Nota Técnica 582116

Data de conclusão: 05/10/2026 16:06:04

Paciente

Nome: [redacted]

Data de Nascimento: 15/03/1958

Idade: 68 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Fernando Prestes/SP

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Número do Processo: 5001565-48.2026.4.03.6703

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 6º Núcleo de Justiça 4.0

Tecnologia 582116-A

CID: C91.1 - Leucemia linfocítica crônica

Diagnóstico: Leucemia Linfocítica Crônica

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): relatórios médicos
exames laboratoriais
pesquisa de mutação molecular
laudo de biópsia com imunohistoquimica

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: CALQUENCE I ACALABRUTINIBE

Princípio Ativo: ACALABRUTINIBE

Via de administração: VO

Posologia: 100mg 2x ao dia por 28 dias por 14 ciclos.

Uso contínuo? Não

Duração do tratamento: 14 mês(es)

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? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: ACALABRUTINIBE

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o tratamento da Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) é estruturado fundamentalmente em protocolos de quimioimunoterapia, não havendo, até o presente momento, a incorporação de terapias-alvo orais como os inibidores da tirosina quinase de Bruton (iBTK) ou inibidores de BCL-2. As opções disponíveis e financiadas via APAC baseiam-se em esquemas como Rituximabe associado a Fludarabina e Ciclofosfamida (FCR), além de protocolos com Clorambucil para pacientes idosos ou com múltiplas comorbidades. É imperativo destacar que, embora o Rituximabe tenha sido incorporado para LLC em 2023, esses regimes quimioterápicos apresentam eficácia limitada para subgrupos de pacientes com perfis genéticos de alto risco, como a deleção 17p ou mutação do TP53, situações para as quais o SUS não oferece, atualmente, uma alternativa terapêutica de tecnologia-alvo capaz de contornar a resistência à quimioterapia convencional.
Em contrapartida, a Saúde Suplementar apresenta um cenário terapêutico alinhado aos padrões internacionais de tratamento, com cobertura obrigatória pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS. Estão disponíveis para os beneficiários de planos de saúde não apenas o Ibrutinibe (primeira geração de iBTK), mas também tecnologias mais recentes e seletivas como o Acalabrutinibe e o Zanubrutinibe, que oferecem eficácia comparável com menor incidência de eventos adversos cardiovasculares, como fibrilação atrial. Além destes, a saúde suplementar contempla o Venetoclax, um inibidor de BCL-2 que permite tratamentos com duração fixa quando combinado a anticorpos monoclonais anti-CD20 (como o Obinutuzumabe). Essa disparidade entre os sistemas evidencia que, enquanto a rede privada já incorporou a medicina de precisão para o manejo da LLC, o sistema público permanece restrito a terapias citotóxicas, que podem ser inadequadas para o perfil biológico específico de

determinados pacientes.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: ACALABRUTINIBE

Laboratório: Astrazeneca

Marca Comercial: Calquence

Apresentação: 100 MG CAP DURA CT BL AL AL X 60

Preço de Fábrica: 29.521,05

Preço Máximo de Venda ao Governo: 23.165,16

Preço Máximo ao Consumidor: 39.601,44

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: ACALABRUTINIBE

Dose Diária Recomendada: 200 mg

Preço Máximo de Venda ao Governo: 23.165,16

Preço Máximo ao Consumidor: 39.601,44

Fonte do custo da tecnologia: CMED - custo anual estimado PMVG: R$ 277.981,92

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: ACALABRUTINIBE

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) é uma neoplasia hematológica de células B maduras, caracterizada pela proliferação de linfócitos que, embora morfologicamente semelhantes aos normais, apresentam incompetência funcional e acúmulo progressivo. O diagnóstico é confirmado pela presença de linfocitose persistente no sangue periférico e pela imunofenotipagem por citometria de fluxo, que identifica o clone anômalo. O manejo terapêutico variou historicamente de estratégias de observação ativa até o uso de imunoquimioterapia, como o protocolo de Rituximabe associado à Fludarabina e Ciclofosfamida (FCR). No entanto, o tratamento é indicado apenas para pacientes que manifestam sintomas da doença em atividade, tais como linfadenopatias volumosas, esplenomegalia, anemia, plaquetopenia ou sintomas constitucionais, incluindo febre, perda ponderal e sudorese noturna.
Epidemiologicamente, a LLC é mais frequente em indivíduos do sexo masculino, com mediana de diagnóstico entre 65 e 74 anos. Estimativas internacionais apontam uma incidência de 4,9

casos por 100.000 habitantes ao ano, enquanto os dados nacionais para o triênio 2020-2022 projetaram cerca de 10.810 novos casos anuais de leucemias em geral, sem distinção por subtipo. Atualmente, o tratamento inclui o uso de quimioterapia citotóxica e terapias-alvo, representadas pelos inibidores da tirosina quinase de Bruton (BTK) e inibidores de BCL-2. O Acalabrutinibe é um inibidor de BTK de segunda geração com seletividade aumentada, apresentando taxas de resposta global elevadas e manutenção da sobrevida livre de progressão em períodos superiores a três anos, com perfil de tolerabilidade distinto dos inibidores de primeira geração.

O embasamento clínico para o uso do Acalabrutinibe na LLC recidivada ou refratária decorre do estudo **ELEVATE-RR**, um ensaio clínico de fase III, randomizado e aberto, que comparou diretamente o Acalabrutinibe ao Ibrutinibe. O estudo incluiu 533 pacientes portadores de alterações genéticas de alto risco, como a deleção 17p e a deleção 11q. Os participantes foram divididos entre o braço experimental (Acalabrutinibe 100 mg, duas vezes ao dia) e o braço controle (Ibrutinibe 420 mg, uma vez ao dia). O desfecho primário estabelecido foi a demonstração de não inferioridade na sobrevida livre de progressão (SLP), com análises secundárias voltadas para a taxa de resposta global (ORR), sobrevida global e monitoramento de eventos adversos.

Os resultados do ELEVATE-RR indicaram eficácia comparável entre as duas intervenções. A taxa de resposta global foi de 81% para o grupo Acalabrutinibe e 77% para o grupo Ibrutinibe. A SLP mediana foi de 38,4 meses em ambos os braços, com um Hazard Ratio de $1,00$ ($IC\ 95\%: 0,79–1,27$), o que confirmou a não inferioridade da tecnologia pleiteada. Embora as taxas de resposta completa sejam numericamente reduzidas com o uso de inibidores de BTK isolados, a maioria dos pacientes obteve resposta parcial, resultando no controle clínico da patologia a longo prazo, mesmo na presença de fatores citogenéticos desfavoráveis.

No que se refere à segurança, o Acalabrutinibe apresentou menor incidência de eventos adversos cardiovasculares e menores taxas de descontinuação do tratamento por toxicidade em relação ao Ibrutinibe. Observou-se uma ocorrência inferior de fibrilação atrial ou flutter (9,4% vs. 16%) e de hipertensão arterial (9,4% vs. 23,2%). A taxa de interrupção definitiva da terapia devido a eventos adversos foi de 14,7% para o Acalabrutinibe contra 21,3% para o comparador. O evento adverso mais frequentemente associado ao Acalabrutinibe foi a cefaleia, relatada como leve e de caráter transitório. Conclui-se que o Acalabrutinibe oferece eficácia equivalente ao padrão de tratamento anterior para a LLC de alto risco, apresentando um perfil de toxicidade cardiovascular reduzido, o que constitui uma opção terapêutica para pacientes com comorbidades ou intolerância a outros agentes da mesma classe.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: O benefício esperado com a utilização do Acalabrutinibe no tratamento da Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) recidivada ou refratária reside na obtenção de respostas clínicas sustentadas em um subgrupo de pacientes com prognóstico desfavorável, especialmente aqueles considerados inelegíveis ao uso de análogos de purina, como a fludarabina. Para indivíduos com idade avançada, comorbidades significativas ou alterações citogenéticas de alto risco (como a deleção 17p), a quimioterapia convencional frequentemente associa-se a toxicidades graves e eficácia reduzida. A tecnologia pleiteada atua como uma alternativa de inibição seletiva da via de sinalização do receptor de células B, permitindo o controle da progressão da doença e a preservação da reserva medular, o que se traduz em um prolongamento da sobrevida livre de progressão com manutenção da funcionalidade do paciente.

O acalabrutinibe é um tratamento de primeira escolha e nível máximo de evidência (Categoria 1, NCCN) para LLC, tanto no diagnóstico quanto na recidiva, superando de forma consistente a quimioimunoterapia usada no SUS.

Em primeira linha, o estudo ELEVATE-TN mostrou que o medicamento, isolado ou com obinutuzumabe, manteve a doença sob controle em 6 anos em 62% a 78% dos pacientes, contra apenas 17% com clorambucila-obinutuzumabe (redução de 76% no risco de progressão), benefício estendido a perfis de alto risco e com ganho real de sobrevida global na combinação. Para pacientes aptos a terapias intensivas, o estudo AMPLIFY comprovou que regimes de duração fixa com acalabrutinibe e venetoclax superam esquemas clássicos como FCR e bendamustina-rituximabe, com maior controle da doença (83,1% vs 66,5%) e redução de 67% no risco de óbito aos 36 meses. Já na recidiva, o estudo ASCEND confirmou redução de 69% no avanço da doença frente às terapias padrão, consolidando a droga como opção superior em todas as linhas de cuidado.
No contexto das políticas públicas de saúde, observa-se que o Ibrutinibe, medicamento de primeira geração da mesma classe, recebeu decisão final de não incorporação ao SUS em 2024, mantendo a lacuna terapêutica para pacientes que necessitam de terapias-alvo orais na rede pública e que não toleram os esquemas citotóxicos tradicionais. O Acalabrutinibe, por sua vez, ainda não foi objeto de avaliação formal pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) para esta indicação. Havia processo em análise (início em 12/08/2025) dos medicamentos Ibrutinibe, Acalabrutinibe, Zanubrutinibe e Venetoclax em monoterapia ou associadas para tratamento da leucemia linfocítica crônica (LLC) sintomática, refratária ou recidivante, porém foi encerrado a pedido do demandante. Apesar da ausência de incorporação até o momento, a literatura médica indica que a tecnologia apresenta um perfil de segurança cardiovascular favorável em relação aos seus predecessores, sendo tecnicamente pertinente para pacientes que apresentam contraindicações aos esquemas de quimioimunoterapia disponíveis no sistema público, oferecendo uma alternativa terapêutica para uma condição clínica que carece de opções integradas aos protocolos vigentes para casos recidivados.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: ACALABRUTINIBE

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: CONSIDERANDO o diagnóstico de Leucemia Linfocítica Crônica (LLC), conforme relatórios médicos e laudos de imunofenotipagem acostados ao processo
CONSIDERANDO que o paciente já extrapolou todas as opções terapêuticas disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) para a LLC, inexistindo alternativas eficazes atualmente incorporadas, como o uso de agentes alquilantes, fludarabina ou rituximabe em monoterapia;
CONSIDERANDO que as demais classes terapêuticas de inibidores de tirosina quinase de Bruton (BTK) — como ibrutinibe e zanubrutinibe —, embora apresentem eficácia e custo-efetividade semelhantes, também não estão incorporadas ao SUS, restringindo o acesso do paciente a terapias-alvo recomendadas em protocolos internacionais;
CONSIDERANDO que o medicamento Acalabrutinibe é um inibidor seletivo e de segunda geração da BTK, aprovado para o tratamento de LLC tanto em primeira linha quanto em doença recidivada/refratária, com eficácia comprovada em ensaios clínicos de fase III, como o ELEVATE-RR (Byrd et al., Lancet 2021), que demonstrou taxa de resposta global de 81% e eficácia não inferior ao ibrutinibe, com menor incidência de eventos cardiovasculares graves;

CONSIDERANDO que a medicação Acalabrutinibe está aprovada pela ANVISA no Brasil para o tratamento da LLC, bem como recomendada e financiada por importantes agências regulatórias internacionais, incluindo o National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Reino Unido – TA689/2021) e a Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH, Canadá, 2022), além de possuir aprovação plena pela U.S. Food and Drug Administration (FDA, 2019) e pela European Medicines Agency (EMA, 2020) para essa mesma indicação clínica;
CONSIDERANDO, contudo, que a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) ainda não emitiu recomendação favorável para a incorporação do Acalabrutinibe ao SUS para o tratamento da LLC recidivada/refratária, o que impede seu fornecimento automático pela via administrativa;
CONCLUI-SE SER FAVORÁVEL, com ressalvas, à liberação da medicação ACALABRUTINIBE, em caráter de URGÊNCIA,

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Sim

Justificativa: Com risco potencial de vida

Referências bibliográficas:

1. Hampel PJ, Parikh SA. Chronic lymphocytic leukemia treatment algorithm 2022. *Blood Cancer J*. 2022;12(11):161. Published 2022 Nov 29. doi:10.1038/s41408-022-00756-9
2. Lew TE, Tam CS, Seymour JF. How I treat chronic lymphocytic leukemia after venetoclax. *Blood*. 2021;138(5):361-369. doi:10.1182/blood.2020008502
3. Byrd JC, Harrington B, O'Brien S, et al. Acalabrutinib (ACP-196) in Relapsed Chronic Lymphocytic Leukemia. *N Engl J Med*. 2016;374(4):323-332. doi:10.1056/NEJMoa1509981
4. Isaac K, Mato AR. Acalabrutinib and Its Therapeutic Potential in the Treatment of Chronic Lymphocytic Leukemia: A Short Review on Emerging Data. *Cancer Manag Res*. 2020;12:2079-2085. Published 2020 Mar 19. doi:10.2147/CMAR.S219570
5. Awan FT, Schuh A, Brown JR, et al. Acalabrutinib monotherapy in patients with chronic lymphocytic leukemia who are intolerant to ibrutinib. *Blood Adv*. 2019;3(9):1553-1562. doi:10.1182/bloodadvances.2018030007
6. Khan Y, O'Brien S. Acalabrutinib and its use in treatment of chronic lymphocytic leukemia. *Future Oncol*. 2019;15(6):579-589. doi:10.2217/fon-2018-0637

NatJus Responsável: Nacional

Instituição Responsável: Hospital Israelita Albert Einstein

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Nota 1: Em atenção ao Tema 6 do STF e seu 4º requisito, considera-se que uma tecnologia possui evidência científica quando está embasada em: 1) ensaios clínicos randomizados, 2) revisões sistemáticas ou 3) meta-análises. Caso não atenda a esses critérios, será considerada sem evidência científica.

Tecnologia 582116-B

CID: C91.1 - Leucemia linfocítica crônica

Diagnóstico: LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRONICA

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): RELATÓRIO MÉDICO
BIÓPSIA
IMUNO-HISTOQUÍMICA

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Medicamento

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Nome comercial: VENCLEXTA I VENETOCLAX

Princípio Ativo: VENETOCLAX

Via de administração: ORAL

Posologia: escalonamento de dose até a dose de 400mg VO 1x ao dia po 14 ciclos.

Uso contínuo? Não

Duração do tratamento: 14 mês(es)

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? Não

O medicamento está inserido no SUS? Não

Oncológico? Sim

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: VENETOCLAX

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o tratamento da LLC recidivada ou refratária é limitado a esquemas de quimioimunoterapia, como a reexposição ao esquema FCR (fludarabina, ciclofosfamida e rituximabe) em pacientes jovens e fit, ou o uso de clorambucila com rituximabe em pacientes idosos ou com comorbidades.
Na Saúde Suplementar, o venetoclax possui cobertura obrigatória conforme o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (Diretriz de Utilização nº 146). A cobertura abrange o tratamento de pacientes adultos com LLC que apresentam falha a pelo menos uma linha de tratamento anterior, independentemente do status mutacional. O setor privado permite

a utilização de esquemas de duração fixa (VenR) ou o uso de inibidores de BTK (ibrutinibe, acalabrutinibe), oferecendo um controle de doença significativamente superior e perfis de toxicidade mais favoráveis em comparação à quimioterapia citotóxica disponível na rede pública.

Existe Genérico? Não

Existe Similar? Não

Custo da Tecnologia

Tecnologia: VENETOCLAX

Laboratório: ABBVIE FARMACÊUTICA LTDA.

Marca Comercial: VENCLEXTA

Apresentação: 100 MG COM REV CT FR PLAS OPC X 120

Preço de Fábrica: 40.097,95

Preço Máximo de Venda ao Governo: 31.464,86

Preço Máximo ao Consumidor: 53.789,97

Custo da Tecnologia - Tratamento Mensal

Tecnologia: VENETOCLAX

Dose Diária Recomendada: 400 mg

Preço Máximo de Venda ao Governo: 31.464,86

Preço Máximo ao Consumidor: 53.789,97

Fonte do custo da tecnologia: Custo anual estimado: R$ 377.578,32

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: VENETOCLAX

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A Leucemia Linfocítica crônica é uma neoplasia que acomete os linfócitos B anômalos. Os pacientes apresentam Anemia, febre, perda de peso, sudorese, infecções de repetição e falência medular.
Os pacientes que apresentam doença recidivada após o tratamento com quimioterapia e inibidores de BTK apresentam poucas opções terapêuticas disponíveis.
A associação de anticorpo monoclonal antiCD20 com inibidores de BCL2 é uma opção aprovada para essa condição clínica em todos os protocolos nacionais e internacionais, com taxas de resposta global acima de 80%

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: O estudo pivotal MURANO, ensaio clínico randomizado de fase III, comparou venetoclax associado ao rituximabe versus

bendamustina associada ao rituximabe em pacientes com LLC recidivada ou refratária. Os resultados demonstraram superioridade significativa do esquema com venetoclax em termos de sobrevida livre de progressão, com redução substancial do risco de progressão ou morte.
Além disso, o regime com venetoclax mostrou maior taxa de negativação de doença residual mínima, um marcador prognóstico importante associado a melhores desfechos a longo prazo.
A estratégia de tratamento por tempo fixo (24 meses) também representa vantagem clínica relevante, permitindo interrupção planejada do tratamento, diferentemente de terapias contínuas.
Revisões sistemáticas e diretrizes internacionais, como as do NCCN e ESMO, passaram a recomendar o venetoclax em combinação com anticorpos monoclonais como uma das principais opções terapêuticas para LLC recidivada ou de alto risco, consolidando seu papel como terapia padrão em diversos cenários clínicos.
Até o presente momento, o venetoclax não foi incorporado ao Sistema Único de Saúde para o tratamento da leucemia linfocítica crônica, não havendo recomendação favorável vigente da CONITEC para essa indicação específica.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: VENETOCLAX

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: CONSIDERANDO o diagnóstico de Leucemia Linfocítica Crônica em paciente não elegível a quimioterapia
CONSIDERANDO que a medicação solicitada está aprovada e liberada no Brasil para essa indicação clínica
CONSIDERANDO que a combinação com Acalabrutinibe está aprovada em bula para indicação clínica
CONCLUI-SE que HÁ elementos técnicos suficientes para sustentar a tecnologia pleiteada em regime de urgência, com a RESSALVA de que não há avaliação da CONITEC para o cenário clínico em tela.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Sim

Justificativa: Com risco potencial de vida

Referências bibliográficas: **Venetoclax**-**Rituximab** in Relapsed or Refractory Chronic Lymphocytic Leukemia.Seymour JF, Kipps TJ, Eichhorst B, Hillmen P, D'Rozario J, Assouline S, Owen C, Gerecitano J, Robak T, De la Serna J, Jaeger U, Cartron G, Montillo M, Humerickhouse R, Punnoose EA, Li Y, Boyer M, Humphrey K, Mobasher M, Kater AP.N Engl J Med. 2018 Mar 22;378(12):1107-1120

Venetoclax Plus **Rituximab** in Relapsed Chronic Lymphocytic Leukemia: 4-Year Results and Evaluation of Impact of Genomic Complexity and Gene Mutations From the MURANO Phase III Study.Kater AP, Wu JQ, Kipps T, Eichhorst B, Hillmen P, D'Rozario J, Assouline S, Owen C,

Robak T, de la Serna J, Jaeger U, Cartron G, Montillo M, Dubois J, Eldering E, Mellink C, Van Der Kevie-Kersemaekers AM, Kim SY, Chyla B, Punnoose E, Bolen CR, Assaf ZJ, Jiang Y, Wang J, Lefebure M, Boyer M, Humphrey K, Seymour JF.J Clin Oncol. 2020 Dec 1;38(34):4042-4054.
Enduring undetectable MRD and updated outcomes in relapsed/refractory CLL after fixed-duration **venetoclax-rituximab.**Seymour JF, Kipps TJ, Eichhorst BF, D'Rozario J, Owen CJ, Assouline S, Lamanna N, Robak T, de la Serna J, Jaeger U, Cartron G, Montillo M, Mellink C, Chyla B, Panchal A, Lu T, Wu JQ, Jiang Y, Lefebure M, Boyer M, Kater AP.Blood. 2022 Aug 25;140(8):839-850.

Fixed Duration of **Venetoclax-Rituximab** in Relapsed/Refractory Chronic Lymphocytic Leukemia Eradicates Minimal Residual Disease and Prolongs Survival: Post-Treatment Follow-Up of the MURANO Phase III Study.Kater AP, Seymour JF, Hillmen P, Eichhorst B, Langerak AW, Owen C, Verdugo M, Wu J, Punnoose EA, Jiang Y, Wang J, Boyer M, Humphrey K, Mobasher M, Kipps TJ.J Clin Oncol. 2019 Feb 1;37(4):269-277
Venetoclax-rituximab with or without bendamustine vs bendamustine-**rituximab** in relapsed/refractory follicular lymphoma.Zinzani PL, Flinn IW, Yuen SLS, Topp MS, Rusconi C, Fleury I, Le Dû K, Arthur C, Pro B, Gritti G, Crump M, Petrich A, Samineni D, Sinha A, Punnoose EA, Szafer-Glusman E, Spielewoy N, Mobasher M, Humphrey K, Kornacker M, Hiddemann W.Blood. 2020 Dec 3;136(23):2628-2637.

NatJus Responsável: Nacional

Instituição Responsável: Hospital Israelita Albert Einstein

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Nota 1: Em atenção ao Tema 6 do STF e seu 4º requisito, considera-se que uma tecnologia possui evidência científica quando está embasada em: 1) ensaios clínicos randomizados, 2) revisões sistemáticas ou 3) meta-análises. Caso não atenda a esses critérios, será considerada sem evidência científica.
Nota 2: Foi identificada documentação visando comprovar hipossuficiência financeira.
Nota 3: Foi identificada documentação comprobatória de negativa administrativa de fornecimento da tecnologia solicitada por entidade pública vinculada ao SUS.
Nota 4: Há solicitação do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para a incorporação dos medicamentos Ibrutinibe, Acalabrutinibe, Zanubrutinibe e Venetoclax no SUS para o tratamento da LLC atualmente em análise pela CONITEC.