetividade, o relatório informa que a razão de custo-efetividade incremental (RCEI) calculada estaria abaixo de £ 50.000 por ano de vida ajustado pela qualidade (QALY) ganho, mas que os valores exatos não podem ser relatados devido aos acordos comerciais confidenciais para o fornecimento dos medicamentos (18).

O grupo responsável por avaliações de fármacos oncológicos da agência canadense de avaliação de tecnologias (Canadian Agency for Drugs & Technologies in Health [CADTH]) também avaliou essa combinação de fármacos no mesmo contexto clínico, com

adversos e custo-efetividade desfavorável).

Além do benefício modesto, é razoável estimar que o esquema terapêutico 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 não recomendaram a incorporação do tratamento em seus sistemas, ou apenas o fizeram 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.

Por fim, compreende-se o desejo do paciente e da equipe assistente de buscar tratamento para uma doença cuja expectativa de vida é muito baixa na situação clínica apresentada. No entanto, frente ao modesto benefício incremental estimado; 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.

Há evidências científ

Cent. abril de 2010;17(2):72–82.

10. Mohanty S, Rajaram R, Bilimoria KY, Salem R, Pawlik TM, Bentrem DJ. Assessment of non-surgical versus surgical therapy for localized hepatocellular carcinoma. *J Surg Oncol*. fevereiro de 2016;113(2):175–80.

11. Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzetti F, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *N Engl J Med*. 14 de março de 1996;334(11):693–9.

12. Peng S, Zhao Y, Xu F, Jia C, Xu Y, Dai C. An updated meta-analysis of randomized controlled trials assessing the effect of sorafenib in advanced hepatocellular carcinoma. *PloS One*. 2014;9(12):e112530.

13. Hsu CY, Lee YH, Hsia CY, Huang YH, Su CW, Lin HC, et al. Performance status in patients with hepatocellular carcinoma: determinants, prognostic impact, and ability to improve the Barcelona Clinic Liver Cancer system. *Hepatol Baltim Md*. janeiro de 2013;57(1):112–9.

14. Liu X, Lu Y, Qin S. Atezolizumab and bevacizumab for hepatocellular carcinoma: mechanism, pharmacokinetics and future treatment strategies.

80% dos casos de CHC (3).

O Brasil é considerado um país com baixa incidência de CHC, com incidência anual de 3,5% em pacientes cirróticos (4). A cirrose hepática está presente em 98% dos casos e as etiologias mais comuns foram infecção crônica por hepatite C (54%), hepatite B (16%) e alcoolismo (14%) (5). A cirrose, independentemente da etiologia, é o mais frequente fator de risco para o desenvolvimento de CHC, principalmente nos pacientes portadores de hepatite C.

O diagnóstico do CHC deve ser realizado, preferencialmente, por exames de imagem não invasivos, tais como a ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM), as quais também podem ser utilizadas para o estadiamento, conforme o método proposto pelo “Barcelona Clinic Liver Cancer Group” (BCLC) (6). Já o diagnóstico anatomopatológico deve ser reservado para pacientes não cirróticos e para aquelas situações em que os exames de imagem sejam inconclusivos. Nestes casos, deve-se realizar o exame citopatológico ou histopatológico de espécime tumoral obtido por punção com agulha fina ou biópsia hepática percutânea, laparoscópica ou a céu aberto (7).

Para avaliar a extensão da doença, TC do tórax e TC ou RM do abdome e pelve devem ser realizadas (8). Além disso, o potencial de ressecção da lesão deve ser definido por estudo angiográfico hepático, podendo ser realizado por via convencional, por TC helicoidal (angioTC) ou por angioresson

Situação do registro: Válido

Nome comercial: -

Princípio Ativo: BEVACIZUMABE

Via de administração: EV

Posologia: bevacizumabe 900 mg EV, de 21 em 21 dias.

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

Oncológico? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: BEVACIZUMABE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Quimioterapia paliativa com outros medicamentos, tratamento não medicamentoso (por exemplo, radioterapia) e tratamento

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: BEVACIZUMABE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: BEVACIZUMABE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Ambos os fármacos pleiteados são anticorpos monoclonais. O atezolizumabe bloqueia a interação da proteína PD-L1, altamente expressa em certos tumores e relacionada à redução da ativação de células imunes (ou seja, a inibição de PD-L1 pelo atezolizumabe pode remover este efeito inibidor e, assim, gerar resposta antitumoral) [\(14\)](#). Já o bevacizumabe atua ligando-se seletivamente ao VEGF circulante, inibindo assim a ligação do VEGF aos seus receptores de superfície celular; esta inibição leva a uma redução

foram relatados por 323 pacientes (98,2%) que receberam atezolizumabe e bevacizumabe e por 154 pacientes (98,7%) que receberam sorafenibe. Eventos adversos de grau 5 (que levaram a óbito) ocorreram em 15 pacientes (4,6%) no grupo de atezolizumabe-bevacizumabe e em 9 pacientes (5,8%) no grupo de sorafenibe. Eventos adversos graves ocorreram com mais frequência com atezolizumabe-bevacizumabe (125 pacientes [38,0%]) do que com sorafenibe (48 pacientes [30,8%]). Nenhum evento específico foi responsável pelo aumento da incidência de eventos adversos graves no grupo atezolizumabe-bevacizumabe, e nenhum evento adverso grave apresentou uma diferença maior que 2% entre os grupos (16).

Em atualização do ensaio clínico fase III IMbrave150, com seguimento mediano de 15,6 meses, manteve-se o benefício clínico da combinação atezolizumabe e bevacizumabe em comparação ao sorafenibe em pacientes com carcinoma hepatocelular irresssecável (17). Observou-se mediana de SG favorecendo a combinação de medicamentos em 5,8, sendo de 19,2 meses no grupo combinado versus 13,4 meses no grupo sorafenibe, correspondendo a redução relativa do risco de morte de 34% (hazard ratio [HR] 0,66; IC95% 0,52–0,85; P<0,001). A mediana de SLP foi de 6,9 meses versus 4,3 meses, respectivamente (

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.

A partir de consulta à tabela da CMED no site da ANVISA, em fevereiro de 2026, e considerando os dados de prescrição médica, elaborou-se a tabela acima estimando o custo anual do tratamento pleiteado. Para o medicamento atezolizumabe, incluiu-se o de nome comercial Trecentriq®, disponibilizado pelo laboratório Produtos Roche Químicos e Farmacêuticos S.A., único disponível atualmente. Já para o medicamento bevacizumabe, selecionou-se o de nome comercial Mvasi®, do Laboratório Amgen Biotecnologia do Brasil LTDA, de menor custo.

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE), agência de avaliação de tecnologias do sistema de saúde britânico, avaliou o uso de atezolizumabe em combinação com bevacizumabe para pacientes com CH

Tecnologia: BEVACIZUMABE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: De fato, trata-se de doença grave e que carece de terapêuticas modificadoras da história natural da doença. Entretanto, a evidência de benefício de atezolizumabe e bevacizumabe no tratamento de pacientes com hepatocarcinoma provém de um único ensaio clínico com delineamento aberto que demonstrou limitado aumento de sobrevida global em comparação ao tratamento com sorafenibe. Este último, já foi apreciado pela CONITEC para incorporação e obteve parecer desfavorável à incorporação (benefícios limitados, eventos adversos e custo-efetividade desfavorável).

Além do benefício modesto, é razoável estimar que o esquema terapêutico 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 não recomendaram a incorporação do tratamento em seus sistemas, ou apenas o fizeram após acordo de redução de preço. O impacto orçamentário da terapia pleiteada, mesmo

6. Xie L, Guang Y, Ding H, Cai A, Huang Y. Diagnostic value of contrast-enhanced ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging for focal liver lesions: a meta-analysis. *Ultrasound Med Biol.* junho de 2011;37(6):854–61.
7. Lee JM, Trevisani F, Vilgrain V, Wald C. Imaging diagnosis and staging of hepatocellular carcinoma. *Liver Transplant Off Publ Am Assoc Study Liver Dis Int Liver Transplant Soc.* outubro de 2011;17 Suppl 2:S34-43.
8. Clavien PA, Lesurtel M, Bossuyt PMM, Gores GJ, Langer B, Perrier A, et al. Recommendations for liver transplantation for hepatocellular carcinoma: an international consensus conference report. *Lancet Oncol.* janeiro de 2012;13(1):e11-22.
9. Outwater EK. Imaging of the liver for hepatocellular cancer. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent.* abril de 2010;17(2):72–82.
10. Mohanty S, Rajaram R, Bilimoria KY, Salem R, Pawlik TM, Bentrem DJ. Assessment of non-surgical versus surgical therapy for localized hepatocellular carcinoma. *J Surg Oncol.* fevereiro de 2016;113(2):175–80.
11. Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzetti F, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cir

hepatocarcinoma metastático, com metástases em abdômen, pulmões, pescoço e ossos. Fez uso de doxorrubicina (sem especificar quantos ciclos), sem resposta, apresentando piora clínica e progressão da doença. Nessa situação, pleiteia tratamento paliativo com atezolizumabe e bevacizumabe.

As neoplasias malignas hepáticas primárias são o sexto tipo mais comum de neoplasia maligna e a quarta principal causa de morte relacionada ao câncer em todo o mundo. O carcinoma hepatocelular (CHC) representa 75 a 85% das neoplasias primárias do fígado. Sua incidência global anual é estimada entre 500.000 e 1.000.000 novos casos, levando a 700.000 mortes por ano (1,2). A grande maioria dos casos (90%) está associada ao desenvolvimento de cirrose. As infecções crônicas pelos vírus da hepatite B e vírus da hepatite C estão envolvidas em mais de 80% dos casos de CHC (3).

O Brasil é considerado um país com baixa incidência de CHC, com incidência anual de 3,5% em pacientes cirróticos (4). A cirrose hepática está presente em 98% dos casos e as etiologias mais comuns foram infecção crônica por hepatite C (54%), hepatite B (16%) e alcoolismo (14%) (5). A cirrose, independentemente da etiologia, é o mais frequente fator de risco para o desenvolvimento de CHC, principalmente nos pacientes portadores