Nota Técnica 521673

Data de conclusão: 28/05/2026 20:35:43

Paciente

Idade: 50 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Pelotas/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 521673

CID: C50 - Neoplasia maligna da mama

Diagnóstico: C50 neoplasia maligna da mama

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 100 mg/4 mL (25 mg/mL), com aplicação de 200 mg, EV, a cada 3 semanas (21 dias), durante os 4 ciclos (21/21 dias por 12 semanas) da quimioterapia antes da realização da cirurgia, e, após, por mais 9 ciclos (21/21 dias por 27 semanas).

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: 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: 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-1.
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, 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% (IC95%) 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 neste 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% (IC95%, 84,0 a 88,8) no grupo de quimioterapia com pembrolizumabe, em comparação com 81,7% (IC95%, 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].

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário	Valor Total
PEMBROLIZUMABE	100 MG/ 4 ML13 SOL INJ CT 2 FA VD INC X 4 ML		R$ 31.608,94	R$ 410.916,22

* 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 & Dome 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 maio de 2026 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. No painel de tecnologias demandadas à CONITEC o pleito é descrito como “em análise”.
A Canadian Agency for Drugs & Technologies in Health (CADTH) 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 Reino Unido, 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 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: Existe evidência de boa qualidade metodológica avaliando o uso do pembrolizumabe nos cenários neoadjuvante e adjuvante para o tratamento do câncer de mama triplo negativo. No cenário neoadjuvante e adjuvante, o principal benefício observado foi o aumento da taxa de resposta patológica completa, desfecho considerado substituto e não diretamente relacionado ao benefício clínico final. Ainda, a resposta apresenta magnitude de efeito modesta, com diferença absoluta de 13,6 pontos percentuais entre os grupos (64,8% vs. 51,2%). No acompanhamento de longo prazo, observou-se impacto em sobrevida global, com diferença absoluta de aproximadamente 5% em cinco anos (86,6% vs. 81,7%).
Considerando o modesto benefício incremental e o elevado custo do tratamento, é razoável estimar que o tratamento pleiteado não seja custo-efetivo 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.

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 [citado 7 de março de 2023]. 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 SAES/SECTICS Nº 17, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Mama [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/c/cancere-de-mama/view
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: A autora, tem 49 anos, e é portadora de neoplasia maligna de mama (CID10: C50). Diagnóstico de carcinoma da mama esquerda, grau 3, localmente avançado, com estadiamento clínico cT4cN0 – estádio clínico IIIB (Evento 1, LAUDO10, p. 1). A imunohistoquímica demonstrou receptores hormonais negativos (receptor de estrogênio e receptor de progesterona), HER2 negativo e índice proliferativo (Ki-67) de 60%, caracterizando

neoplasia mamária triplo-negativa (Evento 9, LAUDO3, Página 1). Iniciou quimioterapia neoadjuvante com AC dose-densa (antraciclina associada à ciclofosfamida) no período de 10/03/2026 a 22/04/2026, com plano subsequente de tratamento com carboplatina associada a paclitaxel (Evento 9, LAUDO2, Página 1). Nesse contexto, pleiteia o pembrolizumabe em adição à quimioterapia já fornecida pelo SUS em contexto neo/adjuvante.

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).