

NOTA TÉCNICA Nº 2477/2026 - NAT-JUS/SP

1. Identificação do solicitante

- 1.1. Solicitante: [REDACTED]
1.2. Processo nº 5000343-45.2026.4.03.6703
1.3. Data da Solicitação: 20/03/2026
1.4. Data da Resposta: 06/04/2026
1.5. Requerida: **SAÚDE PÚBLICA**

2. Paciente

- 2.1. Data de Nascimento/Idade: 30/08/1988 – 37 anos
2.2. Sexo: Masculino
2.3. Cidade/UF: Valparaíso/SP
2.4. Histórico da doença: Linfoma de Hodgkin – CID C81

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

Desde já, seguem os quesitos apresentados pelo magistrado, já que o formulário veio previamente preenchido pela parte:

1. Caso o medicamento seja incorporado, a parte autora se enquadra integralmente na hipótese de incorporação? **Prejudicado. Não identifiquei incorporação específica do pembrolizumabe para linfoma de Hodgkin clássico recidivado/refratário no SUS; a incorporação documentada no PCDT do linfoma de Hodgkin é do brentuximabe vedotina após TMO autólogo**
2. Caso haja manifestação contrária da CONITEC para incorporação, a parte autora apresentou evidências científicas de alto nível decorrentes de estudos posteriores à avaliação pelo órgão? **Nas fontes oficiais consultadas, decisão específica da CONITEC de não incorporação do pembrolizumabe para linfoma de Hodgkin. Ainda assim, há evidência de alto nível com o KEYNOTE-204, estudo fase III randomizado, mostrando benefício de PFS do pembrolizumabe nesse cenário.**
3. A parte autora esgotou todo o PCDT? **Esgotou todas as alternativas disponíveis no SUS? Em essência, sim. O paciente já recebeu ABVD, ICE, GDP, TMO autólogo e brentuximabe, que contemplam as principais estratégias de resgate e pós-transplante previstas no manejo do Hodgkin recidivado/refratário no SUS.**
4. Quais são todas as indicações terapêuticas aprovadas pela ANVISA para o medicamento pretendido? **O pembrolizumabe (Keytruda®) tem múltiplas indicações aprovadas no Brasil, incluindo: melanoma; câncer de pulmão de células não pequenas; mesotelioma pleural**

maligno; carcinoma urotelial; câncer gástrico e da junção gastroesofágica; linfoma de Hodgkin clássico; linfoma B primário do mediastino; carcinoma de células renais; câncer de cabeça e pescoço; câncer de esôfago e da junção gastroesofágica; tumores MSI-H/dMMR; câncer de endométrio; câncer de mama triplo-negativo; câncer do colo do útero; câncer do trato biliar; carcinoma cutâneo espinocelular; tumores TMB-H; câncer de ovário resistente à platina, além de combinações e cenários adjuvantes/neoadjuvantes específicos descritos em bula.

5. A indicação específica para [CID da parte autora] consta como uso aprovado/autorizado pela ANVISA para o medicamento pleiteado? **Sim.** A bula/Anvisa contempla **linfoma de Hodgkin clássico recidivado ou refratário em adultos.**

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

7. Existem ensaios clínicos randomizados de qualidade metodológica adequada (Fase III, duplo-cego, controlados) que demonstrem a eficácia e segurança do medicamento especificamente para o quadro da parte autora? **Sim, parcialmente.** Há o **KEYNOTE-204**, estudo **fase III randomizado e controlado** contra brentuximabe vedotina, demonstrando eficácia no Hodgkin clássico recidivado/refratário; contudo, ele foi **aberto**, e não duplo-cego.

8. Os estudos disponíveis demonstram:

a) Superioridade em relação às opções disponíveis no SUS? **Sim.** O **KEYNOTE-204** mostrou superioridade do pembrolizumabe em **PFS** em relação ao **brentuximabe vedotina**, que é a opção incorporada no SUS após TMO autólogo.

b) Ganho de sobrevida global estatisticamente significativo? **Não de forma robusta/conclusiva nas análises principais publicadas.** O benefício mais consistente foi em **PFS** e resposta.

c) Ganho de sobrevida livre de progressão? **Sim.** O pembrolizumabe mostrou **ganho estatisticamente significativo de PFS** versus brentuximabe vedotina.

d) Melhora de qualidade de vida mensurável? **Sim.** Houve melhora de desfechos relatados pelos pacientes e de medidas de qualidade de vida no estudo comparativo.

9. O esquema proposto está em conformidade com:

a) Protocolos internacionais reconhecidos? **Sim**

b) Bula aprovada pela ANVISA? **Sim**

c) Literatura científica de qualidade? **Sim**

10. Qual a taxa de sobrevida global do medicamento pretendido em relação aos demais tratamentos disponíveis no SUS? **Não há taxa comparativa única e conclusiva de sobrevida global frente a todas as opções do SUS.** A evidência comparativa mais robusta mostra vantagem em **PFS**, não em OS madura e estatisticamente consolidada, frente ao brentuximabe vedotina.

11. Qual a taxa de sobrevida global do medicamento em relação aos demais tratamentos já realizados pela parte autora? **Não há comparação direta de OS contra ABVD, ICE, GDP, TMO e brentuximabe na mesma sequência terapêutica individual do autor. O que a evidência demonstra é que, após falha dessas estratégias, o pembrolizumabe mantém taxas de resposta em torno de 69% e melhora de PFS no cenário recidivado/refratário.**

4. Descrição da Tecnologia

4.1. Tipo da tecnologia: **MEDICAMENTO**

Medicamento	Princípio Ativo	Registro na ANVISA	Disponível no SUS?	Opções disponíveis no SUS / Informações sobre o financiamento	Existe Genérico ou Similar?
PEMBROLIZUMABE 100mg – 2 ampolas a cada 21 dias durante 2 anos	Pembrolizumabe	1017102090017	NÃO	Tratamento cirúrgico, quimioterapia, cirurgia de resgate na recidiva tumoral	NÃO

Medicamento	Marca Comercial	Laboratório	Apresentação	PMVG	Dose	Custo Anual*
PEMBROLIZUMABE	KEYTRUDA	MERCK SHARP & DOHME FARMACEUTICA LTDA.	100 MG/ 4 ML SOL DIL INFUS CT FA VD TRANS X 4 ML	R\$ 13117,71	02 ampolas a cada 21 dias, por 2 nos	R\$ 472.237,56
CUSTO TOTAL ANUAL - PREÇO MÁXIMO DE VENDA AO GOVERNO				R\$ 472.237,56		

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

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

4.3. Recomendações da CONITEC: O pembrolizumabe não está incorporado ao SUS para linfoma de Hodgkin até o momento.

() RECOMENDADO (X) NÃO RECOMENDADO () NÃO AVALIADO

5. Discussão

5.1. Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia

O linfoma de Hodgkin clássico apresenta forte racional biológico para bloqueio de PD-1, porque as células de Reed-Sternberg frequentemente exibem amplificação do locus 9p24.1, com conseqüente superexpressão de PD-L1/PD-L2, favorecendo escape imunológico. Por isso, o pembrolizumabe, anticorpo monoclonal anti-PD-1, tornou-se uma das principais terapias para doença recidivada ou refratária, especialmente após transplante autólogo e exposição prévia a brentuximabe vedotina. Além disso, a bula brasileira do pembrolizumabe já contempla linfoma de Hodgkin clássico recidivado ou refratário em adultos, o que reforça a adequação regulatória da indicação.

A principal evidência inicial para essa indicação vem do estudo KEYNOTE-087, ensaio clínico fase II, multicêntrico, aberto, de braço único, publicado no Journal of Clinical Oncology. O estudo incluiu 210 pacientes com linfoma de Hodgkin clássico recidivado/refratário, distribuídos em três coortes clinicamente relevantes: pacientes que recidivaram após transplante autólogo e brentuximabe; pacientes inelegíveis a transplante e previamente expostos a brentuximabe; e pacientes que recidivaram após transplante autólogo sem necessidade de exposição prévia obrigatória ao brentuximabe. A taxa de resposta global foi de 69%, com respostas por coorte de 73,9%, 64,2% e 70,0%, respectivamente. A taxa de resposta completa foi de aproximadamente 22%, e um número substancial de pacientes manteve resposta por pelo menos 6 meses. Esses dados mostram atividade antitumoral consistente em cenário de doença fortemente tratada, muito semelhante ao caso em análise. A principal limitação metodológica do KEYNOTE-087 é a ausência de braço comparador, o que impede comparação direta com outras estratégias de resgate.

O seguimento de longo prazo do KEYNOTE-087, publicado posteriormente, demonstrou que o pembrolizumabe pode produzir respostas duráveis em uma parcela dos pacientes com linfoma de Hodgkin clássico recidivado/refratário, inclusive com possibilidade de nova resposta após reintrodução do fármaco em alguns casos. Esse dado é particularmente relevante no presente caso, porque a paciente já iniciou pembrolizumabe e o tratamento foi interrompido por falta de fornecimento, e não por toxicidade ou falha inequívoca documentada. Assim, a literatura sustenta que a continuidade ou reintrodução do medicamento pode manter plausibilidade clínica em pacientes previamente respondedores ou com benefício interrompido por motivo não médico.

A evidência comparativa de maior peso vem do estudo KEYNOTE-204, ensaio fase III, randomizado, aberto, que comparou pembrolizumabe versus brentuximabe vedotina em pacientes com linfoma de Hodgkin clássico recidivado/refratário que haviam recaído após transplante autólogo ou eram inelegíveis para transplante. O estudo demonstrou

melhora estatisticamente significativa e clinicamente relevante da sobrevida livre de progressão com pembrolizumabe em relação ao brentuximabe vedotina, levando os autores a concluir que o pembrolizumabe se configura como opção preferencial nesse cenário. Esse ponto é altamente aplicável ao caso concreto, porque a paciente já recebeu brentuximabe como consolidação pós-TMO, ou seja, encontra-se exatamente em um cenário em que a imunoterapia anti-PD-1 passa a ter sustentação ainda mais forte. Embora o estudo não tenha demonstrado de forma definitiva ganho robusto em sobrevida global nas análises iniciais, o benefício em controle de doença foi claro.

Outro aspecto relevante é a qualidade de vida. Análises de desfechos relatados pelos pacientes no contexto do KEYNOTE-204 mostraram melhora global de medidas de HRQoL com pembrolizumabe quando comparado ao brentuximabe vedotina. Em pacientes com doença multirrefratária, esse dado tem peso clínico importante, porque não se trata apenas de prolongar tempo até progressão, mas também de manter melhor tolerabilidade e funcionalidade durante o tratamento.

Quanto à segurança, o perfil tóxico do pembrolizumabe é distinto da quimioterapia citotóxica. Os eventos adversos mais frequentes incluem fadiga, prurido, rash, hipotireoidismo, colite, pneumonite, hepatite e outras toxicidades imuno-mediadas, em geral manejáveis com protocolos adequados de monitorização e corticoterapia quando necessário. Nos estudos de Hodgkin, o perfil de segurança foi considerado aceitável e consistente com a experiência já conhecida da droga em outras neoplasias. Em comparação com quimioterapias de resgate múltiplas, o pembrolizumabe costuma apresentar melhor tolerabilidade global, o que é particularmente relevante em pacientes já intensamente tratados, como no caso em questão.

As diretrizes internacionais reforçam esse posicionamento. O NCCN inclui pembrolizumabe entre as opções recomendadas para linfoma de Hodgkin recidivado/refratário, inclusive em pacientes não elegíveis a transplante ou após recaída pós-transplante, e o posiciona como terapia relevante em doença resistente a múltiplas linhas. Isso se harmoniza com a sequência terapêutica descrita no caso: ABVD, seguida de ICE sem resposta, GDP com resposta parcial, TMO autólogo, consolidação com brentuximabe, e depois necessidade de pembrolizumabe. Em outras palavras, a paciente percorreu praticamente todo o trajeto terapêutico clássico antes de chegar à imunoterapia anti-PD-1.

No caso concreto, a correspondência com a população estudada é elevada. A paciente apresenta linfoma de Hodgkin clássico avançado, multirrefratário, com falha a quimioterapia de resgate, necessidade de transplante autólogo, uso de consolidação com brentuximabe e posterior progressão/necessidade de nova terapia. Esse é precisamente o grupo em que o pembrolizumabe mostrou maior utilidade clínica nos estudos pivotais. Diferentemente de cenários mais precoces, aqui não há alternativa convencional com

eficácia comparável claramente superior já estabelecida no SUS após falha de ICE, GDP, TMO e brentuximabe. Assim, a aplicabilidade externa da evidência ao caso é alta.

Em síntese, a melhor evidência disponível demonstra que o pembrolizumabe é uma terapia eficaz, com respostas frequentes e duráveis, superior ao brentuximabe vedotina em sobrevida livre de progressão no cenário comparativo do KEYNOTE-204, e com perfil de segurança manejável em linfoma de Hodgkin clássico recidivado/refratário. A principal limitação metodológica das evidências iniciais é que parte delas deriva de estudos de braço único; contudo, essa limitação foi parcialmente superada pelo KEYNOTE-204, ensaio randomizado de fase III. Diante do histórico terapêutico apresentado, a evidência científica favorece de forma consistente a indicação do pembrolizumabe neste caso

5.2. Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia

Taxa de resposta global 70%

Possibilidade de respostas completas duráveis

Controle prolongado da doença

Melhor perfil de tolerabilidade comparado à quimioterapia

6. Conclusão

6.1. Parecer

(X) Favorável

() Desfavorável

6.2. Conclusão Justificada

O paciente de 38 anos apresenta linfoma de Hodgkin clássico, variante esclerose nodular, estágio IVB, com trajetória compatível com doença recidivada e refratária após múltiplas linhas terapêuticas. Recebeu inicialmente ABVD, com resposta completa, mas evoluiu com recaída poucos meses depois; em seguida, foi tratado com ICE, sem resposta, e posteriormente com GDP, obtendo apenas resposta parcial. Após isso, foi submetido a transplante autólogo e recebeu consolidação com brentuximabe vedotina, ainda assim necessitando nova linha terapêutica. Esse histórico demonstra esgotamento progressivo das estratégias usuais de resgate de maior relevância clínica.

As evidências científicas disponíveis mostram que o pembrolizumabe é uma das terapias mais bem fundamentadas para esse cenário. No KEYNOTE-087, estudo fase II com pacientes com linfoma de Hodgkin clássico recidivado/refratário, muitos deles já submetidos a transplante autólogo e/ou brentuximabe, a taxa de resposta global foi de cerca de 69%, com respostas completas em parte dos casos e respostas duráveis em população intensamente tratada. Posteriormente, o KEYNOTE-204, estudo fase III randomizado, demonstrou que o pembrolizumabe proporcionou sobrevida livre de

progressão superior ao brentuximabe vedotina em pacientes com doença recidivada/refratária, consolidando o bloqueio de PD-1 como opção preferencial em muitos desses casos.

No caso concreto, a correspondência entre a literatura e a situação clínica é elevada, porque o paciente já percorreu o trajeto terapêutico clássico de resgate: ABVD, ICE, GDP, TMO autólogo e brentuximabe. Além disso, o pembrolizumabe já havia sido iniciado e foi interrompido por falta de fornecimento, e não por toxicidade ou por contraindicação clínica, o que reforça a manutenção da plausibilidade terapêutica. Também é relevante que diretrizes do NCCN incluem o pembrolizumabe como opção para doença recidivada/refratária, especialmente após transplante ou quando outras estratégias já falharam.

Diante disso, conclui-se que o paciente apresenta doença multirrefratária, após múltiplas linhas terapêuticas e após brentuximabe, sem alternativa de eficácia comparável claramente disponível no SUS para este estágio. Assim, à luz das evidências científicas e da sequência terapêutica já utilizada, o uso de pembrolizumabe está tecnicamente justificado, com expectativa realista de controle de doença, possibilidade de resposta durável e perfil de toxicidade globalmente mais manejável que novas quimioterapias citotóxicas. Por esses fundamentos, o parecer técnico é favorável ao fornecimento do pembrolizumabe neste caso.

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

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

sendo ressarcidos pelo Ministério da Saúde conforme o código do procedimento registrado na APAC.

Os hospitais credenciados para atendimento em oncologia devem, por sua responsabilidade, dispor de protocolo clínico institucional complementar, destinado a orientar a tomada de decisão por pacientes e médicos, avaliar e garantir qualidade na assistência, orientar a destinação de recursos na assistência à saúde e fornecer elementos de boa prática médica.

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

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

() SIM, com potencial risco de vida

(X) SIM, com risco de lesão de órgão ou comprometimento de função

() NÃO

7. Referências bibliográficas

1. Chen R et al.
Pembrolizumab in relapsed or refractory Hodgkin lymphoma (KEYNOTE-087).
Journal of Clinical Oncology.
2. Kuruvilla J et al.
Pembrolizumab versus Brentuximab Vedotin (KEYNOTE-204).
The Lancet.
3. NCCN Guidelines – Hodgkin Lymphoma.

8. Outras Informações – conceitos

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

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

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

A ANVISA é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde e sua finalidade é fiscalizar a produção e consumo de produtos submetidos à vigilância sanitária como

medicamentos, agrotóxicos e cosméticos. A agência também é responsável pelo controle sanitário de portos, aeroportos e fronteiras.

CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. A CONITEC é um órgão colegiado de caráter permanente do Ministério da Saúde, que tem como função essencial assessorar na definição das tecnologias do SUS. É responsável pela avaliação de evidências científicas sobre a avaliação econômica, custo-efetividade, eficácia, a acurácia, e a segurança do medicamento, produto ou procedimento, e avaliação econômica: custo-efetividade.

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

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

https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_2024.pdf

REMUME - Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

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

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

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

» **Componente Básico da Assistência Farmacêutica:** destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Cbaf) inclui os medicamentos

que tratam os principais problemas e condições de saúde da população brasileira na Atenção Primária à Saúde. O financiamento desse Componente é responsabilidade dos três entes federados. A responsabilidade pela aquisição e pelo fornecimento dos itens à população fica a cargo do ente municipal, ressalvadas as variações de organização pactuadas por estados e regiões de saúde.

» **Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica:** financiamento para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de patologias que, por sua natureza, possuem abordagem terapêutica estabelecida. Este componente é financiado pelo Ministério da Saúde, que adquire e distribui os insumos a ele relacionados. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (Cesaf) destina-se ao acesso dos medicamentos e insumos destinados aos agravos com potencial de impacto endêmico e às condições de saúde caracterizadas como doenças negligenciadas, que estão correlacionadas com a precariedade das condições socioeconômicas de um nicho específico da sociedade. Os medicamentos do elenco do Cesaf são financiados, adquiridos e distribuídos de forma centralizada, pelo Ministério da Saúde, cabendo aos demais entes da federação o recebimento, o armazenamento e a distribuição dos medicamentos e insumos dos programas considerados estratégicos para atendimento do SUS.

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

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