



NOTA TÉCNICA – CANCER DE MAMA
DIRETRIZ DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

OBJETIVOS

Estabelecer diretrizes de cobertura para tratamento do câncer de Mama.

HER2 NEGATIVO RH POSITIVO

- ✓ RIBOCICLIBE (KISQALI)
- ✓ PALBOCICLIBE (IBRANCE)
- ✓ ABEMACICLIBE (VERZENIOS)

Diretrizes de Cobertura:

• **KISQALI (RIBOCICLIBE)**

- ✓ Tratamento do câncer de mama localmente avançado ou metastático, receptor hormonal (RH) positivo e receptor para o fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 (HER2) negativo em combinação com um inibidor de aromatase ou fulvestranto;
- ✓ Em pacientes na pré ou perimenopausa, a terapia endócrina deve ser combinada com um agonista do hormônio liberador do hormônio luteinizante (LHRH).

• **IBRANCE (PALBOCICLIBE)**

- ✓ Tratamento do câncer de mama avançado ou metastático HR (receptor hormonal) positivo e HER2 (receptor 2 do fator de crescimento epidérmico humano) negativo, em combinação com terapia endócrina:
 - Com inibidores de aromatase de terceira geração (anastrozol, letrozol ou exemestano) como terapia endócrina inicial em mulheres pós-menopausa; ou,
 - Com fulvestranto em mulheres que receberam terapia prévia.

• **VERZENIOS (ABEMACICLIBE)**

- ✓ Tratamento de pacientes adultos com câncer de mama avançado ou metastático, com receptor hormonal positivo (HR positivo) e receptor do fator de crescimento epidérmico humano 2 negativo (HER2 negativo):
 - Em combinação com um inibidor da aromatase como terapia endócrina inicial;
 - Em combinação com fulvestranto como terapia endócrina inicial ou após terapia endócrina;



- Monoterapia, após progressão da doença depois do uso de terapia endócrina e 1 ou 2 regimes quimioterápicos anteriores para doença metastática.

TRIPLO NEGATIVO

- ✓ SACITUZUMABE GOVITECANA (TRODELVI)

Diretriz de Cobertura:

- **TRODELVI (SACITUZUMABE GOVITECANA)**

- ✓ Monoterapia para tratamento de pacientes adultos com câncer de mama triplo-negativo irressuscável ou metastático (CMTNm) que receberam duas ou mais terapias sistêmicas anteriores, incluindo pelo menos uma para doença avançada.

MUTAÇÃO BRCA

- ✓ OLAPARIBE (LYNPARZA)

Diretriz de Cobertura:

- **LYNPARZA (OLAPARIBE)**

- ✓ No tratamento de câncer de mama HER2 negativo com mutação germinativa do gene BRCA previamente tratados com quimioterapia.
- ✓ Para tratamento de câncer de mama que tenha receptor hormonal positivo (HR+), devem ter sido tratados com uma terapia endócrina prévia ou serem considerados inadequados para terapia endócrina.

NOTA: Os medicamentos antineoplásicos cobertos pelo Planserv, mas que não possuem Nota Técnica publicada, a cobertura se dá conforme indicação de bula/diretrizes internacionais.

Ressaltamos que, se tratando de terapias oncológicas, a autorização está condicionada a análise técnica de auditoria especializada na guia de solicitação.

Publicada desde: 01 de julho de 2022.

Republicada para vigência: 01 de julho de 2026.

Salvador, 20 de junho de 2026.

Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde – CGPS/Planserv