



NOTA TÉCNICA - CANCER DE PELE: MELANOMA

DIRETRIZ DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

OBJETIVOS

Estabelecer diretrizes cobertura para autorização de medicamentos oncológicos incorporados à tabela de medicamentos do Planserv no tratamento do Melanoma.

1. MEDICAMENTOS

- ✓ ZELBORAF (VEMURAFENIBE)
- ✓ YERVOY (IPILIMUMABE)
- ✓ OPDIVO (NIVOLUMABE)
- ✓ KEYTRUDA (PEMBROLIZUMABE)

2. DIRETRIZ PLANSERV

▪ ZELBORAF (VEMURAFENIBE) 240MG.

Diretriz de cobertura:

- Tratamento de melanoma positivo para mutação BRAF V600E irressecável ou metastático, quando detectado por um teste aprovado pela ANVISA.

▪ YERVOY (IPILIMUMABE) 200MG e 50MG

Diretriz de cobertura:

- Monoterapia para o tratamento de melanoma avançado (irressecável ou metastático);
- Em combinação com nivolumabe no tratamento de melanoma avançado (irressecável ou metastático).

▪ OPDIVO (NIVOLUMABE) 100MG e 40MG

Diretriz de cobertura:

- Tratamento adjuvante de adultos com melanoma com envolvimento de linfonodos ou doença metastática completamente ressecada;
- Em monoterapia ou em combinação com Ipilimumabe para o tratamento de melanoma avançado (irressecável ou metastático).

▪ KEYTRUDA (PEMBROLIZUMABE) 100MG

Diretriz de cobertura:

- Monoterapia para o tratamento de pacientes com melanoma metastático ou irressecável;
- Monoterapia para o tratamento adjuvante pacientes pediátricos (12 anos ou mais) com melanoma em estágio IIB ou IIC que tenham sido submetidos à ressecção cirúrgica completa.

Publicada para vigência: 01 de maio de 2024.

Salvador, 15 de abril de 2024.

Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde – CGPS/Planserv.