

NOTA TÉCNICA Nº 0579/2026 - NAT-JUS/SP

1. Identificação do solicitante

- 1.1. Solicitante: [REDACTED]
1.2. Processo nº 5001044-40.2025.4.03.6703
1.3. Data da Solicitação: 21/01/2026
1.4. Data da Resposta: 18/02/2026
1.5. Requerida: **SAÚDE PÚBLICA**

2. Paciente

- 2.1. Data de Nascimento/Idade: 10/05/1978 – 47 anos
2.2. Sexo: Feminino
2.3. Cidade/UF: São Paulo/SP
2.4. Histórico da doença: Neoplasia Maligna do Ovário – CID C56

3. Quesitos formulados pelo(a) Magistrado(a)

1. Caso o medicamento seja incorporado, a parte autora se enquadra integralmente na hipótese de incorporação?

R: O relatório médico não deixa claro se houve resposta à quimioterapia a base de platina na primeira linha para indicação do olaparibe.

No caso do bevacizumabe sim, está enquadrada na indicação.

2. Caso haja manifestação contrária da CONITEC para incorporação, a parte autora apresentou evidências científicas de alto nível decorrentes de estudos posteriores à avaliação pelo órgão?

R: NA.

3. A parte autora esgotou todo o PCDT? Esgotou todas as alternativas disponíveis no SUS?

R: Sim, conforme documentos médicos a paciente foi submetida à cirurgia inicial, quimioterapia com platina e taxano, cirurgia de resgate, quimioterapia de manutenção, além da mastectomia preventiva por mutação germinativa em BRCA1. Após progressão da doença e intolerância à carboplatina, foi necessário migrar para esquemas alternativos (cisplatina + gemcitabina + bevacizumabe).

4. Quais são todas as indicações terapêuticas aprovadas pela ANVISA para o medicamento pretendido?

R: Olaparibe

LYNPARZA COMPRIMIDOS é indicado como monoterapia para:

- tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma de ovário (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário), recentemente diagnosticado, de alto grau (grau 2 ou maior), avançado, com mutação BRCA, que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia em primeira linha, baseada em platina.
- tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma de ovário seroso (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário) ou endometriode, de alto grau (grau 2 ou maior), recidivado, sensível à platina e que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia baseada em platina.

LYNPARZA COMPRIMIDOS é indicado em combinação com bevacizumabe para:

- tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma epitelial avançado (estágio FIGO III-IV) de ovário (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário) e que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia em primeira linha, baseada em platina, em combinação com bevacizumabe.

Bevacizumabe

Zirabev®, em combinação com carboplatina e paclitaxel, é indicado para o tratamento de primeira linha de pacientes com câncer epitelial de ovário, tuba uterina e peritoneal primário avançados (International Federation of Gynecology and Obstetrics – FIGO – III B, III C e IV). Zirabev®, em combinação com carboplatina e gencitabina, é indicado para o tratamento de pacientes adultos com câncer epitelial de ovário, tuba uterina e peritoneal primário com primeira recorrência e sensível à platina, sem terapia prévia com bevacizumabe ou outros inibidores de VEGF ou agentes direcionados a receptores de VEGF. Zirabev®, em combinação com carboplatina e paclitaxel, é indicado para o tratamento de pacientes adultos com câncer epitelial primário de ovário, tuba uterina e peritônio, recorrente e sensível à platina. Zirabev®, em combinação com paclitaxel, topotecana ou doxorrubicina lipossomal peguilada, é indicado para o tratamento de pacientes com câncer epitelial de ovário, tuba uterina e peritoneal primário, recorrentes e resistentes à platina, que não tenham recebido mais do que dois regimes prévios de quimioterapia e que não receberam terapia prévia com bevacizumabe ou outros inibidores de VEGF ou agentes direcionados a receptores de VEGF.

5. A indicação específica para [CID da parte autora] consta como uso aprovado/autorizado pela ANVISA para o medicamento pleiteado?

Olaparibe: não

carcinoma de ovário (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário), recentemente diagnosticado, de alto grau (grau 2 ou maior), avançado, com mutação BRCA, que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia em primeira linha, baseada em platina.

Bevacizumabe: sim

Zirabev®, em combinação com carboplatina e paclitaxel, é indicado para o tratamento de primeira linha de pacientes com câncer epitelial de ovário, tuba uterina e peritoneal primário avançados (International Federation of Gynecology and Obstetrics – FIGO – III B, III C e IV). Zirabev®, em combinação com carboplatina e gencitabina, é indicado para o tratamento de pacientes adultos com câncer epitelial de ovário, tuba uterina e peritoneal primário com primeira recorrência e sensível à platina, sem terapia prévia com bevacizumabe ou outros inibidores de VEGF ou agentes direcionados a receptores de VEGF. Zirabev®, em combinação com carboplatina e paclitaxel, é indicado para o tratamento de pacientes adultos com câncer epitelial primário de ovário, tuba uterina e peritônio, recorrente e sensível à platina. Zirabev®, em combinação com paclitaxel, topotecana ou doxorrubicina lipossomal peguilada, é indicado para o tratamento de pacientes com câncer epitelial de ovário, tuba uterina e peritoneal primário, recorrentes e resistentes à platina, que não tenham recebido mais do que dois regimes prévios de quimioterapia e que não receberam terapia prévia com bevacizumabe ou outros inibidores de VEGF ou agentes direcionados a receptores de VEGF.

6. Caso a indicação não esteja aprovada, trata-se de uso *off-label* do medicamento?

R: Sim. Quando a indicação não consta na bula aprovada pela ANVISA, caracteriza-se como uso *off-label*. Isso se aplica ao olaparibe se não houver comprovação de resposta à quimioterapia baseada em platina na primeira linha. Para o bevacizumabe, a indicação está aprovada.

7. Existem ensaios clínicos randomizados de qualidade metodológica adequada (Fase III, duplo-cego, controlados) que demonstrem a eficácia e segurança do medicamento especificamente para o quadro da parte autora?

R: Sim.

8. Os estudos disponíveis demonstram:

a) Superioridade em relação às opções disponíveis no SUS?

R: As alternativas solicitadas demonstraram ganho de sobrevida superior às disponíveis em casos de sensibilidade ou resposta parcial à quimioterapia a base de platina no caso do olaparibe. O bevacizumabe sim, conforme estudo AURELIA (item 5).

b) Ganho de sobrevida global estatisticamente significativo?

R: Em alguns subgrupos (ex.: PAOLA-1 em HRD positivas), houve benefício clínico relevante, mas nem sempre estatisticamente significativo em sobrevida global.

c) Ganho de sobrevida livre de progressão?

R: Sim.

d) Melhora de qualidade de vida mensurável?

R: Sim.

9. O esquema proposto está em conformidade com:

a) Protocolos internacionais reconhecidos?

R: Sim.

b) Bula aprovada pela ANVISA?

R: Algumas indicações constam na bula (olaparibe em manutenção após resposta à platina; bevacizumabe em primeira linha e recidiva), mas outras situações ainda são consideradas *off-label*.

c) Literatura científica de qualidade?

R: Sim.

10. Qual a taxa de sobrevida global do medicamento pretendido em relação aos demais tratamentos disponíveis no SUS?

R: Nos estudos, a sobrevida global variou conforme o perfil da paciente.

- PAOLA-1 (HRD positivas): sobrevida em 5 anos de 65,5% com olaparibe + bevacizumabe versus 48,4% com bevacizumabe isolado.
- AURELIA (platino-resistentes): mediana de sobrevida global de 16,6 meses com quimioterapia + bevacizumabe versus 13,3 meses com quimioterapia isolada. Comparado às opções padrão do SUS (quimioterapia baseada em platina), os resultados mostram benefício clínico relevante em subgrupos selecionados.

11. Qual a taxa de sobrevida global do medicamento em relação aos demais tratamentos já realizados pela parte autora?

R: Em pacientes previamente tratadas com platina e BRCA mutadas (SOLO-2 e SOLO-3), o olaparibe mostrou ganho significativo em sobrevida livre de progressão e resposta objetiva em relação à quimioterapia não platino.

Em sobrevida global, os ganhos foram clínicos, mas nem sempre estatisticamente significativos.

Para pacientes platino-resistentes, o bevacizumabe associado à quimioterapia aumentou a mediana de sobrevida global em cerca de 3 meses em relação à quimioterapia isolada.



4. Descrição da Tecnologia

4.1. Tipo da tecnologia: MEDICAMENTOS

Medicamento	Princípio Ativo	Registro na ANVISA	Disponível no SUS?	Opções disponíveis no SUS / Informações sobre o financiamento	Existe Genérico ou Similar?
OLAPARIBE 150 MG	OLAPARIBE	1161802680023	SIM *	DEPENDENTE DE PROTOCOLO DO CACON E UNACON *	NÃO
BEVACIZUMABE 15 MG/KG	BEVACIZUMABE	1024400120022	NÃO *	DEPENDENTE DE PROTOCOLO DO CACON E UNACON *	BIOSSIMILAR

*Os medicamentos oncológicos pertencem a Assistência Oncológica, dessa forma não integram a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) são os responsáveis pela escolha de medicamentos e protocolos a serem ofertados à população.

Medicamento	Marca Comercial	Laboratório	Apresentação	PMVG	Dose	Custo Anual*
OLAPARIBE	LYNPARZA COMPRIMIDOS	ASTRAZENECA DO BRASIL LTDA	150 MG COM REV CT BL AL AL PVC X 56	R\$ 11.974,07	04 CP/DIA	R\$ 311.325,82
BEVACIZUMABE	MVASI	AMGEN BIOTECNOLOGIA DO BRASIL LTDA.	25 MG/ML SOL DIL INFUS IV CT FA VD TRANS X 16 ML	R\$.1762,23	1.100MG A CADA 21 DIAS	R\$ 89.873,73
CUSTO TOTAL ANUAL - PREÇO MÁXIMO DE VENDA AO GOVERNO				R\$ 401.199,55		

* Cálculo anual somente para medicamentos não incorporados na política pública do SUS, mas com registro na ANVISA, conforme Tema de Repercussão Geral nº 1234.

4.2. Fonte do custo da tecnologia: Lista de preços CMED/Anvisa - Referência fevereiro/2026.

4.3. Recomendações da CONITEC:

▪ Olaparibe: Recomendado.

Os membros do Comitê de Medicamentos da Conitec, em sua 131ª Reunião Ordinária, no dia quatro de julho de 2024, deliberaram, por maioria simples, recomendar a incorporação de olaparibe para o tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma de ovário (incluindo trompa de Falópio ou peritoneal primário), recém diagnosticado, seroso ou endometrioide, de alto grau (grau 2 ou maior), avançado (estágio FIGO III ou IV), com mutação nos genes BRCA 1 e/ou 2, que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia de primeira linha à base de platina, conforme Protocolo Clínico do Ministério da Saúde, assim como do teste de detecção da mutação dos genes BRCA 1/2.

▪ Bevacizumabe: Não avaliado.

5. Discussão

5.1. Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de ovário no Brasil é a oitava neoplasia mais incidente nas mulheres, sem considerar os tumores de pele não melanoma.

A quase totalidade das neoplasias ovarianas (95%) são carcinomas epiteliais ovarianos, que advêm das células epiteliais responsáveis pelo revestimento do ovário. Os demais cânceres incluem os tumores de células germinativas (as quais formam os óvulos) e os de células estromais (que produzem a maior parte dos hormônios femininos). Além disso, dentre os carcinomas epiteliais ovarianos, mais da metade apresenta histologia serosa. Ou seja, o tipo histológico mais comum de tumor maligno ovariano é o carcinoma seroso invasivo. Como não há testes de rastreamento efetivos para o câncer de ovário e os sintomas iniciais são pouco perceptíveis, a maior parte dos casos – cerca de três quartos (3/4) das pacientes – é diagnosticado em estágio avançado da doença.

O tratamento do câncer de ovário inclui cirurgia e quimioterapia, sendo o tratamento padrão de primeira linha do câncer de ovário avançado seis ciclos de carboplatina e paclitaxel. A quimioterapia adjuvante baseada em composto de platina associada a taxano (carboplatina + paclitaxel) para pacientes com câncer de ovário em estágios iniciais de alto risco ou avançados após a cirurgia de citorredução está bem definida na literatura.

Outras classes de medicamentos estão em estudo. Os inibidores da enzima poli-ADP-ribose polimerase [PARP – Poly (ADP-ribose) polymerase] possuem atividade em pacientes com câncer de ovário, principalmente naquelas com mutação em BRCA 1 e 2.

Em estudo de fase III, duplo cego, randomizado, placebo controlado, **SOLO 2**, 295 pacientes com câncer de ovário recidivado, BRCA mutantes e **sensíveis a quimioterapia previa com platina**, foram randomizadas para olaparibe versus placebo. Houve aumento significativo de sobrevida livre de progressão de doença no grupo que recebeu olaparibe (19.1 meses [95% CI 16.3-25.7]) versus 5.5 meses [5.2-5.8]; hazard ratio [HR] 0.30 [95% CI 0.22-0.41], $p < 0.0001$). As toxicidades não foram graves. (2) A avaliação da qualidade de vida na terapia de manutenção com olaparibe nestas pacientes não prejudicou a qualidade de vida na comparação com placebo. (3) A análise final do estudo SOLO 2 evidenciou o aumento de sobrevida livre de progressão de doença no grupo tratado com olaparibe em comparação ao placebo. Esse aumento de sobrevida, apesar de não estatístico, foi clinicamente significativo. (4)

O estudo **SOLO 3**, fase III, comparou o uso de olaparibe versus quimioterapia não platino em pacientes com câncer de ovário recidivado, BRCA mutadas e previamente submetidas a **pelo menos 2 quimioterapias baseada em platina, com resposta anterior**. No grupo que recebeu olaparibe, a taxa de resposta objetiva, medida por avaliador cegado

independente, foi superior ao grupo que recebeu quimioterapia (72.2% v 51.4%; odds ratio [OR], 2.53 [95% CI, 1.40 - 4.58]; $P = .002$). No desfecho secundário, a sobrevida livre de progressão de doença, também foi favorável para o grupo que recebeu olaparibe (hazard ratio, 0.62 [95% CI, 0.43 - 0.91]; $P = .013$; 13.4 v 9.2 meses). (5)

De acordo com as diretrizes brasileiras de oncologia, **o olaparibe tem sido indicado como terapia de manutenção para pacientes com tumores epiteliais de ovário, tuba uterina ou primário de peritônio EC III ou IV com mutação de BRCA 1 ou 2, que obtiveram resposta com terapia primária baseada em platina**. Tal conduta é baseada no estudo SOLO-1, que utilizou olaparibe na dose de 300mg 2x/dia contínuo em relação a placebo, com ganho de SLP e redução do risco de recidiva e óbito em 70% em relação a placebo (HR 0,30). A SLP em 3 anos foi de 60% versus 27 % (6)

Algumas pacientes afetadas por câncer de ovário apresentam frequentemente instabilidade genômica com um ou mais defeitos nas vias de reparo do DNA, particularmente na recombinação homóloga (HR), que está estritamente ligada a mutações no gene 1 de suscetibilidade ao câncer de mama (BRCA 1) ou suscetibilidade ao câncer de mama gene 2 (BRCA 2). Tumores com mutação BRCA1/2 ou outras formas de tumores com deficiência de recombinação homóloga (HRD) são particularmente suscetíveis à inibição de PARP e observaram os maiores benefícios de melhoria na taxa de resposta e sobrevida livre de progressão (PFS) em ensaios clínicos. PARPi também é aprovado pela FDA e pode ser utilizado como tratamento de terceira linha e além em pacientes com câncer de ovário recorrente com mutações BRCA1/2 e tumores HRD. (7 -9)

No ensaio clínico randomizado de fase III, **PAOLA-1/ENGOT-ov25**, pacientes elegíveis tinham câncer de ovário avançado, e foram randomizados 2:1 para olaparibe (300 mg duas vezes ao dia; até 24 meses) mais bevacizumabe (15 mg/kg a cada 3 semanas; 15 meses no total) ou placebo mais bevacizumabe. Após acompanhamento médio de 61,7 e 61,9 meses nos braços de olaparibe e placebo, respectivamente, a sobrevida global mediana foi de 56,5 versus 51,6 meses na população com intenção de tratar [taxa de risco (HR) 0,92, intervalo de confiança (IC) de 95% 0,76 -1,12; $P = 0,4118$]. A terapêutica subsequente com inibidor da poli(ADP-ribose) polimerase foi recebida por 105 (19,6%) doentes com olaparib versus 123 (45,7%) doentes com placebo. Na população HRD positiva, a sobrevida global foi mais longa com olaparibe mais bevacizumabe (HR 0,62, IC 95% 0,45-0,85; taxa em 5 anos, 65,5% versus 48,4%); aos 5 anos, a progressão livre de doença atualizada também mostrou uma proporção maior de pacientes com olaparibe mais bevacizumabe sem recaída (HR 0,41, IC 95% 0,32-0,54; taxa de PFS em 5 anos, 46,1% versus 19,2%). A síndrome mielodisplásica, a leucemia mieloide aguda, a anemia aplástica e a incidência de novas malignidades primárias permaneceram baixas e equilibradas entre os braços. (10)

No Cancer ovário resistente à platina:

No estudo AURELIA, pacientes elegíveis apresentavam CO mensurável/avaliável que progrediu < 6 meses após a conclusão da terapia à base de platina. Pacientes com doença refratária, histórico de obstrução intestinal ou > dois regimes anticâncer anteriores eram inelegíveis. Após os pesquisadores selecionarem a quimioterapia (doxorrubicina lipossomal peguilada, paclitaxel semanal ou topotecano), os pacientes foram aleatoriamente designados para quimioterapia com agente único isoladamente ou com bevacizumabe (10 mg/kg a cada 2 semanas ou 15 mg/kg a cada 3 semanas) até progressão, toxicidade inaceitável ou retirada do consentimento. O desfecho primário foi a sobrevida livre de progressão (SLP) pelo RECIST. Os desfechos secundários incluíram taxa de resposta objetiva (TRO), sobrevida global (SG), segurança e desfechos relatados pelos pacientes. A razão de risco (HR) da SLP após eventos de SLP em 301 dos 361 pacientes foi de 0,48 (IC 95%, 0,38 a 0,60; log-rank não estratificado, $P < 0,001$). A mediana da SLP foi de 3,4 meses com quimioterapia isolada versus 6,7 meses com terapia contendo bevacizumabe. A TRO do RECIST foi de 11,8% versus 27,3%, respectivamente ($P = 0,001$). A HR da SG foi de 0,85 (IC 95%, 0,66 a 1,08; $P < 0,174$; mediana da SG, 13,3 versus 16,6 meses, respectivamente). (11)

De acordo com a Soc. Brasileira de Oncologia clínica, bavacizumabe pode ser adicionado à QT em pacientes com tumores epiteliais de ovário, platino resistentes, na sua recidiva. (6)

5.2. Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:

Aumento de sobrevida livre de progressão e global.

6. Conclusão

6.1. Parecer

(x) Favorável - Bevacizumabe

(x) Desfavorável - Olaparibe

6.2. Conclusão Justificada

Paciente com câncer de ovário (seroso de alto grau), metastático peritoneal ao diagnóstico submetida, definida como doença refratária no relatório médico.

Há evidências oriundas de ensaios clínicos randomizados de fase III, com ganho de sobrevida em pacientes com câncer de ovário, neste estágio clínico, como é o caso da paciente em tela, de acordo com o relatório e exames enviados para o Bevacizumabe.

O relatório médico não deixa claro se houve resposta à quimioterapia a base de platina na primeira linha para indicação do olaparibe. No caso do bevacizumabe sim, está enquadrada na indicação.

Ressalta-se que o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde não distribuem nem fornecem medicamentos contra o câncer, assim como a tabela de procedimentos quimioterápicos do SUS não se refere a medicamentos, mas sim, situações tumorais e indicações terapêuticas especificadas em cada procedimento descrito e independentes de esquema terapêutico utilizado (a tabela pode ser acessada em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>). O SUS prevê a organização da atenção oncológica por meio da criação e manutenção de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Centros de Assistência Especializada em Oncologia (CACON). A responsabilidade de incorporação e fornecimento de medicamentos é de cada hospital credenciado, seja ele público ou privado, com ou sem fins lucrativos. A portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014 normatiza sobre o funcionamento de UNACON e CACON e informa que cada instância “deve, obrigatoriamente, ser a porta de entrada deste usuário, responsabilizando-se pela prescrição e avaliação do usuário que será atendido também no serviço adicional”.

Observa-se que o financiamento de medicamentos oncológicos não se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde não disponibilizam diretamente medicamentos contra o câncer. O fornecimento destes medicamentos ocorre por meio da sua inclusão nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema APAC-SIA (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial) do SUS, devendo ser oferecidos pelos hospitais credenciados no SUS e habilitados em Oncologia, sendo ressarcidos pelo Ministério da Saúde conforme o código do procedimento registrado na APAC.

A tabela de procedimentos do SUS não refere medicamentos oncológicos, mas situações tumorais específicas, que orientam a codificação desses procedimentos e são descritos independentemente de qual esquema terapêutico seja adotado. Os estabelecimentos habilitados em Oncologia pelo SUS são os responsáveis pelo fornecimento dos medicamentos necessários ao tratamento do câncer que, livremente, padronizam, adquirem e prescrevem, devendo observar protocolos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, quando existentes.

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de urgência e emergência do CFM?

- ☐ () SIM, com potencial risco de vida
- ☐ () SIM, com risco de lesão de órgão ou comprometimento de função
- ☒ (x) NÃO

7. Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. 2019 Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Neoplasia maligna epitelial de ovário.
2. Pujade-Lauraine E, Ledermann JA, Selle F, GebSKI V, Penson RT, Oza AM, Korach J, Huzarski T, Poveda A, Pignata S, Friedlander M, Colombo N, Harter P, Fujiwara K, Ray-Coquard I, Banerjee S, Liu J, Lowe ES, Bloomfield R, Pautier P; SOLO2/ENGOT-Ov21 investigators. Olaparib tablets as maintenance therapy in patients with platinum-sensitive, relapsed ovarian cancer and a BRCA1/2 mutation (SOLO2/ENGOT-Ov21): a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2017 Sep;18(9):1274-1284.
3. Friedlander M, GebSKI V, Gibbs E, Davies L, Bloomfield R, Hilpert F, Wenzel LB, Eek D, Rodrigues M, Clamp A, Penson RT, Provencher D, Korach J, Huzarski T, Vidal L, Salutari V, Scott C, Nicoletto MO, Tamura K, Espinoza D, Joly F, Pujade-Lauraine E. Health-related quality of life and patient-centred outcomes with olaparib maintenance after chemotherapy in patients with platinum-sensitive, relapsed ovarian cancer and a BRCA1/2 mutation (SOLO2/ENGOT Ov-21): a placebo-controlled, phase 3 randomised trial. *Lancet Oncol*. 2018 Aug;19(8):1126-1134.
4. Poveda A, Floquet A, Ledermann JA, Asher R, Penson RT, Oza AM, Korach J, Huzarski T, Pignata S, Friedlander M, Baldoni A, Park-Simon TW, Tamura K, Sonke GS, Lisyanskaya A, Kim JH, Filho EA, Milenkova T, Lowe ES, Rowe P, Vergote I, Pujade-Lauraine E; SOLO2/ENGOT-Ov21 investigators. Olaparib tablets as maintenance therapy in patients with platinum-sensitive relapsed ovarian cancer and a BRCA1/2 mutation (SOLO2/ENGOT-Ov21): a final analysis of a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2021 May;22(5):620-631.
5. Penson RT, Valencia RV, Cibula D, Colombo N, Leath CA 3rd, Bidziński M, Kim JW, Nam JH, Madry R, Hernández C, Mora PAR, Ryu SY, Milenkova T, Lowe ES, Barker L, Scambia G. Olaparib Versus Nonplatinum Chemotherapy in Patients With Platinum-Sensitive Relapsed Ovarian Cancer and a Germline BRCA1/2 Mutation (SOLO3): A Randomized Phase III Trial. *J Clin Oncol*. 2020 Apr 10;38(11):1164-1174.
6. Diretrizes de tratamentos oncológicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. SBOC. Tumores epiteliais de ovário. 2025
7. Smith M, Pothuri B. Appropriate Selection of PARP Inhibitors in Ovarian Cancer. *Curr Treat Options Oncol*. 2022 Jun;23(6):887-903.
8. Arora S, Balasubramaniam S, Zhang H, Berman T, Narayan P, Suzman D, Bloomquist E, Tang S, Gong Y, Sridhara R, Turcu FR, Chatterjee D, Saritas-Yildirim B, Ghosh S, Philip R, Pathak A, Gao JJ, Amiri-Kordestani L, Pazdur R, Beaver JA. FDA Approval Summary: Olaparib Monotherapy or in Combination with Bevacizumab for the Maintenance

- Treatment of Patients with Advanced Ovarian Cancer. *Oncologist*. 2021 Jan;26(1):e164-e172.
9. Lau CH, Seow KM, Chen KH. The Molecular Mechanisms of Actions, Effects, and Clinical Implications of PARP Inhibitors in Epithelial Ovarian Cancers: A Systematic Review. *Int J Mol Sci*. 2022 Jul 23;23(15):8125.
10. Ray-Coquard I, Leary A, Pignata S, Cropet C, González-Martín A, Marth C, Nagao S, Vergote I, Colombo N, Mäenpää J, Selle F, Sehouli J, Lorusso D, Guerra Alia EM, Bogner G, Yoshida H, Lefeuvre-Plesse C, Buderath P, Mosconi AM, Lortholary A, Burges A, Medioni J, El-Balat A, Rodrigues M, Park-Simon TW, Dubot C, Denschlag D, You B, Pujade-Lauraine E, Harter P; PAOLA-1/ENGOT-ov25 investigators. Olaparib plus bevacizumab first-line maintenance in ovarian cancer: final overall survival results from the PAOLA-1/ENGOT-ov25 trial. *Ann Oncol*. 2023 Aug;34(8):681-692.
11. Pujade-Lauraine E, Hilpert F, Weber B, Reuss A, Poveda A, Kristensen G, Sorio R, Vergote I, Witteveen P, Bamias A, Pereira D, Wimberger P, Oaknin A, Mirza MR, Follana P, Bollag D, Ray-Coquard I. Bevacizumab combined with chemotherapy for platinum-resistant recurrent ovarian cancer: The AURELIA open-label randomized phase III trial. *J Clin Oncol*. 2014 May 1;32(13):1302-8. doi: 10.1200/JCO.2013.51.4489. Epub 2014 Mar 17.

8. Outras Informações – conceitos

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

A ANS é a agência reguladora do setor de planos de saúde do Brasil. Tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

A ANVISA é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde e sua finalidade é fiscalizar a produção e consumo de produtos submetidos à vigilância sanitária como medicamentos, agrotóxicos e cosméticos. A agência também é responsável pelo controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras.

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.

A CONITEC é um órgão colegiado de caráter permanente do Ministério da Saúde, que tem como função essencial assessorar na definição das tecnologias do SUS. É responsável pela avaliação de evidências científicas sobre a avaliação econômica, custo-efetividade, eficácia, a acurácia, e a segurança do medicamento, produto ou procedimento, e avaliação econômica: custo-efetividade.

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

O RENAME é um importante instrumento orientador do uso de medicamentos e insumos no SUS. É uma lista de medicamentos que reflete as necessidades prioritárias da população brasileira, contemplando o tratamento da maioria das patologias recorrentes do país.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

A REMUME é uma lista padronizada de medicamentos adquiridos pelo município, norteadas pela RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) que atende às necessidades de saúde prioritárias da população, sendo um importante instrumento orientador do uso de medicamentos no município.

PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT) - regramentos do Ministério da Saúde que estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. São baseados em evidência científica e consideram critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas.

FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, conforme estabelecido na Portaria GM/MS n. 204/2007, os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, entre os quais o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, que é constituído por três componentes:

» **Componente Básico da Assistência Farmacêutica:** destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) inclui os medicamentos que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde. O financiamento desse Componente é responsabilidade dos três entes federados. A responsabilidade pela aquisição e pelo fornecimento dos itens à população fica a cargo do ente municipal, ressalvadas as variações de organização pactuadas por estados e regiões de saúde.

» **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:** financiamento para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de patologias que, por sua natureza, possuem abordagem terapêutica estabelecida. Este componente é financiado pelo Ministério da Saúde, que adquire e distribui os insumos a ele relacionados. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) destina-se ao acesso dos medicamentos e insumos

destinados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças negligenciadas, que estão correlacionadas com a precariedade das condições socioeconômicas de um nicho específico da sociedade. Os medicamentos do elenco do Cesaf são financiados, adquiridos e distribuídos de forma centralizada, pelo Ministério da Saúde, cabendo aos demais entes da federação o recebimento, o armazenamento e a distribuição dos medicamentos e insumos dos programas considerados estratégicos para atendimento do SUS.

» **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:** este componente tem como principal característica a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de agravos cujas abordagens terapêuticas estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Estes PCDT estabelecem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das patologias contempladas e a instância gestora responsável pelo seu financiamento. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) é uma estratégia de acesso a medicamentos, no âmbito do SUS, para doenças crônico-degenerativas, inclusive doenças raras, e é caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde. Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos de financiamento, com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

A autoria do presente documento não é divulgada, nos termos do artigo 3º, §1º, da Resolução nº 479/2022, do Conselho Nacional de Justiça.