Nota Técnica 523630

Data de conclusão: 25/06/2026 11:43:43

Paciente

Idade: 58 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Estância Velha/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 523630

CID: C56 - Neoplasia maligna do ovário

Diagnóstico: carcinoma seroso de alto grau

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: OLAPARIBE

Via de administração: VO

Posologia: olaparibe 150 mg. Tomar 2 cp, VO, a cada 12 horas. Período: 24 meses

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? Sim

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: OLAPARIBE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: quimioterapia convencional.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: OLAPARIBE

Laboratório: -

Marca Comercial: -

Apresentação: -

Preço de Fábrica: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: OLAPARIBE

Dose Diária Recomendada: -

Preço Máximo de Venda ao Governo: -

Preço Máximo ao Consumidor: -

Fonte do custo da tecnologia:

-

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: OLAPARIBE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Olaparibe é um inibidor da enzima poli (ADP-ribose) polimerase (PARP), incluindo PARP-1, PARP-2 e PARP-3. As enzimas PARP estão envolvidas na transcrição do DNA, na regulação do ciclo celular e no reparo do DNA. Olaparibe é um potente inibidor de PARP que induz letalidade sintética em células tumorais deficientes em BRCA1/2 através da formação de quebras de DNA de fita dupla que não podem ser reparadas com precisão, o que leva à interrupção da homeostase e à morte celular (12). Possui indicação aprovada para o de tratamento de câncer de ovário, câncer de mama, adenocarcinoma de pâncreas e câncer de próstata, em condições específicas (13).

O estudo SOLO-1, randomizado, duplo-cego, de fase 3 avaliou a eficácia do olaparibe como terapia de manutenção em pacientes com câncer de ovário seroso ou endometrióide avançado de alto grau recentemente diagnosticado (estágio III ou IV), câncer peritoneal primário ou câncer de trompa de Falópio (ou uma combinação destes) com uma mutação em BRCA1, BRCA2 ou ambos (BRCA1/2) que tiveram uma resposta clínica completa ou parcial após quimioterapia à base de platina (14). Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente, numa proporção de 2:1, para receber olaparibe ou placebo. Neste estudo, a análise primária estimou que a taxa de ausência de progressão da doença e de morte em 3 anos foi de 60% no grupo de olaparibe, em comparação com 27% no grupo de placebo (taxa de risco para progressão da doença ou morte, 0,30; intervalo de confiança [IC] de 95% de 0,23 a 0,41; P<0,001). A mediana da sobrevida livre de progressão (SLP) a partir do final da quimioterapia foi de 13,8 meses no grupo placebo. Em análise de sensibilidade avaliada pelo investigador, realizada para avaliar um possível viés de atrito, a mediana da SLP foi aproximadamente 36 meses mais longa no grupo tratado com olaparibe (15). A mediana da duração da intervenção no grupo do olaparibe foi de 24,6 meses (variação de 0,0 a 52,0), um achado consistente com o limite de tratamento de 2 anos. Já para o grupo placebo a mediana foi de 13,9 meses (variação de 0,2 a 45,6), um achado consistente com a mediana de SLP neste grupo.

Em atualização publicada no Journal of Clinical Oncology em 2022, com um acompanhamento mediano de aproximadamente 88 meses para ambos os grupos, demonstrou-se um benefício em sobrevida global, com um hazard ratio de 0,55 (IC de 95% de 0,4 -0,76 P=0,0004). Em 7 anos de acompanhamento, 67% dos pacientes do grupo olaparibe estavam vivos, contrastando com 46 do grupo placebo. Destaca-se também que 45% dos pacientes do grupo do olaparibe estavam vivos e não haviam recebido tratamentos subsequentes, já o grupo placebo apresentava 20% dos pacientes em condição semelhante (15).

Quanto aos eventos adversos, os mais comuns que ocorreram durante a intervenção experimental ou até 30 dias após a descontinuação da intervenção foram náusea, fadiga, vômitos, anemia e diarreia. Eventos adversos graves ocorreram em 21% dos pacientes do grupo olaparibe e 12% dos pacientes do grupo placebo. A anemia foi o evento adverso grave mais comum (em 7% dos pacientes no grupo olaparibe e em nenhum paciente no grupo placebo). Nenhum evento adverso ocorrido durante a intervenção experimental ou até 30 dias após a descontinuação da intervenção resultou em morte (15).

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
Olaparibe	150 MG COM REV14 CT BL AL AL PVC		R$ 14.589,61	R$ 204.254,54

X 56

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 olaparibe é produzido e comercializado pela farmacêutica Astrazeneca do Brasil LTDA, sob nome comercial Lynparza®. Em consulta à tabela CMED, no site da ANVISA, em maio de 2026 e com base nos dados da prescrição foi elaborada a tabela acima com o valor anual.

Em outubro de 2025 foi publicada a Portaria GM/MS nº 8.477, de 20 de outubro de 2025, que institui o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco) no SUS, reorganizando o acesso, o financiamento e a dispensação de medicamentos oncológicos. O novo modelo estabelece que o financiamento será integralmente de responsabilidade da União, com execução compartilhada entre Estados, Distrito Federal e serviços habilitados, como as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), responsáveis pela prescrição, dispensação e registro dos tratamentos. A norma também cria uma Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) específica para medicamentos oncológicos, com auditoria prévia e monitoramento eletrônico nacional, além de regulamentar o ressarcimento interfederativo em casos de demandas judiciais. Essa portaria representa um avanço na política oncológica do SUS, ao fortalecer a rede especializada e promover maior racionalização, equidade, transparência e sustentabilidade na oferta de terapias para o câncer.

A CONITEC avaliou o uso de olaparibe e recomendou sua incorporação para o tratamento de manutenção de pacientes adultas com carcinoma de ovário, recém diagnosticados, seroso ou endometrioide, de alto grau (grau 2 ou mais), avançado (estágio FIGO III ou IV), com mutação nos genes BRCA1/2, que respondem (resposta completa ou parcial) à quimioterapia de primeira linha à base de platina, conforme PCDT do Ministério da Saúde. A decisão foi fundamentada pela existência de evidências de desfechos finalísticos; pela razão de custo efetividade incremental (RCEI) de R$104.353,88 por anos de vida ajustados para a qualidade (QALY), obtida após o desconto adicional fornecido pelo fabricante, de 13,6% em relação à proposta anterior; pelo modelo de avaliação econômica que considerou o teste de detecção de mutação genética em seus parâmetros econômicos; e pelo compromisso, por parte da AstraZeneca em fornecer o teste de detecção da mutação dos genes BRCA 1/2 por um período de três anos a partir da incorporação do medicamento, sem limites no número de pacientes, podendo haver extensões anuais conforme discussão com a empresa. No tópico evidências científicas, de maneira geral, as contribuições reforçaram a eficácia e a segurança do olaparibe, sendo que 14 destas se referiram ao estudo SOLO 1, que foi referenciado neste relatório. No tópico “Estudos Econômicos” a AstraZeneca propôs um novo preço de R$ 8.828,95 para a caixa contendo 56 comprimidos, para ambas as apresentações (150 mg e 100 mg), correspondendo esse preço a um desconto adicional de 13,6% em relação à proposta anterior. Com o novo preço proposto e utilizando o modelo econômico do NATS-INCA, a Astrazeneca estimou uma RCEI de R$ 104.353,88 por QALY (16).

A Agência Canadense de Drogas e Tecnologias em Saúde (do inglês, Canadian Agency for

Drugs and Technologies in Health - CADTH) avaliou o uso de olaparibe como tratamento de manutenção, em monoterapia, de pacientes adultas, portadoras de mutação BRCA1/2, com diagnóstico de câncer de ovário platino-sensível (15). A agência canadense concluiu que o olaparibe, pelo preço apresentado e dado o alto nível de incerteza dos resultados acerca do ganho em sobrevida global, não é custo-efetivo nesta população em comparação aos cuidados de suporte. Indicou-se, contudo, que mediante redução de preço para patamares aceitáveis haveria possibilidade de sua implementação (17).
Nessa linha, o Instituto Nacional de Saúde e Cuidados de Excelência (do inglês, National Institute for Health and Care Excellence - NICE), do governo Reino Unido, não recomenda o medicamento olaparibe como primeira opção para o tratamento de manutenção de câncer epitelial de ovário de alto grau, câncer de trompa de Falópio ou câncer peritoneal primário cuja doença respondeu à quimioterapia à base de platina, mesmo na presença de mutação nos genes BRCA1 ou BRCA2, pois considera que há incerteza sobre o benefício de sobrevivência global e que as estimativas da relação custo-eficácia são muito incertas, apesar de promissoras (18).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Ganho adicional de aproximadamente 22% de sobrevida global em 7 anos, além de 25% de chance de estar viva e sem terapias adicionais.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Recomendada

Conclusão

Tecnologia: OLAPARIBE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Há evidência de boa qualidade metodológica que o olaparibe de manutenção para pacientes portadoras de carcinoma seroso do ovário de alto grau, BRCA 1/2 mutado, sensíveis à platina, com resposta à primeira linha de tratamento quimioterápico aumenta a sobrevida livre de progressão em 7 anos em aproximadamente 25%, e a sobrevida global em 20%.
No entanto, o esquema terapêutico pleiteado apresenta perfil de custo-efetividade desfavorável no valor efetivamente praticado — 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 deste tratamento em seus sistemas apenas após acordo de redução de preço.
A CONITEC, responsável pela avaliação e incorporação de tecnologias no sistema público, após considerações de eficácia, segurança, custo-efetividade e impacto orçamentário e debate público com a sociedade, trouxe uma recomendação preliminar desfavorável à sua incorporação ao SUS. A recomendação final é retificada para favorável após redução do custo do medicamento, com um valor considerado custo efetivo de aproximadamente R$ 8.828,95 por caixa. 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.
No caso concreto, registra-se que houve concessão de tutela provisória determinando o

fornecimento de olaparibe em 20/01/2026 (ev. 66), o que sugere que, desde então, a autora esteja em uso do medicamento, sem que haja, entretanto, documentação médica recente que descreva a evolução de seu quadro clínico. Assim, caso o juízo entenda pela manutenção do tratamento, recomenda-se que qualquer evidência de progressão da doença implique imediata suspensão do uso, a fim de evitar despesas relevantes sem benefício clínico. É fundamental, ainda, que a evolução clínica da autora seja atualizada regularmente enquanto em uso do medicamento, com envio periódico de relatórios ao juízo.
Compreende-se o desejo da paciente e da equipe assistente de buscar tratamento para uma doença grave, no entanto, frente à estimativa de perfil de custo-efetividade desfavorável; ao alto impacto orçamentário mesmo em decisão isolada; e a necessidade de redução do custo apontada pela CONITEC ainda não praticada comercialmente, 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. Hennessy BT, Coleman RL, Markman M. Ovarian cancer. The lancet. 2009;374(9698):1371–82.
2. American Cancer Society (ACS). Key Statistics for Ovarian Cancer. [Internet]. Disponível em: https://www.cancer.org/cancer/ovarian-cancer/about/key-statistics.html
3. Derchain SFM, Duarte-Franco E, Sarian LO. Panorama atual e perspectivas em relação ao diagnóstico precoce do câncer de ovário. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009;31(4): 159-63.
4. INCA. Estimativa 2020 - Incidência de câncer no Brasil [Internet]. 2019. Disponível em: https: //www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf
5. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário. [Internet]. 2019. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DDT/DDT_NeoplasiaMalignaEpitelialdeOvario_2019.pdf
6. Matulonis UA, Sood AK, Fallowfield L, Howitt BE, Sehouli J, Karlan BY. Ovarian cancer. Nat Rev Dis Primer. 25 de agosto de 2016;2:16061.
7. Vitale SG, Marilli I, Lodato M, Tropea A, Cianci A. The role of cytoreductive surgery in advanced-stage ovarian cancer: a systematic review. Updat Surg. dezembro de 2013;65(4):265–70.
8. Williams CJ. Tamoxifen for relapse of ovarian cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(1):CD001034.
9. Lindemann K, Gibbs E, Åvall-Lundqvist E, dePont Christensen R, Woie K, Kalling M, et al. Chemotherapy vs tamoxifen in platinum-resistant ovarian cancer: a phase III, randomised, multicentre trial (Ovaresist). Br J Cancer. 14 de fevereiro de 2017;116(4):455–63.
10. Smyth JF, Gourley C, Walker G, MacKean MJ, Stevenson A, Williams ARW, et al. Antiestrogen therapy is active in selected ovarian cancer cases: the use of letrozole in estrogen receptor-positive patients. Clin Cancer Res Off J Am Assoc Cancer Res. 15 de junho de 2007;13(12):3617–22.
11. Protocolo Clínico e Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas de Neoplasia Maligna Epitelial de Ovário. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/ddt/ddt_neoplasiamalignaepitelialdeovario_2019.pdf
12. Ledermann J, Harter P, Gourley C, Friedlander M, Vergote I, Rustin G, et al. Olaparib maintenance therapy in platinum-sensitive relapsed ovarian cancer. N Engl J Med. 12 de abril

de 2012;366(15):1382–92.
13. Lynparza comprimidos (olaparibe) [Bula] [Internet]. Astra Zeneca do Brasil LTDA; Disponível em: https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=116180268
14. Moore K, Colombo N, Scambia G, Kim BG, Oaknin A, Friedlander M, et al. Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. N Engl J Med. 27 de dezembro de 2018;379(26):2495–505.
15. DiSilvestro P, Banerjee S, Colombo N, Scambia G, Kim BG, Oaknin A, et al. Overall Survival With Maintenance Olaparib at a 7-Year Follow-Up in Patients With Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer and a BRCA Mutation: The SOLO1/GOG 3004 Trial. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 20 de janeiro de 2023;41(3):609–17.
16. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Olaparibe para tratamento de manutenção do câncer de ovário, seroso ou endometrioide, recém diagnosticado de alto grau, avançado (FIGO III ou IV), com mutações nos genes BRCA, sensível à quimioterapia de primeira linha à base de platina. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/relatorio-de-recomendacao-no-914-olaparibe
17. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Lynparza for Newly Diagnosed Ovarian Cancer [Internet]. 2019. Disponível em: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pcodr/pcodr_olaparib_lynparza_resub_fn_rec.pdf
18. National Institute for Health and Care Excellence. Olaparib for maintenance treatment of BRCA mutation-positive advanced ovarian, fallopian tube or peritoneal cancer after response to first-line platinum-based chemotherapy [Internet]. 2019. Disponível em: https://www.nice.org.uk/guidance/ta598

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com laudo médico (Evento 1, LAUDO11) a parte autora foi diagnosticada em março de 2025 com Carcinoma seroso de alto grau, com líquido peritoneal positivo e implantes peritoneais e de epíplon. Realizou 6 ciclos de quimioterapia neoadjuvante com carboplatina e paclitaxel entre abril e agosto de 2025, após, foi submetida a cirurgia de citorredução em 07/10/2025. Exame anatomopatológico não evidenciou neoplasia residual após a cirurgia, e citologia peritoneal negativa. Teste genético realizado confirmou mutação patogênica em BRCA1/2 (Evento 62, EXMMED4). Foi deferido o pedido de tutela provisória para o provimento do tratamento pleiteado em 20/01/2026 (Evento 66), o autor encontra-se, então, em tratamento em curso. Diante deste cenário, pleiteia olaparibe para seguimento do tratamento de manutenção.
O câncer epitelial de ovário é a doença maligna ginecológica mais letal e a quinta causa mais comum de câncer em mulheres (1,2). No Brasil, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) estima-se que, para cada ano do triênio 2020/2022, sejam diagnosticados no Brasil 6.650 novos casos de câncer de ovário, com um risco estimado de 6,18 casos a cada 100 mil mulheres. O risco de uma mulher desenvolver câncer de ovário durante sua vida é de 1 em 78. A chance de uma mulher morrer de câncer de ovário é de cerca de 1 em 108. Esse tipo de câncer se desenvolve principalmente em mulheres mais idosas. Cerca de metade delas são diagnosticadas com câncer de ovário em torno de 63 anos ou mais, entretanto, 10% dos casos são síndromes hereditárias que, na maioria das vezes (65 a 75%), são decorrentes de mutações nos genes Breast Cancer 1 (BRCA1) e Breast Cancer 2 (BRCA2), nesses casos, o diagnóstico costuma ocorrer em idades menos avançadas (2–4).

O tratamento padrão de primeira linha do câncer de ovário avançado é feito com carboplatina e paclitaxel. A escolha do tratamento na recidiva depende basicamente da resposta ao tratamento prévio. Classificam-se as pacientes em sensíveis, resistentes ou refratárias à quimioterapia com composto de platina de acordo com o intervalo livre de progressão. Se a recidiva ocorrer em seis meses ou mais, as pacientes são consideradas sensíveis; se ocorrer em menos de seis meses, resistentes; e se não houver resposta ou se houver progressão tumoral durante a quimioterapia, refratárias. A resistência ao tratamento prévio com composto de platina é um importante fator prognóstico e preditivo (5). Ao tratamento, as pacientes costumam ter boa resposta; todavia, é alto o índice de recidiva, que são mais frequentes entre o primeiro e o segundo ano após o tratamento. Estudos demonstram que na maior parte das vezes o padrão da falha terapêutica é loco-regional (6,7).

O estadiamento do câncer de ovário é realizado exclusivamente por meio de avaliação cirúrgica. As classificações FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique), AJCC (American Joint Committee on Cancer) e UICC (União Internacional Contra o Câncer) definem a extensão tumoral, variando desde doença limitada aos ovários (Estágio I), extensão pélvica (Estágio II), implantes peritoneais ou acometimento linfonodal regional (Estágio III) até metástases à distância, como derrame pleural maligno ou acometimento hepático (Estágio IV) (5). Além do estágio, o grau de diferenciação tumoral (G1 a G4) contribui para o prognóstico e direciona a escolha terapêutica (5).

De acordo com as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas (DDT), publicadas pelo Ministério da Saúde em 2019, na doença recorrente sensível a composto de platina, deve-se repetir o quimioterápico (5). Estudos sugerem que, quanto mais distante do tratamento inicial, isto é, quanto maior o intervalo livre do composto de platina, maior a taxa de resposta com a reintrodução deste quimioterápico. As opções de quimioterapia são carboplatina e paclitaxel ou gencitabina ou carboplatina e doxorrubicina lipossomal peguilada.

Ainda, segundo as DDT, o tratamento hormonal é uma possibilidade em pacientes com doença em progressão e oligossintomáticas. Estudos observacionais com tamoxifeno demonstraram a atividade do medicamento, e uma revisão sistemática do grupo Cochrane mostrou resposta objetiva em 10% dos casos (8). Um estudo randomizado comparando tamoxifeno com quimioterapia na condição supracitada também demonstrou a atividade da hormonioterapia, cuja sobrevida livre de progressão foi menor, porém sem diferença em sobrevida global e com menor toxicidade relacionada. Estudos menores também já demonstraram atividade de inibidores de aromatase (8–10).