

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 11ª Câmara Cível

COMARCA: Sete Lagoas

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0007716

IDADE: 79 anos

Sexo: masculino

PEDIDO DA AÇÃO: Medicamento Enzalutamida e Olaparibe

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: C61

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Tratamento de câncer de Próstata metastático sensível a castração

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRM 33.029

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

- 1) Conforme definição do CFM o caso é de urgência ou emergência?
- 2) O medicamento/tratamento relacionado está incorporado ao SUS?
- 3) O tratamento solicitado consta do rol da ANS?
- 4) Em que consiste o tratamento solicitado?
- 5) À luz da medicina baseada em evidência, há eficácia, acurácia, efetividade e segurança do tratamento solicitado pela requerente?
- 6) Existem medicamentos alternativos ao que ora é solicitado?
- 7) Se há contraindicação ao uso concomitante das medicações prescritas : Olaparibe e Enzalutamida?

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada, trata-se de paciente de **79 anos com adenocarcinoma de próstata estágio IVB TxNxM1, resistente a castração**, capacidade funcional **ECOG 1**. Submetido a **prostatectomia radical em 2004, cursou com recidiva bioquímica sendo tratado com radioterapia exclusiva em 2007. Após 10 anos, apresentou elevação do PSA, sendo iniciado quimioterapia com zoladex. Evoluiu com resistência a castração há 4 anos, sendo iniciado abiraterona, com bom resultado.** Entretanto, **em 2024 houve progressão tumoral, sendo iniciado**

quimioterapia com doxetaxel. Ao final da quimioterapia realizado teste genético constatado mutação BRCA2. Como paciente já vez uso de abiraterona, optado por um novo agente hormonal enzalutamida mais olaparibe, recomendação baseada em estudo fase III anexado. Paciente com doença grave e com risco de progressão rápida, com a proposta de quimioterapia paliativa. Negativa do convenio com a justificativa que o tratamento com a droga proposta olaparibe é off-label e liberação da enzalutamina.

O câncer de próstata é considerado o tumor da terceira idade, pois cerca de 75% dos casos ocorrem a partir dos 65 anos. Normalmente este tumor cresce de forma tão lenta e silenciosa, levando cerca de 15 anos para atingir 1 cm³, não chegando a dar sinais durante a vida e nem a ameaçar a saúde do homem na maioria dos casos. Quando os pacientes apresentam sintomas, estes são semelhantes aos do crescimento benigno da próstata (dificuldade de urinar, necessidade de urinar mais vezes). Entretanto na fase avançada, pode provocar dor óssea, sintomas urinários ou, quando mais grave, infecção generalizada ou insuficiência renal. Alguns desses tumores porém podem crescer de forma rápida, espalhando-se para outros órgãos e podendo levar à morte.

Tem como principais fatores de risco são: idade, história familiar de câncer, etnia/cor da pele, obesidade e exposições à aminas aromáticas, arsênio, derivados do petróleo e do seu uso. É a idade o único fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento do câncer de próstata, já que a incidência e a mortalidade aumentam significativamente após os 50 anos. Seu diagnóstico pode ser feito por meio da investigação, com exames clínicos, laboratoriais ou radiológicos, de pessoas com sinais e sintomas sugestivos da doença (diagnóstico precoce), ou com o uso de exames periódicos em pessoas sem sinais ou sintomas (rastreamento), mas pertencentes a grupos com maior chance de ter a doença. No caso do câncer de próstata, esses exames são o toque retal e o exame de sangue para avaliar a dosagem do

PSA. O diagnóstico precoce possibilita melhores resultados no tratamento. Como **nem o toque retal, nem o PSA têm 100% de precisão** outros **exames complementares podem ser necessários.** A **biópsia prostática guiada por ultrassom é o único procedimento capaz de confirmar o câncer.** Outros exames de imagem também podem ser solicitados, como tomografia computadorizada, ressonância magnética e cintilografia ósseas.

Não há evidência científica de que o rastreamento traga mais benefícios do que riscos. Portanto, o INCA não recomenda a realização de exames de rotina com essa finalidade. Entretanto a **recomendação da Sociedade Brasileira de Urologia é que os homens, a partir de 50 anos, e mesmo sem apresentar sintomas, devam procurar um profissional especializado, para avaliação individualizada tendo como objetivo o diagnóstico precoce do câncer de próstata.** Os homens que integrarem o **grupo de risco** devem começar seus exames mais precocemente, **a partir dos 45 anos. Após os 75 anos, a recomendação é que somente homens com perspectiva de vida maior do que dez anos façam essa avaliação.**

O tratamento do câncer de próstata é feito por meio de uma ou de várias modalidades/técnicas de tratamento, que podem ser combinadas ou não. A escolha do melhor tratamento é feita individualmente, por médico especializado, após definir quais os riscos, benefícios e melhores resultados para cada paciente, conforme estágio da doença e condições clínicas do paciente. O estadiamento do tumor de próstata para definição do estágio da doença da União Internacional Contra o Câncer (UICC), no qual são utilizados os critérios TNM (tumor, linfonodo e metástases) e a graduação histopatológica com o escore de Gleason, ajuda na definição do tratamento e do prognóstico. A cirurgia é a principal opção terapêutica, principalmente na doença localizada. Para doença localmente avançada, radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal (castração) têm sido utilizados. Naqueles (mCRPC) as opções terapêuticas disponíveis segundo as Diretrizes de Prática Clínica em Oncologia da National Comprehensive Cancer

Network são: Docetaxel com prednisona; Abiraterona com prednisona; Enzalutamida; Radium-223 na metástase óssea sintomática; Cabazitaxel com prednisona; Sipuleucel-T; quimioterapia alternativa (mitoxantrona com prednisona); outras terapias hormonais secundárias (antiandrogênio, cetoconazol ± hidrocortisona, dietilesilbestrol ou outros estrogênios) e melhor cuidado de suporte. As drogas abiraterona, enzalutamida, cabazitaxel, são consideradas como opção de segunda linha diante da falha do docetaxel. A abiraterona e a enzalutamida apresentam benefício na sobrevida global (SG) e na livre de progressão (SLP) radiográfica e qualidade de vida.

Todas as modalidades de tratamento são oferecidas, de forma integral e gratuita, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e Planos de Saúde. No SUS os estabelecimentos habilitados em Oncologia pelo SUS são 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. Já na Saúde Suplementar o tratamento segue as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Enzalutamida, um inibidor oral do receptor de andrógeno, está aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), é indicado na bula no tratamento de mCRPC em adultos que são assintomáticos ou ligeiramente sintomáticos após falha de terapia de privação androgênica e naqueles que tenham recebido terapia com docetaxel, sendo tratamento paliativo. Tem como principais efeitos colaterais astenia/fadiga, ondas de calor, dor de cabeça e hipertensão. Outras reações adversas importantes incluem quedas, fraturas não patológicas, alteração cognitiva e neutropenia. Enzalutamida foi aprovada pela FDA e EMA, e incorporada ao sistema público do Canadá e Inglaterra, desde que a relação custo-eficácia fosse melhorada pelo fabricante a um nível aceitável. A incorporação da enzalutamida ao SUS

não foi avaliada pela CONITEC. Em revisão sistemática com comparação indireta e dois ensaios clínicos randomizados de fase III que compararam enzalutamida com abiraterona ou placebo para o tratamento do mCRPC, os resultados demonstraram benefícios semelhantes na SG dos pacientes antes e após a quimioterapia com as duas drogas. A enzalutamida foi melhor para os desfechos secundários, incluindo o tempo para a progressão do PSA, SLP radiográfica, taxa de resposta do PSA, tempo para a piora da qualidade de vida e tempo para o início da quimioterapia. A droga mostrou aumentar a sobrevida mediana de 13,4 meses para 18,6 meses e melhorar a qualidade de vida em estudo comparativo castraçãoXenzalutamida. Existe evidência de boa qualidade metodológica demonstrando que a enzalutamida prolonga a sobrevida livre de metástases em cerca de 12 meses, em comparação com placebo. Contudo, o medicamento apresenta um custo excessivo e seu impacto orçamentário, mesmo em uma decisão isolada, é elevado. Nessa linha, a enzalutamida foi avaliada por países de alta renda, como o **Canadá e a Inglaterra** que **consideraram seu custo excessivo**. As agências internacionais consideram que **não há evidências suficientes para fazer recomendações sobre a eficácia clínica e econômica do uso sequencial de enzalutamida e abiraterona**. Apesar das limitações da comparação indireta, a relação custo-efetividade da enzalutamida é provavelmente comparável à custo-efetividade da abiraterona, com base nas melhores estimativas de custo-efetividade e assumindo preços similares das duas terapias. Entretanto, **todas as agências e alguns estudos citam a necessidade de estudos de comparação direta para confirmar os resultados da comparação indireta e demonstrar os benefícios e riscos de enzalutamida** em comparação com medicamentos utilizados para o tratamento do mCRPC. **Não há constatação de benefício direto do seu uso, em relação a abiraterona.**

O olaparibe é um antineoplásico oral da classe dos inibidores da enzima poli-ADP-ribose polimerase (iPARP). Esta enzima atua na correção

das células danificadas do DNA. Desse modo, os inibidores da enzima podem impedir a reparação das células cancerosas, dificultando o seu crescimento e contribuindo para a sua destruição. No Brasil, o medicamento é aprovado pela Anvisa para o tratamento de câncer de ovários, câncer de mama, adenocarcinoma de pâncreas e câncer de próstata. Não está disponível no SUS para tratamento do tumor de próstata, porém foi incorporado para tratamento do câncer de ovário, conforme protocolo. Apresenta como efeitos colaterais mais comuns que podem influenciar a qualidade de vida fraqueza, perda de peso, febre, infecções frequentes, sangramento urinário ou intestinal, dispneia, sensação de cansaço extremo, hematomas ou sangramento. Os ensaios clínicos existentes referem SLP mais longa e melhores medidas de resposta e desfechos relatados em pacientes com mCRPC e alterações em genes com papel no reparo de recombinação homóloga que recebem olaparibe quando comparados a enzalutamida ou abiraterona. No entanto esta melhora na SLP e SG é de poucos meses, conforme o próprio estudo apresentado pelo médico assistente SLP baseada em imagem de 7,4 meses olaparibe vs. 3,6 meses controle ou seja de 4,2 meses e 3,4 meses na SG (18,5 meses grupo olaparib e 15,1 meses no controle).

Vale ressaltar que National Comprehensive Cancer Network (NCCN), consenso da Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO) e pelo II Consenso Brasileiro sobre Tratamento do Câncer de Próstata Avançado, devido às evidências de impacto em sobrevida, a enzalutamida, o novo agente hormonal abiraterona, o quimioterápico cabazitaxel e o radiofármaco rádio-223 passaram a ser considerados as estratégias preferenciais de tratamento em pacientes com câncer de próstata metastático resistente à castração e previamente expostos a quimioterapia com docetaxel. Na indisponibilidade desses agentes, outras opções terapêuticas são consideradas, como a reexposição a docetaxel, quimioterapia com mitoxantro ciclofosfamida ou outras

manipulações hormonais secundárias.

Conclusão: trata-se de paciente de **79 anos com adenocarcinoma de próstata estágio IVB TxNxM1, resistente a castração**, capacidade funcional **ECOG 1**. Submetido a **prostatectomia radial em 2004, cursou com recidiva bioquímica, tratada com radioterapia exclusiva em 2007. Após 10 anos, apresentou elevação do PSA, iniciado quimioterapia com zoladex. Evoluiu com resistência a castração há 4 anos, sendo iniciado abiraterona, com bom resultado. Entretanto, em 2024 houve progressão tumoral, sendo iniciado quimioterapia com doxetaxel. Ao final da quimioterapia realizado teste genético constatado mutação BRCA2.** Como paciente já **vez uso de abiraterona, optado por um novo agente hormonal enzalutamida mais olaparibe, recomendação baseada em estudo fase III anexado. Paciente com doença grave e com risco de progressão rápida, com a proposta de quimioterapia paliativa. Negativa do convenio com a justificativa que o tratamento com a droga proposta olaparibe é off-label e liberação da enzalutamina.**

O câncer de próstata em **75% dos casos ocorrem a partir dos 65 anos. Seu diagnóstico pode ser feito por meio da investigação, com exames clínicos, laboratoriais ou radiológicos.**

O tratamento do câncer de próstata é feito por meio de uma ou de **várias modalidades/técnicas de tratamento, combinadas ou não. A escolha do melhor tratamento é feita individualmente, por médico especializado, após definir quais riscos, benefícios e melhores resultados para o caso, conforme o estágio da doença e condições clínicas do paciente. O estadiamento do tumor de próstata da UICC, no qual são utilizados os critérios TNM e a graduação histopatológica com o escore de Gleason, ajuda na definição do tratamento e prognóstico. A cirurgia é a principal opção terapêutica, principalmente na doença localizada. Para doença localmente avançada, radioterapia ou cirurgia em combinação com tratamento hormonal (castração) têm sido utilizados. Naqueles mCRPC as opções terapêuticas disponíveis**

segundo as Diretrizes de Prática Clínica em Oncologia da NCCN são: docetaxel com prednisona; abiraterona com prednisona; enzalutamida. Na doença metastática o tratamento mais indicado é a terapia hormonal de castração. Nos casos de mCRPC as opções disponíveis são: Docetaxel; Abiraterona; Enzalutamida; Radium-223 na metástase óssea sintomática; Cabazitaxel; Sipuleucel-T; quimioterapia alternativa; outras terapias hormonais secundárias e melhor cuidado de suporte. **As drogas abiraterona, enzalutamida, cabazitaxel, são consideradas como opção de segunda linha na falha do docetaxel. A abiraterona e enzalutamida apresentam benefício na sobrevida global, na livre de progressão radiográfica e qualidade de vida. A NCCN, ESMO e o II Consenso Brasileiro sobre Tratamento do Câncer de Próstata Avançado, consideram que na indisponibilidade desses agentes, outras opções terapêuticas são consideradas, como a reexposição a docetaxel, quimioterapia com mitoxantro ciclofosfamida ou outras manipulações hormonais secundárias.**

A Enzalutamida, um inibidor oral do receptor de andrógeno, está aprovada pela ANVISA, com indicação na bula no tratamento de mCRPC em adultos que são assintomáticos ou ligeiramente sintomáticos após falha de terapia de privação androgênica e naqueles que tenham recebido terapia com docetaxel, sendo tratamento paliativo. Em revisão sistemática com comparação indireta e dois ensaios clínicos randomizados de fase III que compararam enzalutamida com abiraterona ou placebo para o tratamento do mCRPC, os resultados da revisão sistemática, demonstraram **benefícios semelhantes na sobrevida global dos pacientes antes e após a quimioterapia da abiraterona e enzalutamida. A enzalutamida foi melhor para os desfechos secundários, incluindo o tempo para a progressão do PSA, sobrevida livre de progressão radiográfica, taxa de resposta do PSA, tempo para a piora da qualidade de vida e tempo para o início da quimioterapia. Entretanto, não há evidências suficientes para fazer recomendações sobre a eficácia clínica e econômica do uso**

sequencial de enzalutamida e abiraterona, sendo necessário estudos de comparação direta para confirmar os resultados e demonstrar seus benefícios e riscos em comparação com medicamentos utilizados para o tratamento do mCRPC, que incluem a abiraterona recomendada no SUS pela CONITEC. Assim não há constatação de benefício direto do seu uso, em relação a abiraterona disponível no SUS. Entretanto a abiraterona é contraindicada em mulheres grávidas ou que possam estar grávidas, **pacientes com hipersensibilidade à substância ativa ou qualquer excipiente presente na formulação, na insuficiência hepática grave.** Tem recomendação de **de cautela para uso em pacientes cardiopatas com sinais de insuficiência cardíaca, pois pode causar hipertensão, hipopotassemia e retenção hídrica, em consequência níveis aumentados de mineralocorticoides** resultantes da inibição da CYP17. Vale ressaltar que esta droga foi **recomendada por diversas diretrizes de conduta para o tratamento do câncer de próstata e incorporada ao sistema público de saúde do Canadá e na Inglaterra, desde que a relação custo-eficácia fosse melhorada pelo fabricante a um nível aceitável.** A droga mostrou aumentar a sobrevida mediana de 13,4 para 18,6 meses e melhorar a qualidade de vida em estudo que incluiu em pacientes pós castração. Existe evidência de boa qualidade metodológica demonstrando que a enzalutamida prolonga a sobrevida livre de metástases em cerca de 12 meses, em comparação com placebo. Contudo, não é curativo e o aumento de sobrevida como já citado é pouco expressivo de 5,2 meses e livre de metástase de apenas 12 meses. Estudos mostram aumento pouco expressivo da sobrevida média global dos pacientes tratados com enzalutamida de 56,3 meses no grupo placebo para 67 meses no grupo enzalutamida , ou seja apenas 8,9 meses.

O olaparibe é um antineoplásico oral da classe dos inibidores da enzima poli-ADP-ribose polimerase (iPARP). Esta enzima atua na correção das células danificadas do DNA. Desse modo, os inibidores da enzima

podem impedir a reparação das células cancerosas, dificultando o seu crescimento e contribuindo para a sua destruição. No Brasil, o medicamento é aprovado pela Anvisa para o tratamento de câncer de ovários, câncer de mama, adenocarcinoma de pâncreas e câncer de próstata. Não está disponível no SUS para tratamento do tumor de próstata, porém foi incorporado para tratamento do câncer de ovário, conforme protocolo. Apresenta como efeitos colaterais mais comuns que podem influenciar a qualidade de vida fraqueza, perda de peso, febre, infecções frequentes, sangramento urinário ou intestinal, dispneia, sensação de cansaço extremo, hematomas ou sangramento. Os ensaios clínicos existentes referem SLP mais longa e melhores medidas de resposta e desfechos relatados em pacientes com mCRPC e alterações em genes com papel no reparo de recombinação homóloga que recebem olaparibe quando comparados a enzalutamida ou abiraterona. No entanto esta melhora na SLP e SG é de poucos meses, conforme o próprio estudo apresentado pelo médico assistente SLP baseada em imagem de 7,4 meses olaparibe vs. 3,6 meses controle ou seja de 4,2 meses e 3,4 meses na SG (18,5 meses grupo olaparib e 15,1 meses no controle).

É importante destacar que o caso em tela, trata-se de doença avançada, grave, com proposta de palição, sem perspectiva de cura. A despeito da melhora da SG e SLP com as drogas requeridas, enzalutamida e olaparibe, esta melhora é pouco de poucos meses, sendo mais expressiva com a enzalutamida, droga liberada pelo convênio, com a qual pode chegar a 12 meses. Porém com o olaparibe esta melhora não passa de 4,2 meses, não isenta de efeitos colaterais, não se mostrando custo efetivo no caso.

IV – REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação Nacional de Prevenção e Vigilância Coordenação de Ensino e Divulgação Científica. Programa nacional de

controle do câncer da próstata: documento de consenso. - Rio de Janeiro:, 2002. 24p. Disponível em:

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

2. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos CONITEC. Relatório de recomendação Abril/2019. Abiraterona para câncer de próstata metastático resistente à castração em pacientes com uso prévio de quimioterapia. Brasília, 2019. 65 p . Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_Abiraterona_Adenocarcinoma-de-prostata-resistente-a-castrao-em-pacientes-com-uso-prvio-de-quimioterapia_CP_26_2019.pdf.

3. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos CONITEC. Relatório de recomendação no 205 Maio/2016. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Adenocarcinoma de Próstata. Brasília, 2016. 66p. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/DDT/DDT_AdenocarcinomadeProstata_.pdf.

4. Faculdade de Farmácia da UFMG. Departamento de Farmácia Social Centro Colaborador do SUS Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde. Síntese de evidências SE 21/2017 Enzalutamida para o tratamento de adenocarcinoma de próstata. belo Horizonte, 2017. 25 p Disponível em: http://www.ccates.org.br/content/_pdf/PUB_1502398699.pdf.

5. Sathianathen NJ, Philippou YA, Kuntz GM, Konety BR, Gupta S, Lamb AD, Dahm P. Taxane-based chemohormonal therapy for metastatic hormone-sensitive prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 10. Art. No.: CD012816. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012816.pub2/epdf/full>.

6. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS) Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Cancer de prostata: Vamos falar sobre isto? Biblioteca Virtual em Saúde Prevenção e Controle de Câncer. 3a reimpressão Rio de Janeiro, 2019. 12p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha>

- [cancer_prostata_2017.pdf](#).

7. NCCN Guidelines Version 2.2021. Prostate Cancer. In: **nccn.org**.

8. Sathianathen NJ, Oestreich MC, Brown SJane, Gupta S, Konety BR, Dahm P, Kunath F. Abiraterone acetate in combination with androgen deprivation therapy compared to androgen deprivation therapy only for metastatic hormone-sensitive prostate cancer. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2020, Issue 12. Art. No.: CD013245. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013245.pub2/epdf/full>.

9. Sternberg CN, Fizazi K, Saad F, Shore ND, De Giorgi U, Penson DF, Ferreira U, Efstathiou E, Madziarska K, Kolinsky MP, Cubero DIG, Noerby B, Zohren F, Lin X, Modelska K, Sugg J, Steinberg J, Hussain M for the PROSPER Investigators. Enzalutamide and Survival in Nonmetastatic, Castration-Resistant Prostate Cancer. **N Eng J Med**. 2020;382(23):2197-206. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2003892>

10. de Bono J, Mateo J, Fizazi K, Saad F, Shore N, Sandhu S, Chi KN, Sartor O, Agarwal N, Olmos D, Thiery-Vuillemin A, Twardowski P, Mehra N, Goessl C, Kang J, Burgents J, Wu W, Kohlmann A, Adelman CA, Hussain M. Olaparib for Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. **N Engl J Med**. 2020;382:2091-102. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2003892>

11. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo Econômico-Industrial da Saúde - SECTICS. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde - DGITS. Coordenação-Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde - CGATS. Relatório de Recomendação abril/2024. Olaparibe para tratamento de manutenção do câncer de ovário (incluindo trompas de Falópio ou peritoneal primário), seroso ou endometriode, recém diagnosticado, de alto grau, avançado (estágio FIGO III ou IV), com mutação nos genes BRCA, sensível à quimioterapia de primeira linha, à base de platina. Brasília, 2024. 79p. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2024/olaparibe->

para-tratamento-de-manutencao-do-cancer-de-ovario-incluindo-trompas-de-falopio-ou-peritoneal-primario-seroso-ou-endometrioide-recem-diagnosticado-de-alto-grau-avancado-estagio-figo-iii-ou-iv-com-mutacao-nos-genes-brca-sensivel-a-quimioterapia-de

V – DATA:

16/06/2025

NATJUS – TJMG