



À

PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Assunto: Representação para instauração de procedimento investigatório acerca do descumprimento estrutural da política pública de assistência farmacêutica oncológica, da não implementação de tecnologias incorporadas ao SUS, do reiterado descumprimento de decisões judiciais e da violação massiva do direito fundamental à saúde e dos direitos humanos dos pacientes oncológicos.

A ABRALE – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, entidade sem fins lucrativos, com representação em todo território nacional, inscrita no CNPJ/MF sob o no. 05.404.321/0001-75, sediada na Rua Dr. Fernandes Coelho, 64, 13º andar, Pinheiros, CEP 05423-040, São Paulo – SP, telefone (11) 3149-5190, instituída com a finalidade de informar e oferecer suporte aos pacientes de doenças onco-hematológicas, por seus representantes legais infra-assinados, com fundamento nos artigos 127 e 129, II e III, da Constituição Federal, na Lei nº 7.347/1985, na Lei Complementar nº 75/1993, na Lei nº 8.080/1990 e demais dispositivos aplicáveis, vem, respeitosamente, apresentar a presente

REPRESENTAÇÃO

para fins de instauração de procedimento investigatório, inquérito civil público e adoção das medidas administrativas, extrajudiciais e judiciais cabíveis em face do grave cenário nacional de descumprimento estrutural da política pública de assistência farmacêutica oncológica, especialmente no que diz respeito à não implementação tempestiva de medicamentos e tecnologias incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), ao reiterado descumprimento de



decisões judiciais e à consequente violação massiva do direito fundamental à saúde, pelos fatos e fundamentos a seguir expostos.

I – DO DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 promoveu profunda transformação no sistema jurídico brasileiro ao reconhecer a saúde como direito fundamental social diretamente vinculado à dignidade da pessoa humana e ao próprio direito à vida.

O artigo 196 da Constituição Federal estabelece que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Trata-se de norma constitucional de elevada densidade jurídica, cuja eficácia não se limita à formulação abstrata de políticas públicas, mas impõe ao Estado **dever concreto de implementação** material das ações necessárias à proteção integral da saúde da população.

A jurisprudência consolidada do Supremo Tribunal Federal reconhece reiteradamente que o direito à saúde constitui prerrogativa fundamental de aplicabilidade imediata, não podendo o Estado inviabilizar seu exercício mediante omissões administrativas injustificadas.



No julgamento do RE 855.178 (Tema 793 da repercussão geral), o STF reafirmou a responsabilidade solidária dos entes federativos na garantia das ações e serviços de saúde:

RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CONSTITUCIONAL E ADMINISTRATIVO. DIREITO À SAÚDE. TRATAMENTO MÉDICO. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS. REPERCUSSÃO GERAL RECONHECIDA. REAFIRMAÇÃO DE JURISPRUDÊNCIA. O tratamento médico adequado aos necessitados se insere no rol dos deveres do Estado, porquanto responsabilidade solidária dos entes federados. O polo passivo pode ser composto por qualquer um deles, isoladamente, ou conjuntamente.

(RE 855178 RG, Relator(a): LUIZ FUX, Tribunal Pleno, julgado em 05-03-2015, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-050 DIVULG 13-03-2015 PUBLIC 16-03-2015)

No mesmo sentido, o RE 566.471 (Tema 6) consolidou entendimento segundo o qual a é dever do Estado fornecer medicamento de alto custo a portador de doença grave que não possui condições financeiras para comprá-lo.

A Constituição Federal também estabeleceu, em seus artigos 197 e 198, que as ações e serviços de saúde possuem relevância pública e devem ser organizados segundo os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A Lei nº 8.080/1990, ao regulamentar o Sistema Único de Saúde, reforçou tais diretrizes ao assegurar assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, e ao reconhecer, em seu artigo 2º, que a saúde constitui direito fundamental do ser humano, incumbindo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.



II – DA POLÍTICA DE INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA NO SUS E DO DEVER ESTATAL DE IMPLEMENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, a partir do art.19, Capítulo VII, estabelece as obrigações referentes à assistência farmacêutica e incorporação de tecnologia em saúde, e as disposições acerca da incorporação, exclusão e alteração pelo SUS de novos medicamentos.

Art. 19-Q A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

A Lei nº 12.401/2011 instituiu a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), órgão responsável pela avaliação técnico-científica das tecnologias incorporadas ao SUS.

O modelo brasileiro de incorporação tecnológica passou a observar critérios relacionados à eficácia terapêutica, segurança clínica, medicina baseada em evidências, custo-efetividade, impacto orçamentário e participação social.

A incorporação de determinada tecnologia ao SUS constitui ato administrativo complexo e qualificado, resultante de procedimento técnico-científico destinado à efetiva implementação da política pública sanitária, com prazos determinados, conforme disposto no art. 19-R da Lei 8.080 de 1990:



Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

Destacam-se os prazos estabelecidos, de 180 dias, contados a partir do protocolo do pedido, podendo ser prorrogado por 90 dias, para a incorporação, a exclusão e a alteração.

O referido artigo, em seu parágrafo 3º estabelece um regime prioritário quando se tratar de análise de medicamento relacionado à assistência com câncer.

§ 3º O procedimento referido no caput deste artigo tramitará em regime prioritário quando se tratar de análise de medicamento, de produto ou de procedimento relacionado à assistência da pessoa com câncer. (Incluído pela Lei nº 14.758, de 2023)

Uma vez concluído o processo de incorporação, surge para a Administração Pública dever jurídico concreto de disponibilização da tecnologia à população dentro dos prazos legalmente estabelecidos.

O Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, regulamentou o processo de incorporação tecnológica e estabeleceu fluxos administrativos destinados justamente a assegurar efetividade às decisões da Conitec. De tal Decreto, vale destacar que o art. 25 impõe o prazo máximo de 180 dias para que as tecnologias incorporadas sejam ofertadas.



Entretanto, apesar da formal incorporação de inúmeros medicamentos oncológicos ao SUS, verifica-se cenário reiterado de não implementação prática dessas tecnologias, mesmo após o esgotamento do prazo acima referido, impedindo que pacientes tenham acesso efetivo às terapias oficialmente aprovadas pelo próprio Estado brasileiro.

Na prática, pacientes oncológicos permanecem privados de tratamentos já incorporados ao SUS, sendo compelidos a recorrer ao Poder Judiciário para obtenção de medicamentos cuja necessidade terapêutica já foi reconhecida administrativamente.

A judicialização, nesses casos, deixa de representar situação excepcional e passa a operar como requisito informal e estrutural de acesso à assistência farmacêutica oncológica.

III – DA CRIAÇÃO DA AF-ONCO E DA RESPONSABILIDADE DA UNIÃO

A partir das diretrizes da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS e da sua regulamentação, a Portaria GM/MS nº 8.477/2025 instituiu o Componente da Assistência Farmacêutica em Oncologia (AF-Onco), reorganizando o financiamento, aquisição e distribuição de medicamentos oncológicos no Sistema Único de Saúde.

A medida buscou enfrentar problemas históricos relacionados à fragmentação da assistência farmacêutica oncológica, às desigualdades regionais de acesso, aos desabastecimentos recorrentes e à crescente judicialização.



Ao centralizar parte significativa do financiamento e da coordenação logística da assistência oncológica, a União assumiu posição ainda mais relevante na operacionalização da política pública sanitária.

Todavia, apesar da reorganização normativa promovida pela AF-Onco, persiste grave quadro de desassistência terapêutica.

Pacientes continuam enfrentando demora injustificada na disponibilização dos medicamentos incorporados, ausência de estoque, negativa administrativa de fornecimento, exigências burocráticas excessivas, descontinuidade terapêutica e necessidade reiterada de judicialização.

A persistência desse cenário demonstra grave insuficiência estrutural da política pública e evidencia descumprimento material das incorporações promovidas pela própria Administração Pública.

IV – DO DESCUMPRIMENTO SISTEMÁTICO DE DECISÕES JUDICIAIS

A situação torna-se ainda mais grave diante do reiterado descumprimento de decisões liminares e sentenças judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos oncológicos.



Considerando a decisão do Supremo Tribunal Federal referente às súmulas vinculantes 60 e 61, Tema 1.234, persiste uma lacuna crítica entre a norma e a realidade dos pacientes no Brasil.

Mesmo após determinação judicial expressa de fornecimento de medicamentos já incorporados aos SUS, pacientes permanecem submetidos a atrasos prolongados na dispensação das terapias, omissões administrativas injustificadas, sucessivos pedidos de dilação de prazo, recursos protelatórios, alegações de ausência de estoque e resistência institucional ao cumprimento das ordens judiciais.

O descumprimento reiterado das decisões judiciais sanitárias compromete não apenas a efetividade do direito fundamental à saúde, mas também a própria autoridade do Poder Judiciário e a integridade do Estado Democrático de Direito.

Além disso, a demora na efetivação das decisões judiciais possui impacto particularmente grave no contexto oncológico. O tratamento do câncer possui natureza temporalmente sensível.

A postergação do início ou da continuidade terapêutica compromete prognóstico clínico, reduz a sobrevida, agrava progressão tumoral e potencializa mortalidade evitável e o tempo constitui elemento terapêutico essencial.

O atraso estatal mata.



V – DO ESTATUTO DOS DIREITOS DO PACIENTE E DA VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS

A Lei nº 15.378/2026 — Estatuto dos Direitos do Paciente — consolidou importante marco normativo de proteção jurídica das pessoas submetidas aos serviços de saúde.

O artigo 8º da legislação assegura ao paciente o direito ao acesso a cuidados em saúde “no tempo oportuno”.

A expressão possui especial relevância em matéria oncológica, pois a tempestividade do tratamento constitui fator determinante para resposta terapêutica, controle da progressão tumoral e redução da mortalidade.

Mais grave ainda é o disposto no artigo 24 da referida legislação:

“A violação dos direitos do paciente dispostos nesta Lei caracteriza-se como situação contrária aos direitos humanos.”

O legislador brasileiro reconheceu expressamente que a negativa ou demora indevida no acesso à saúde ultrapassa a esfera da mera irregularidade administrativa e assume dimensão de violação de direitos humanos.

Nesse contexto, a omissão estatal em implementar tecnologias incorporadas ao SUS, associada ao reiterado descumprimento de decisões judiciais, caracteriza situação de grave violação massiva aos direitos humanos dos pacientes oncológicos.



VI – DA DIMENSÃO COLETIVA, DIFUSA E ESTRUTURAL DA LESÃO

O cenário descrito não se limita a casos individuais isolados, tratando-se de falha estrutural, reiterada e nacionalmente disseminada, que atinge número indeterminado de pacientes usuários do Sistema Único de Saúde em todo o território nacional.

A necessidade sistemática de judicialização para obtenção de medicamentos já incorporados ao SUS evidencia a problemas estruturais da assistência farmacêutica oncológica, insuficiência de governança administrativa, falha na execução da política pública sanitária e transferência indevida aos pacientes do ônus decorrente da ineficiência estatal, inclusive prolongando o tempo de acesso ao medicamento e atrasando o início do tratamento.

Em oncologia, é fundamental o tratamento adequado em tempo hábil

A situação produz inequívoca lesão a direitos difusos, diante do impacto generalizado sobre a coletividade de usuários do SUS, a direitos coletivos em sentido estrito, diante da afetação do grupo social dos pacientes oncológicos e a direitos individuais homogêneos decorrentes de origem comum relacionada à omissão estatal na implementação das incorporações tecnológicas.

A atuação do Ministério Público Federal revela-se, portanto, plenamente legítima e necessária diante da relevância constitucional, social e humanitária da matéria.



VII – DA NECESSIDADE DE INVESTIGAÇÃO E ATUAÇÃO ESTRUTURAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

A situação apresentada demanda atuação institucional ampla, coordenada e estrutural por parte do Ministério Público Federal.

Os fatos narrados indicam possível descumprimento sistemático da política pública sanitária federal, violação massiva do direito fundamental à saúde, afronta aos direitos humanos dos pacientes, ineficiência estrutural da assistência farmacêutica oncológica e comprometimento da efetividade das decisões judiciais em matéria de saúde.

Além disso, a gravidade do cenário não se limita a situações abstratas ou pontuais, mas se materializa em casos concretos de pacientes submetidos à interrupção terapêutica, agravamento clínico e risco real de morte em razão da ausência de fornecimento regular de medicamentos já incorporados às políticas públicas de saúde ou judicialmente assegurados.

A título meramente exemplificativo, destacam-se os seguintes casos concretos já judicializados perante a Justiça Federal em Sergipe:

- Processo nº 0004389-80.2025.4.05.8502, em trâmite perante a 7ª Vara Federal de Sergipe, ajuizado por [REDACTED] em face da União Federal, Estado de Sergipe e Município de Itaporanga D'Ajuda, envolvendo paciente diagnosticada com Leucemia Mieloide Crônica (CID C92.1), portadora da mutação T315I e em falha terapêutica após utilização de inibidores de segunda geração, necessitando do medicamento PONATINIBE, incorporado ao SUS pela

Portaria SCTIE/MS nº 6, de 31 de janeiro de 2025. Apesar da incorporação formal da tecnologia pela CONITEC, o medicamento permanece indisponível na rede CACON/UNACON, circunstância que levou ao deferimento de tutela de urgência em 27/09/2025, posteriormente confirmada por sentença de procedência em 28/02/2026. Ainda assim, o cumprimento da decisão judicial segue pendente, havendo sucessivas intimações judiciais para fornecimento da medicação;

- Processo nº 0005550-97.2026.4.05.8500, em trâmite perante a 3ª Vara Federal de Sergipe, ajuizado por ██████████ em face da União Federal e Estado de Sergipe, referente à paciente acometida por Leucemia Linfoblástica Aguda de linhagem B (LLA-B), em quadro de recidiva hematológica agressiva após tratamento quimioterápico intensivo, necessitando do medicamento BLINATUMOMABE, terapia reconhecida internacionalmente para casos refratários e de doença residual mensurável positiva. Embora deferida tutela de urgência para fornecimento do medicamento no prazo de 15 dias, houve descumprimento reiterado da decisão judicial, inclusive após intimação pessoal da União, sendo posteriormente informado nos autos que a aquisição dependeria de procedimento licitatório estimado em aproximadamente 120 dias, incompatível com a urgência clínica e o risco concreto de progressão da doença;
- Processo nº 0001795-65.2026.4.05.8500, em trâmite perante a 3ª Vara Federal de Sergipe, ajuizado por ██████████ em face da União Federal e Estado de Sergipe, envolvendo paciente diagnosticado com Linfoma de Hodgkin refratário (CID C81), após falha terapêutica em primeira e segunda linhas de tratamento com esquemas ABVD e DHAP, necessitando do medicamento BRENTUXIMABE VEDOTINA (ADCETRIS). A tutela de urgência foi deferida em 02/03/2026, com determinação de fornecimento da medicação no prazo de 15 dias. Diante do descumprimento, houve determinação de intimação pessoal da União e fixação de multa diária, permanecendo, contudo, sem comprovação efetiva de fornecimento do tratamento;
- Processo nº 0006208-24.2026.4.05.8500, em trâmite perante a 1ª Vara Federal de Sergipe, ajuizado por ██████████ em face da União Federal e Estado de Sergipe, referente a paciente acometido por Leucemia Linfoblástica Aguda



de linhagem B (CID C91.0), neoplasia hematológica extremamente agressiva, necessitando do medicamento BLINATUMOMABE. Em 09/04/2026 foi deferida tutela de urgência determinando o fornecimento do fármaco no prazo de 30 dias, com determinação de ressarcimento administrativo pela União ao Estado de Sergipe. Apesar da urgência clínica reconhecida judicialmente, não houve movimentação posterior demonstrando o efetivo cumprimento da decisão.

Outro destaque necessário é referente à ação judicial Processo nº 5000077-58.2026.4.03.6703 em trâmite no 6º Núcleo de Justiça 4.0 - Saúde, do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (São Paulo), ajuizado por Larissa de Castro Amorim em face da União Federal para o acesso ao medicamento Blinatumomabe. A Autora foi diagnosticada com Leucemia Mielóide Crônica (LMC) em janeiro de 2002 e em julho de 2025, a doença evoluiu para uma crise blástica linfóide B (LLA Ph1+). A Ação foi distribuída em janeiro de 2026, seu primeiro pedido liminar foi negado e a sentença foi de improcedência. A Autora recorreu da decisão e obteve tutela de urgência recursal para o fornecimento urgente da medicação. A União foi intimada em 16 de março de 2026, a liminar não foi cumprida e a Autora faleceu em 14 de maio de 2026.

Os casos acima demonstram que a problemática possui caráter estrutural, reiterado e nacional, ultrapassando situações individuais isoladas. Verifica-se a existência de pacientes acometidos por neoplasias hematológicas graves, em risco concreto de progressão da doença e morte, submetidos à judicialização reiterada para obtenção de medicamentos já incorporados ao SUS e amplamente reconhecidos como terapias indispensáveis, bem como ao descumprimento continuado de decisões judiciais já proferidas.



Importa destacar, ainda, que há relatos semelhantes em diversos outros estados da Federação, evidenciando possível falha sistêmica na operacionalização da política pública federal de assistência farmacêutica oncológica, especialmente no âmbito da disponibilização de medicamentos de alto custo destinados ao tratamento onco-hematológico.

Tal contexto evidencia a necessidade de atuação estrutural, articulada e fiscalizatória do Ministério Público Federal, especialmente diante da possível existência de falhas sistêmicas na implementação das incorporações tecnológicas promovidas pela CONITEC, da ausência de efetividade prática das políticas públicas já instituídas e do comprometimento concreto do direito fundamental à saúde e à vida dos pacientes.

Além disso, os elementos apresentados sugerem possível ocorrência de falhas sistêmicas de governança, desorganização logística, insuficiência de planejamento administrativo, omissões institucionais reiteradas e eventual desvio de finalidade na implementação da política pública de assistência farmacêutica oncológica.

Diante da gravidade do cenário, mostra-se necessária a instauração de procedimento investigatório destinado à apuração do efetivo cumprimento das incorporações tecnológicas promovidas pela Conitec, dos prazos reais de disponibilização dos medicamentos incorporados, do número de demandas judiciais relacionadas a medicamentos já incorporados, dos episódios de descumprimento de decisões judiciais, da existência de desabastecimentos estruturais, dos impactos da omissão administrativa sobre a mortalidade e continuidade terapêutica dos pacientes oncológicos, e da eventual responsabilidade administrativa dos agentes públicos envolvidos.



Em relação às condições oncológicas que acometem os pacientes citados anteriormente, a título de exemplificação, é fundamental realizar apontamentos sobre os sintomas, o que são as doenças e por qual razão é fundamental que os pacientes tenham acesso aos medicamentos em tempo hábil.

A) Leucemia Mieloide Aguda (LMA)

A Leucemia Mieloide Aguda (LMA) é uma neoplasia hematológica agressiva, caracterizada pela proliferação clonal e descontrolada de células mieloides imaturas (blastos) na medula óssea e no sangue periférico, comprometendo rapidamente a produção normal de células sanguíneas e levando a quadros graves de anemia, infecções recorrentes, hemorragias e falência orgânica.

Trata-se de uma emergência onco-hematológica cujo prognóstico está diretamente relacionado à precocidade do diagnóstico e ao início imediato do tratamento especializado. Diferentemente de outras leucemias de curso mais indolente, a LMA apresenta progressão rápida, exigindo resposta terapêutica em prazo extremamente reduzido, muitas vezes em questão de horas ou poucos dias, sob risco concreto de agravamento clínico irreversível e óbito.

No Brasil, a relevância epidemiológica da doença é expressiva. Segundo estudo do Observatório de Oncologia (2020)¹, sobre tendências da mortalidade por leucemia no país,

¹ Disponível em:

https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/cancer-de-sangue/leucemias/2020/mortalidade_leucemias/



entre 2008 e 2017 foram registrados 63.452 óbitos por leucemia, sendo a Leucemia Mieloide Aguda o subtipo mais frequente, responsável por 36% de todos os óbitos, consolidando-se como a principal causa de morte por leucemia entre pacientes adultos.

No período analisado, os óbitos por LMA aumentaram aproximadamente 23%, passando de 1.996 em 2008 para 2.462 em 2017, com crescimento médio anual de 0,8% na taxa de mortalidade ajustada por idade. Entre a população com 50 anos ou mais — justamente a faixa mais acometida pela doença — observou-se crescimento médio de 1,5% ao ano na mortalidade, evidenciando importante fragilidade na capacidade do sistema de saúde em responder adequadamente às necessidades desses pacientes.

O cenário assistencial também demonstra desafios estruturais significativos. Dados do panorama da atenção à Leucemia Mieloide Aguda no SUS, realizado pelo Observatório de Oncologia (2023), indicam que, entre 2018 e 2022, foram registrados 56.692 procedimentos ambulatoriais relacionados à doença, além de 45.304 internações hospitalares, com média de permanência de onze dias e taxa de mortalidade hospitalar de 9%.

Embora 9.292 pacientes tenham iniciado tratamento em até 24 horas, foram identificados 85 pacientes que iniciaram tratamento apenas após 60 dias, atraso absolutamente incompatível com a natureza aguda da doença e potencialmente determinante para piores desfechos clínicos. Cumpre destacar que, nos termos da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que assegura ao paciente com neoplasia maligna comprovada o direito ao início do primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados a partir da assinatura do diagnóstico em laudo



patológico, os casos em questão já configuram hipótese de descumprimento do prazo legalmente estabelecido, caracterizando violação objetiva à garantia de acesso oportuno à assistência oncológica e comprometendo a efetividade do direito fundamental à saúde e à vida dos pacientes envolvidos.

A literatura científica e os próprios dados do SUS demonstram que a idade avançada constitui importante fator prognóstico desfavorável, mas também evidenciam que o acesso rápido ao diagnóstico molecular, à definição do subtipo da doença e à instituição tempestiva do tratamento adequado são fatores decisivos para aumento da sobrevida. Nesse contexto, exames como mielograma, imunofenotipagem, análise citogenética e testes moleculares não representam etapas acessórias, mas componentes indispensáveis da assistência integral, pois orientam terapias específicas e definem elegibilidade para estratégias avançadas, como transplante de medula óssea e terapias-alvo.

Diante desse cenário, resta evidente que qualquer atraso administrativo, burocrático ou logístico na disponibilização de medicamentos incorporados, na pactuação de fluxos assistenciais ou na organização da rede especializada compromete diretamente o direito à saúde e à vida dos pacientes acometidos por LMA.

A crescente mortalidade observada, especialmente entre adultos e idosos, associada à comprovada urgência terapêutica da doença, impõe ao poder público o dever de adotar medidas imediatas para fortalecer a rede onco-hematológica, assegurar acesso oportuno ao diagnóstico especializado, reduzir tempos de espera e garantir fornecimento contínuo e tempestivo das tecnologias já incorporadas ao SUS.



Trata-se de medida não apenas sanitária, mas de estrita observância aos princípios constitucionais da integralidade, universalidade e efetividade do direito fundamental à saúde.

B) Leucemia Mieloide Crônica (LMC)

A Leucemia Mieloide Crônica (LMC), classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma neoplasia mieloproliferativa crônica, constitui doença hematológica maligna caracterizada pela proliferação descontrolada de células mieloides na medula óssea, resultando em produção excessiva de leucócitos e comprometimento progressivo da hematopoiese normal.

Trata-se de enfermidade associada, em regra, à presença do cromossomo Philadelphia (Ph), decorrente da translocação genética entre os cromossomos 9 e 22, responsável pela formação do gene de fusão BCR-ABL, cuja atividade tirosina quinase aberrante impulsiona o crescimento tumoral.

Embora apresente evolução inicialmente lenta e muitos pacientes possam permanecer assintomáticos por longos períodos, a LMC é uma doença potencialmente fatal quando não diagnosticada, monitorada ou tratada adequadamente, podendo evoluir para fases mais agressivas, como a fase acelerada e crise blástica, com drástica redução da sobrevida e necessidade de intervenções de maior complexidade, como transplante de células-tronco hematopoéticas.



No Brasil, a LMC representa aproximadamente 15% de todas as leucemias em adultos, com estimativa de cerca de 1.620 novos casos anuais, considerando os dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Dados nacionais do SUS demonstram a expressiva relevância epidemiológica da enfermidade: entre 2009 e 2018, a LMC correspondeu a 50% dos pacientes atendidos em nível ambulatorial por leucemias e a 61% das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) relacionadas ao tratamento dessas doenças, evidenciando tratar-se do subtipo de leucemia com maior demanda assistencial no sistema público.

A transformação do prognóstico da LMC ocorreu com a introdução dos inibidores de tirosina quinase (ITQs), especialmente a partir do uso do imatinibe, incorporado ao SUS inicialmente em segunda linha em 2001 e posteriormente ampliado para primeira linha, esses medicamentos revolucionaram o tratamento ao converter uma doença antes fatal em uma condição crônica controlável, proporcionando aos pacientes significativa ampliação da sobrevida e melhora substancial da qualidade de vida, sendo frequentemente descritos na literatura como responsáveis por uma verdadeira “cura funcional”, desde que utilizados de forma contínua e adequadamente monitorada.

Os dados nacionais confirmam esse impacto terapêutico, entre 2008 e 2017, houve redução de aproximadamente 19% no número absoluto de óbitos por LMC no Brasil, passando de 521 para 423 óbitos anuais, com redução média da taxa de mortalidade ajustada por idade de 3,2% ao ano.



Tal cenário reforça a relação direta entre acesso ao tratamento adequado e redução da mortalidade, demonstrando que a manutenção da assistência integral é elemento indispensável à preservação da vida e da saúde desses pacientes.

Todavia, o sucesso terapêutico na LMC não depende exclusivamente da disponibilização dos medicamentos, o monitoramento molecular contínuo, por meio do exame de RT-PCR quantitativo para detecção e quantificação do gene BCR-ABL, constitui requisito clínico indispensável para avaliar resposta terapêutica, detectar falhas precoces, identificar resistência medicamentosa e orientar mudanças oportunas no tratamento.

O exame de PCR quantitativo é considerado o padrão ouro para acompanhamento da LMC, possuindo altíssima sensibilidade diagnóstica, capaz de identificar uma célula leucêmica entre até um milhão de células normais, sendo que as diretrizes clínicas recomendam sua realização a cada três meses nos primeiros anos de tratamento, podendo ser espaçado para intervalos semestrais apenas após resposta molecular sustentada.

Apesar de sua importância clínica inequívoca e de sua previsão nos protocolos oficiais do Ministério da Saúde, com incorporação pela Portaria nº 57, de 18 de novembro de 2019, verifica-se grave deficiência estrutural em sua oferta no SUS. Um levantamento nacional realizado pela Abrale identificou que 36% dos pacientes com LMC tratados no sistema público enfrentam dificuldades para realizar o exame, sendo que 50% relataram indisponibilidade do teste em seu centro de tratamento, enquanto 40% apontaram limitação de cotas para sua realização.



Entre os pacientes afetados, 36% precisaram custear o exame com recursos próprios, em evidente afronta aos princípios da universalidade, integralidade e equidade que regem o Sistema Único de Saúde.

Adicionalmente, investigação conduzida nos dez principais centros de tratamento de LMC do país revelou que nenhuma instituição contava com financiamento público estruturado e regular para realização do PCR, sendo o custeio sustentado por recursos institucionais próprios ou apoio da indústria farmacêutica, evidenciando falha sistêmica de financiamento decorrente, entre outros fatores, da ausência de código específico de ressarcimento do procedimento na tabela SUS.

Essa lacuna assistencial compromete diretamente a segurança clínica dos pacientes. Dados mostram que 18% dos pacientes realizam o exame apenas uma vez ao ano, e 6% apenas a cada dois anos ou mais, periodicidade incompatível com os parâmetros técnicos recomendados e capaz de resultar em perda de resposta terapêutica não detectada, progressão silenciosa da doença e evolução para fases agudas potencialmente fatais².

Importa destacar que, embora o transplante de células-tronco hematopoéticas permaneça como alternativa terapêutica para casos refratários ou avançados, trata-se de procedimento de alta complexidade, elevado custo e maior morbidade, entre 2009 e 2018, apenas 13% dos transplantes realizados em pacientes com leucemia no Brasil foram

² Disponível em:

<https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/tratamento-em-oncologia/2019/pcr-o-cenario-brasileir-o-deste-importante-aliado-no-tratamento-da-leucemia-mieloide-cronica/>



destinados a pacientes com LMC³, o que reforça a centralidade do tratamento medicamentoso contínuo e do monitoramento laboratorial como estratégia prioritária de cuidado.

Diante desse cenário, resta inequívoco que a garantia do acesso integral aos medicamentos inibidores de tirosina quinase, aos exames diagnósticos especializados, incluindo hemograma, mielograma, citogenética, FISH e, especialmente, RT-PCR quantitativo para BCR-ABL, e ao acompanhamento especializado por equipe hematológica constitui obrigação sanitária essencial do Estado.

A insuficiência ou irregularidade na oferta desses componentes assistenciais configura grave violação ao direito fundamental à saúde, previsto nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal, bem como afronta aos princípios da integralidade da assistência e da continuidade do cuidado previstos na Lei nº 8.080/1990.

C) Leucemia Linfóide Aguda (LLA)

Com fundamento nos dados epidemiológicos e assistenciais disponíveis no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como na literatura técnico-científica especializada, verifica-se que a Leucemia Linfóide Aguda (LLA) constitui grave problema de saúde pública, especialmente no contexto da oncologia pediátrica, demandando atenção prioritária do

³ Disponível em:

<https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/panorama/2020/panorama-do-atendimento-ambulatorial-e-hospitalar-dos-pacientes-diagnosticados-com-leucemia-no-brasil-uma-analise-quantitativa/>



Estado quanto à garantia de acesso tempestivo, integral e qualificado ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes acometidos.

A LLA é uma neoplasia hematológica maligna caracterizada pela proliferação clonal descontrolada de linfoblastos, células linfoides imaturas geneticamente alteradas, na medula óssea, comprometendo progressivamente a hematopoiese normal e resultando em manifestações clínicas severas, como anemia, trombocitopenia, neutropenia, infecções recorrentes e sangramentos.

Trata-se do tipo de câncer mais frequente na infância, representando entre 60% e 80% das leucemias pediátricas, com maior incidência em crianças de até cinco anos de idade, conforme apontado pela Sociedade Americana de Câncer.

No Brasil, segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), são esperados anualmente cerca de 10.800 novos casos de leucemia, dos quais parcela expressiva corresponde à LLA, embora o instituto não estratifique oficialmente os dados por subtipo.

No âmbito do SUS, as leucemias constituem a principal neoplasia infantojuvenil tratada, correspondendo a aproximadamente 52% das quimioterapias oncológicas realizadas em crianças e adolescentes, entre os anos de 2012 e 2017, foram identificados 11.036 registros de tratamento de crianças e adolescentes com diagnóstico de LLA (CID-10 C91.0) nas bases de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), sendo que desses, 10.018 pacientes encontravam-se em tratamento de primeira linha, enquanto 1.018



pacientes (9%) evoluíram com recidiva, exigindo terapias subsequentes. Foram registrados ainda 1.066 óbitos (10% do total), sendo 73% ocorridos ainda na primeira linha terapêutica.

A principal estratégia terapêutica para LLA consiste em poliquimioterapia intensiva e prolongada, estruturada em diferentes fases (indução, consolidação, intensificação e manutenção), frequentemente associada à profilaxia do sistema nervoso central por quimioterapia intratecal e, em casos selecionados de alto risco, ao transplante alogênico de células-tronco hematopoéticas (TCTH).

No Brasil, os protocolos mais utilizados são o GBTLI (Grupo Brasileiro para Tratamento da Leucemia Linfóide Aguda na Infância), o protocolo europeu BFM (Berlin-Frankfurt-Münster) e o protocolo St. Jude Total Therapy, adotado originalmente nos Estados Unidos.

Dados do SUS demonstram que, entre pacientes tratados em primeira linha, 39% utilizaram o protocolo GBTLI, 29% o protocolo BFM e apenas 1% o protocolo St. Jude, havendo ainda importante percentual de registros sem adequada identificação do protocolo terapêutico.

Os desfechos observados revelam diferenças relevantes entre os protocolos empregados. As taxas de óbito em primeira linha foram de 6% para pacientes tratados sob protocolo BFM, comparativamente a 9% nos protocolos GBTLI e St. Jude, e 11% entre outros protocolos, sugerindo potencial impacto da padronização terapêutica e da adesão a protocolos de maior efetividade sobre a sobrevivência dos pacientes.



Ressalte-se que, historicamente, os avanços promovidos pelo Grupo Brasileiro para Tratamento da LLA já permitiram elevar a sobrevida global no país de aproximadamente 50% na década de 1980 para cerca de 70% ao final daquela década, ainda que os resultados nacionais permaneçam inferiores aos observados em centros internacionais de excelência, onde a sobrevida em crianças supera 85% a 90%.

Sob o ponto de vista diagnóstico, a LLA exige estrutura laboratorial especializada e acesso célere a exames essenciais para definição prognóstica e terapêutica, incluindo hemograma completo, mielograma, imunofenotipagem por citometria de fluxo, cariótipo, FISH, PCR para alterações moleculares e avaliação de doença residual mínima (DRM).

A estratificação molecular é particularmente relevante diante da existência de subtipos de alto risco, como a LLA cromossomo Filadélfia positivo (Ph+), associada à translocação t(9;22), cujo tratamento demanda terapias-alvo específicas, como os inibidores de tirosina quinase. A ausência ou atraso desses exames compromete diretamente a definição do tratamento adequado e o prognóstico do paciente.

Além disso, os dados nacionais demonstram fragilidades estruturais importantes no monitoramento da doença, foram identificadas 5.215 formas distintas de preenchimento do campo “protocolo de tratamento” nas Autorização de Procedimento Ambulatorial ou Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APACs), com registros inconsistentes, abreviações indevidas e descrições incompatíveis com protocolos pediátricos de LLA, comprometendo a rastreabilidade terapêutica e a avaliação de resultados em saúde, tal



cenário evidencia deficiência sistêmica na governança da informação assistencial e dificulta a formulação de políticas públicas baseadas em evidências.

No panorama mais amplo do atendimento às leucemias no SUS, entre 2009 e 2018 foram atendidos 72.682 pacientes em nível ambulatorial e 80.860 em ambiente hospitalar, com crescimento progressivo da demanda assistencial, no ambiente hospitalar, a LLA correspondeu a 43% dos pacientes/ano e 53% das internações, consolidando-se como o principal subtipo de leucemia associado à necessidade de hospitalização. No mesmo período, registraram-se 4.857 internações para transplante de células-tronco hematopoéticas, das quais 29% ocorreram em pacientes com LLA, reforçando o caráter complexo e potencialmente letal da doença.

Embora tenha havido redução da mortalidade hospitalar geral por leucemias e melhoria dos resultados relacionados ao transplante, os dados de mortalidade por LLA no Brasil permanecem estáveis, sem tendência significativa de queda entre 2008 e 2017, foram registrados entre 1.051 e 1.189 óbitos anuais por LLA, sem redução estatisticamente relevante nas taxas ajustadas por idade, o que sugere persistência de barreiras estruturais relacionadas ao diagnóstico oportuno, à uniformidade do tratamento e ao acesso equitativo às tecnologias terapêuticas disponíveis.

Diante desse cenário, resta evidenciado que a Leucemia Linfóide Aguda em crianças e adolescentes configura condição clínica de elevada gravidade, alta complexidade terapêutica e significativa vulnerabilidade assistencial no SUS, impondo ao Poder Público o dever jurídico e constitucional de assegurar integralidade do cuidado, em conformidade com



os princípios da universalidade, da equidade e da máxima efetividade do direito fundamental à saúde, previstos nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal.

A garantia de acesso tempestivo a diagnóstico especializado, protocolos terapêuticos atualizados, terapias de suporte, monitoramento de doença residual mínima e, quando indicado, transplante de células-tronco hematopoéticas, constitui medida indispensável à preservação da vida, à redução da morbimortalidade e à concretização da proteção integral de crianças e adolescentes assegurada pelo ordenamento jurídico brasileiro.

Portanto, de acordo com as pesquisas apontadas, as medicações são imprescindíveis para o tratamento, não sendo meras tentativas. Os dados demonstram a eficiência dos tratamentos, tanto que foram devidamente incorporados pela Conitec, contudo, não estão sendo fornecidos. Ainda que com a incorporação, o paciente não consegue acessar o melhor tratamento.

Ressalta-se que o acesso às medicações são indispensáveis para a sobrevivência do paciente, a garantia do melhor atendimento ao paciente e em tempo hábil são direitos humanos, conforme definido pelo Estatuto do Paciente.

Outrossim, o fornecimento de tais medicações tem efeitos além do próprio tratamento oncológico do paciente, alcançando sua esfera pessoal, bem como de seus familiares e pessoas próximas oferecendo esperança, elemento igualmente importante para o prosseguimento do tratamento.



D) Linfoma de Hodgkin (LH)

O Linfoma de Hodgkin (LH), classificado sob o código CID-10 C81, é uma neoplasia maligna do sistema linfático caracterizada pela proliferação anormal de linfócitos, marcada histologicamente pela presença das células de Reed-Sternberg. Trata-se de enfermidade onco hematológica potencialmente grave, que acomete predominantemente adolescentes e adultos jovens, especialmente entre 15 e 35 anos⁴, embora possa ocorrer em qualquer faixa etária, apesar de sua elevada sensibilidade terapêutica e das altas taxas de cura atualmente alcançáveis, sobretudo quando diagnosticado e tratado precocemente, o atraso no acesso ao diagnóstico definitivo e ao início do tratamento compromete significativamente o prognóstico clínico, a sobrevida global e a qualidade de vida dos pacientes.

No Brasil, segundo estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), são registrados aproximadamente 2.640 novos casos anuais de Linfoma de Hodgkin, sendo a Região Sudeste responsável por parcela expressiva desses diagnósticos. Dados epidemiológicos demonstram que cerca de 98% dos pacientes relatam sintomas prévios ao diagnóstico, como linfonodomegalias persistentes (principalmente em pescoço, axilas e mediastino), febre, sudorese noturna, perda ponderal inexplicada e fadiga intensa, reforçando a necessidade de resposta assistencial célere e estruturada diante da suspeita clínica.

⁴ Disponível em:

<https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/cancer-de-sangue/linfomas/2016/a-jornada-do-paciente-com-lymfoma-de-hodgkin-no-brasil/>



O diagnóstico do LH demanda investigação especializada, incluindo exames laboratoriais, métodos de imagem, como tomografia computadorizada e PET-CT, e, indispensavelmente, biópsia excisional do linfonodo acometido, procedimento essencial para confirmação histopatológica e definição terapêutica.

Uma vez confirmado o diagnóstico, o tratamento deve ser iniciado com máxima brevidade, consistindo, em regra, em protocolos de quimioterapia, frequentemente associados à radioterapia e, em casos refratários ou recidivados, transplante autólogo de medula óssea.

Assim, ressalta-se que os casos em que pacientes com Linfoma de Hodgkin permanecem sem início de tratamento após o transcurso do referido prazo legal configura inequívoco descumprimento normativo por parte da Administração Pública, com violação direta ao direito fundamental à saúde, previsto nos artigos 6º e 196 da Constituição Federal, bem como afronta aos princípios da integralidade, universalidade e eficiência que regem o Sistema Único de Saúde.

A gravidade da omissão torna-se ainda mais evidente diante de evidências nacionais que apontam que pacientes diagnosticados em estágios avançados (III e IV) geram custo médio 34% superior ao SUS quando comparados àqueles diagnosticados e tratados precocemente, além de apresentarem piores desfechos clínicos e maior risco de mortalidade, entre 2010 e 2020, foram registrados 91.468 casos de linfomas tratados no SUS, com realização de mais de 721 mil procedimentos de alta complexidade, ao passo que, entre 2010 e 2019, contabilizaram-se 48.839 óbitos por linfomas no país, evidenciando a



magnitude do problema e a necessidade de fortalecimento da linha de cuidado onco hematológica.

Adicionalmente, levantamentos indicam que 79% dos pacientes apontam dificuldades relacionadas ao agendamento de consultas e exames como principal barreira para o início do tratamento, e que 57% necessitam se deslocar para fora de seus municípios de residência para receber assistência, fatores que agravam desigualdades de acesso e podem contribuir para o inadimplemento do prazo legal estabelecido.

Diante disso, a persistência de filas assistenciais, entraves diagnósticos e atrasos terapêuticos no cuidado de pacientes com Linfoma de Hodgkin não configura mera falha administrativa, mas potencial lesão a direitos fundamentais, passível de responsabilização institucional.

VIII – DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer-se:

- a) o recebimento da presente representação;
- b) a instauração de Inquérito Civil Público, Procedimento Administrativo ou outro procedimento investigatório cabível para apuração dos fatos narrados;
- c) a requisição de informações ao Ministério da Saúde acerca dos medicamentos oncológicos incorporados ao SUS e ainda não efetivamente



disponibilizados, dos prazos de implementação das incorporações tecnológicas, dos fluxos de aquisição e distribuição relacionados à AF-Onco, dos episódios de desabastecimento e do cumprimento das decisões judiciais relacionadas à assistência farmacêutica oncológica;

d) a produção de levantamento nacional acerca da judicialização relacionada a medicamentos já incorporados ao SUS;

e) a apuração do reiterado descumprimento de decisões liminares e sentenças relacionadas ao fornecimento de medicamentos oncológicos;

f) a adoção das medidas extrajudiciais cabíveis para regularização da política pública;

g) a celebração, se cabível, de Termo de Ajustamento de Conduta;

h) caso persistam as irregularidades, o ajuizamento de Ação Civil Pública estrutural visando a implementação tempestiva das tecnologias incorporadas ao SUS, a regularização do fornecimento dos medicamentos oncológicos, a criação de mecanismos nacionais de monitoramento e transparência, a redução da judicialização compulsória, o cumprimento efetivo das decisões judiciais e a proteção coletiva dos pacientes oncológicos;

i) a adoção das demais providências administrativas, cíveis e institucionais cabíveis diante da gravidade dos fatos apresentados.



IX – CONCLUSÃO

O cenário atualmente verificado na assistência farmacêutica oncológica brasileira revela grave falha estrutural de implementação da política pública sanitária nacional.

Embora o Estado brasileiro reconheça oficialmente, por meio da Conitec, a eficácia, segurança e necessidade terapêutica de determinados medicamentos oncológicos, a Administração Pública deixa reiteradamente de garantir sua efetiva disponibilização à população no prazo legalmente estabelecido.

A consequência prática dessa omissão é a transformação da judicialização em requisito informal de acesso à saúde pública para o fornecimento de medicamento incorporados ao SUS.

Em matéria oncológica, a demora terapêutica possui impacto direto sobre progressão tumoral, agravamento clínico, perda de chance terapêutica e mortalidade evitável.

A omissão estatal, nesse contexto, não representa mera deficiência administrativa, trata-se de violação massiva ao direito fundamental à saúde, à dignidade da pessoa humana, aos princípios estruturantes do SUS, ao Estatuto dos Direitos do Paciente e aos direitos humanos dos pacientes oncológicos brasileiros.



A situação possui inequívoca dimensão coletiva, difusa e estrutural, demandando atuação firme, coordenada e prioritária do Ministério Público Federal na tutela da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

Nestes termos,

Pede deferimento.

São Paulo/ SP, 21 de maio de 2026

Luana Ferreira Lima
Gerente de Políticas Públicas e Advocacy ABRALE - OAB/MG 128.250

Pedro Mazilio Toledo
Advogado ABRALE - OAB/SP 345.647

Igor Henrique de Castro Alves
Políticas Públicas e Advocacy ABRASTA - OAB/MG 183.746



Referências:

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. Mortalidade por leucemias. 2020. Disponível em: https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/cancer-de-sangue/leucemias/2020/mortalidade_leucemias/. Acesso em: 21 maio 2025.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. Panorama da atenção de leucemia mieloide aguda no SUS. 2023. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/panorama/2023/panorama-da-atencao-de-leucemia-mieloid-e-aguda-no-sus/>. Acesso em: 21 maio 2025.

ABRALE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. Leucemia mieloide aguda (LMA): o que é. Disponível em: <https://abrale.org.br/doencas/leucemia/lma/o-que-e/>. Acesso em: 21 maio 2025.

ABRALE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. Leucemia mieloide aguda (LMA): diagnóstico. Disponível em: <https://abrale.org.br/doencas/leucemia/lma/diagnostico/>. Acesso em: 21 maio 2025.

ABRALE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. Leucemia mieloide crônica (LMC): o que é. Disponível em: <https://abrale.org.br/doencas/leucemia/lmc/o-que-e/>. Acesso em: 21 maio 2025.

ABRALE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. Leucemia mieloide crônica (LMC): epidemiologia. Disponível em: <https://abrale.org.br/doencas/leucemia/lmc/epidemiologia/>. Acesso em: 21 maio 2025.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. PCR: o cenário brasileiro deste importante aliado no tratamento da leucemia mieloide crônica. 2019. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/tratamento-em-oncologia/2019/pcr-o-cenario-brasileiro-deste-importante-aliado-no-tratamento-da-leucemia-mieloid-cronica/>. Acesso em: 21 maio 2025.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. Panorama do atendimento ambulatorial e hospitalar dos pacientes diagnosticados com leucemia no Brasil: uma análise quantitativa. 2020. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/panorama/2020/panorama-do-atendimento-ambulatorial-e-hospitalar-dos-pacientes-diagnosticados-com-leucemia-no-brasil-uma-analise-quantitativa/>. Acesso em: 21 maio 2025.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. A jornada do paciente com linfoma de Hodgkin no Brasil. 2016. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/cancer-de-sangue/linfomas/2016/a-jornada-do-paciente-com-linfoma-de-hodgkin-no-brasil/>. Acesso em: 21 maio 2025.



OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. Panorama do diagnóstico de linfomas nos pacientes do SUS: análise de dados abertos para o planejamento estratégico da saúde. 2021. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/panorama/2021/panorama-do-diagnostico-de-linfomas-nos-pacientes-do-sus-analise-de-dados-abertos-para-o-planejamento-estrategico-da-saude/>. Acesso em: 21 maio 2025.

ABRALE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. Observatório de Oncologia traça panorama dos diagnósticos de linfoma e mortalidade pela doença no SUS. Disponível em: <https://abrale.org.br/abrale-na-midia/observatorio-de-oncologia-traca-panorama-dos-diagnosticos-de-linfoma-e-mortalidade-pela-doenca-no-sus/>. Acesso em: 21 maio 2025.

ABRALE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. Linfoma de Hodgkin (LH): diagnóstico. Disponível em: <https://abrale.org.br/doencas/linfomas/lh/diagnostico/>. Acesso em: 21 maio 2025.

ABRALE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. Leucemia linfóide aguda (LLA): o que é. Disponível em: <https://abrale.org.br/doencas/leucemia/lla/o-que-e/>. Acesso em: 21 maio 2025.

ABRALE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. Leucemia linfóide aguda (LLA): tipos. Disponível em: <https://abrale.org.br/doencas/leucemia/lla/tipos/>. Acesso em: 21 maio 2025.

ABRALE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. Leucemia linfóide aguda (LLA): diagnóstico. Disponível em: <https://abrale.org.br/doencas/leucemia/lla/diagnostico/>. Acesso em: 21 maio 2025.

OBSERVATÓRIO DE ONCOLOGIA. Tratamento quimioterápico da leucemia linfóide aguda em crianças e adolescentes no SUS. 2018. Disponível em: <https://observatoriodeoncologia.com.br/estudos/outros/cancer-infantil/2018/tratamento-quimioterapico-da-leucemia-linfoide-aguda-em-criancas-e-adolescentes-no-sus/>. Acesso em: 21 maio 2025.