

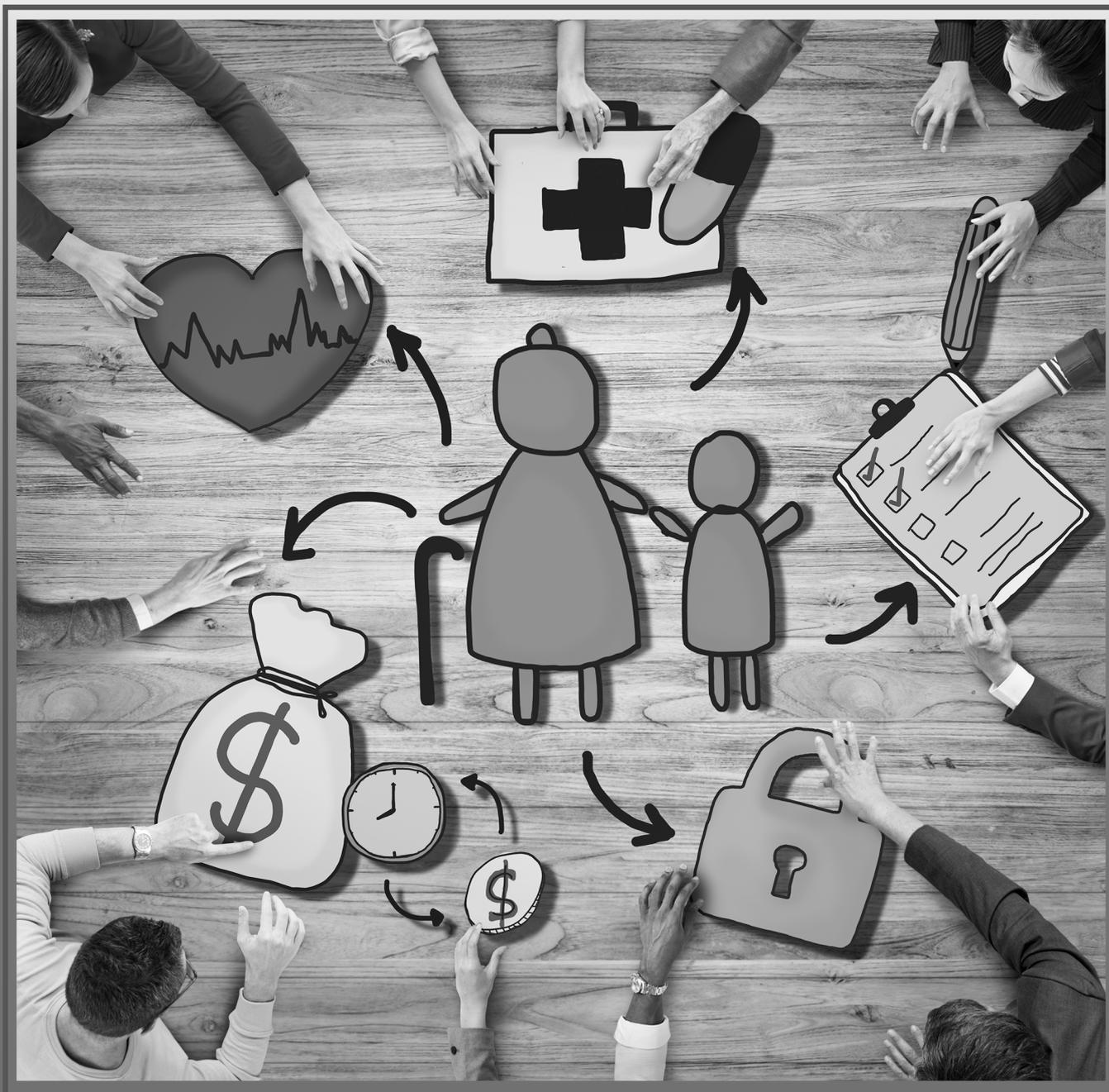


# Processos de Subjetivação no Serviço Social

## 3

Thaislayne Nunes de Oliveira  
(Organizadora)

**Atena**  
Editora  
Ano 2020



# Processos de Subjetivação no Serviço Social

## 3

Thaislayne Nunes de Oliveira  
(Organizadora)

**Atena**  
Editora  
Ano 2020

**Editora Chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Assistentes Editoriais**

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecário**

Maurício Amormino Júnior

**Projeto Gráfico e Diagramação**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Karine de Lima Wisniewski

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

**Imagens da Capa**

Shutterstock

**Edição de Arte**

Luiza Alves Batista

**Revisão**

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A Atena Editora não se responsabiliza por eventuais mudanças ocorridas nos endereços convencionais ou eletrônicos citados nesta obra.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

**Conselho Editorial**

**Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

#### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

#### **Linguística, Letras e Artes**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso  
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

#### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa  
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina  
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Me. Eivaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé  
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza

Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College  
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social  
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR  
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe  
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná  
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos  
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior  
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo  
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará  
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão  
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana  
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

# Processos de subjetivação no serviço social

3

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira  
**Bibliotecário:** Maurício Amormino Júnior  
**Diagramação:** Natália Sandrini de Azevedo  
**Edição de Arte:** Luiza Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizadora:** Thaislayne Nunes de Oliveira

## Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P963 Processos de subjetivação no serviço social 3 [recurso eletrônico] /  
Organizadora Thaislayne Nunes de Oliveira. – Ponta Grossa, PR:  
Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: Word Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-233-3

DOI 10.22533/at.ed.333203007

1. Assistência social. 2. Política social – Brasil. 3. Serviços  
sociais. I. Oliveira, Thaislayne Nunes de.

CDD 361

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

  
**Ano 2020**

## APRESENTAÇÃO

Caro leitor, é com imenso prazer que apresento a coletânea: “Processos de Subjetivação no Serviço Social”, composta por 88 trabalhos organizados em 5 volumes. Esta coletânea exhibe textos sobre as múltiplas facetas do processo de trabalho do Assistente Social e análises de diferentes políticas públicas brasileiras.

Como é sabido, o contexto brasileiro é permeado por contradições históricas. Ouso sinalizar a atual conjuntura centrada em discussões rasas, com a propagação do senso comum como verdade absoluta. Portanto, torna-se ainda mais necessário dar visibilidade a estudos técnicos e científicos. Sendo assim, esta leitura é imprescindível durante a formação profissional e também aos assistentes sociais, pois, contribui significativamente com reflexões sobre os nós, entraves e questões contemporâneas, que perpassam o cenário brasileiro e respectivos desdobramentos na profissão e nas políticas públicas.

Os dois primeiros volumes reservam a discussão do Serviço Social, abordando a formação profissional, apontamentos sobre os Fundamentos Históricos Teóricos Metodológicos do Serviço Social, da questão social, do Projeto Ético Político, da instrumentalidade. Além das discussões acerca das dimensões profissionais e das vulnerabilidades correspondentes às experiências em diversos espaços socioocupacionais.

O terceiro volume discorre prioritariamente sobre diferentes políticas públicas, como: política de saúde, política de saúde mental, promoção de saúde dos idosos. Além do mais, este volume possibilita a visibilidade para estudos variados acerca das inúmeras situações que perpassam a vida das mulheres brasileiras.

O quarto volume expõe: adoção, adolescentes, medidas socioeducativas, drogas, violência, família, idosos. As respectivas análises são distintas, porém, demonstram aspectos que perpassam a vida brasileira, sobretudo pela abordagem do recorte de classe e étnico-racial.

Por fim, e não menos importante, o quinto volume exhibe novamente especificidades das políticas públicas, evidenciando a discussão sobre a questão do território, questão urbana, saneamento básico, seguridade social, política de assistência social. Este volume apresenta ainda discussão sobre questão étnico-racial, racismo e refugiados.

Como foi possível perceber os livros contemplam análises abrangentes, que convergem e se complementam sob a ótica do contexto histórico brasileiro e suas respectivas contradições sociais. Vale ressaltar, que os cinco volumes contribuem com a análise das políticas públicas mais empregadoras dos assistentes sociais no Brasil, motivo pelo qual se ratifica a importância desta leitura aos acadêmicos e ainda para fins de atualização profissional.

Desejo a todas e todos excelente leitura!

Thaislayne Nunes de Oliveira

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
“NEM NASCER, NEM MORRER”: A AUSÊNCIA DO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTO NA TRAJETÓRIA DE VIDA DE MULHERES E HOMENS EM SOFRIMENTO MENTAL MORADORES DE ÁREAS RURAIS DO MUNICÍPIO DE CALUMBI-PE	
Rebeca Ramany Santos Nascimento Alessandra Aniceto Ferreira de Figueirêdo Rosineide de Lourdes Meira Cordeiro	
<b>DOI 10.22533/at.ed.3332030071</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>21</b>
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BARRETO/BARRAMARES – MACAÉ/RJ: A MULHER COMO FIGURA REPRESENTATIVA NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	
Elaine da Costa Feitosa Pinto Gisiane de Mello Corrêa Labre	
<b>DOI 10.22533/at.ed.3332030072</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>30</b>
PREVENÇÃO DE ABORTAMENTO INSEGURO JUNTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE POBREZA	
Viviane Aparecida Siqueira Lopes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.3332030073</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>40</b>
SAÚDE MENTAL E A QUESTÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: NARRATIVAS DE MULHERES EM UM CAPS AD	
Ana Alice Firmino de Barros Maria Isabelly Silva Pereira de Lima Rafael Nicolau Carvalho Alecsonia Pereira Araújo Danielle Viana Lugo Pereira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.3332030074</b>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>51</b>
PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO: O COTIDIANO DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS	
Eryenne Lorryne Sayanne Silva do Nascimento Rafael Nicolau Carvalho Alecsonia Pereira Araújo Danielle Viana Lugo Pereira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.3332030075</b>	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>63</b>
RACISMO INSTITUCIONAL NA SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE SEU IMPACTO NO CORPO DA MULHER NEGRA	
Noemi Cristina Ferreira da Silva Angélica de Jesus Conceição Vieira	
<b>DOI 10.22533/at.ed.3332030076</b>	
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>73</b>
ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL COM ACOMPANHANTES DE USUÁRIOS DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE FORTALEZA: TECENDO A PROMOÇÃO DA SAÚDE E O EMPODERAMENTO	
Neubejamia Rocha da Silva Lemos Cynthia Santos Neder Thomé	

Danielle de Menezes Vieira  
Érica Silva Meneses  
Lisiane Melo de Carvalho  
Valesca de Sousa Brito  
Vivianny Mary Jucá Bezerra

**DOI 10.22533/at.ed.3332030077**

**CAPÍTULO 8 ..... 82**

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E O SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES E DESAFIOS DO TRABALHO PROFISSIONAL

Kelly Bezerra de Oliveira  
Larissa Maria Souto Moura

**DOI 10.22533/at.ed.3332030078**

**CAPÍTULO 9 ..... 89**

ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NO HOSPITAL MUNICIPAL SÃO CAMILO DE LÉLLIS

Jéssica Katariny Oliveira da Silva  
Andressa Sonja Pereira de Castro

**DOI 10.22533/at.ed.3332030079**

**CAPÍTULO 10 ..... 97**

ENTRE A LOUCURA E AS MÚLTIPLAS LUTAS PELA SOBREVIVÊNCIA: FAMILIARES NA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Lucia Cristina dos Santos Rosa  
Sâmia Luiza Coêlho da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.33320300710**

**CAPÍTULO 11 ..... 108**

A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS COMO SUPORTE PARA A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Paula Martins da Silva Costa  
Nuno Manuel Morgadinho dos Santos Coelho

**DOI 10.22533/at.ed.33320300711**

**CAPÍTULO 12 ..... 125**

ESPAÇO PROMOTOR DE SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA A QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO À LUZ DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Christiane Silva Bitencourth Vilela  
Ana Lúcia da Silva Dias  
Juliana Rodrigues Freitas  
Adma Oliveira Lima  
Valeria Cristina da Costa Rosa

**DOI 10.22533/at.ed.33320300712**

**CAPÍTULO 13 ..... 133**

REQUISIÇÕES AOS(AS) ASSISTENTES SOCIAIS EM TEMPOS DE PRIVATIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Suzérica Helena de Moura Mafra  
Eliana Andrade da Silva

**DOI 10.22533/at.ed.33320300713**

**SOBRE A ORGANIZADORA..... 144**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 145**

## A MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS COMO SUPORTE PARA A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

*Data de aceite: 01/07/2020*

*Data de Submissão: 25/04/2020*

### **Paula Martins da Silva Costa**

Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP  
Ribeirão Preto – São Paulo  
<http://lattes.cnpq.br/0001617988838816>

### **Nuno Manuel Morgadinho dos Santos Coelho**

Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto  
Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP  
<http://lattes.cnpq.br/4706580678369890>

**RESUMO:** Este artigo se propõe a um estudo exploratório sobre a judicialização da saúde no Brasil, sob o prisma da medicina baseada em evidências. O método utilizado foi o analítico-dedutivo, sendo que a pesquisa valeu-se de material bibliográfico, artigos científicos, legislação, doutrina e jurisprudência. Examinou-se as bases do direito à saúde existentes na Constituição Federal de 1988. Discorreu-se sobre o compromisso da Medicina Baseada em Evidências com a plena realização da saúde na gestão pública. Por fim, a judicialização da saúde da Medicina Baseada em Evidências, considerando também a jurisprudência em

torno do assunto. Para tanto, utilizou-se o método dedutivo e procedimento de pesquisa bibliográfico e documental, este último focando a jurisprudência do Conselho Nacional de Justiça, do Superior Tribunal de Justiça e Supremo Tribunal Federal. A contribuição esperada com o artigo é sobrelevar a importância do suporte científico para a decisão judicial.

**PALAVRAS-CHAVE:** Direitos Fundamentais; Direito à Saúde; Sistema único de saúde; Medicina baseada em evidências.

### EVIDENCE-BASED MEDICINE AS A SUPPORT FOR HEALTH JUDICIALIZATION IN BRAZIL

**ABSTRACT:** This article proposes an exploratory study on the judicialization of health in Brazil, under the prism of evidence-based medicine. The method used was the analytical-deductive one, and the research used bibliographic material, scientific articles, legislation, doctrine and jurisprudence. The foundations of the right to health in the Federal Constitution of 1988 were examined. The evidence on the basis of Evidence-Based Medicine with the full realization of health in public management was discussed. Finally, the judicialization of health in Evidence-Based

Medicine, also considering the jurisprudence around the subject. For this, the deductive method and bibliographic and documentary research procedure was used, the latter focusing on the jurisprudence of the National Council of Justice, the Superior Court of Justice and the Supreme Federal Court. The expected contribution with the article is to highlight the importance of scientific support for the judicial decision.

**KEYWORDS:** Fundamental Rights; Right to health; Health Unic System; Evidence-based medicine.

## 1 | INTRODUÇÃO

Neste trabalho, discute-se a relação entre Direito e Ciência, no que respeita a um tema de grande repercussão prática: a judicialização da saúde e os critérios que devem norteá-la à luz dos princípios e fundamentos do Estado Democrático de Direito. O assunto tem diferentes dimensões, respeitando a todos os processos de construção racional (ou que se exige e espera racional) das normas e de sua implantação.

Discute-se sobre a necessidade de adequada fundamentação científica nos processos de construção das leis e outras normas de caráter geral. Com este problema preocupa-se, de forma geral e cada vez mais, a Legística – vide Menezes (2007), para um estudo introdutório e panorâmico – sendo hoje promissora a perspectiva de uma Filosofia Regulatória que leve a sério a análise de custos e benefícios e as consequências da regulação estatal sobre a economia e a sociedade, em seus diversos setores – vide Sustain (2018).

Discute-se sobre a exigência democrática e republicana de fundamentação científica na execução das políticas públicas, de sorte a melhor delimitar o âmbito de discricionariedade e retirá-las da influência das opiniões pessoais do gestor ou de seus objetivos políticos ou eleitorais – vide Coelho (2017), para uma denúncia breve em que a questão é apresentada em seus contornos essenciais, no que respeita ao princípio republicano.

Discute-se, enfim, também a exigência da convocação da ciência da interpretação do Direito na solução dos casos concretos submetidos ao Poder Judiciário – horizonte de discussão em que se situa o presente artigo.

A segunda geração ou dimensão dos direitos fundamentais são os direitos sociais, econômicos e culturais. São prestações positivas do Estado para a proteção dos setores economicamente mais fracos, menos favorecidos da sociedade. Trata-se de direitos de titularidade coletiva e com caráter positivo. Surgiram com a revolução industrial, da luta da nova classe social, os operários, por condições dignas de vida e trabalho frente ao capital. Foram previstos no Brasil pela primeira vez na Constituição de 1934. Na Constituição Federal de 1988 estão previstos nos artigos 7º a 12, como os direitos sociais relativos ao trabalhador, à seguridade social, à educação, a cultura, ao esporte, à família, à criança

e adolescente, ao idoso e às pessoas com deficiências. Vê-se claramente que o direito à saúde configura-se como um direito a prestações, exigindo um agir por parte do Estado, dispondo aos indivíduos as condições fáticas possibilitadoras do efetivo exercício deste direito fundamental.

Os direitos a prestações se subdividem em direitos a prestações em sentido amplo e em sentido estrito, estes últimos enquanto direitos a prestações fáticas que o indivíduo, se dispusesse de recursos necessários e mediante oferta suficiente no mercado, poderia obtê-lo de particulares. Portanto os direitos sociais são hipóteses de direitos a prestações em sentido estrito, dentre os quais o direito à saúde, demandando uma estrutura estatal constantemente construída pelo Estado, sendo certo que os recursos para a promoção desta estrutura são escassos.<sup>1</sup>

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88) estabelece que o direito à saúde é um dos direitos componentes da seguridade social, juntamente com o direito à previdência e à assistência social, cujo artigo 196 dispõe 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”.

Sancionada em 1990, a Lei Orgânica da saúde (Lei nº 8.080/90), o art. 7º, IV erige a igualdade da assistência à saúde a um dos dogmas dos SUS, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, revela um descompasso com algumas ações judiciais onde se extrai a benesse de um tratamento não padronizado, de forma diferente da prevista no sistema, em detrimento dos demais pacientes em igualdade de condições, bem como das demais prioridades do SUS.

Uma vez que os direitos prestacionais são catalogados como mandamentos de otimização, se o Poder Público deixe de conferir efetividade aos direitos fundamentais consequentemente há uma busca de fruição por intermédio do Poder Judiciário, que resulta no protagonismo deste Poder para a implementação dos direitos sociais.

O CNJ reconhece a importância da questão, motivo pelo qual veicula, em seu *website*, matéria<sup>4</sup> apontando que a judicialização da saúde é um tema que preocupa o órgão, tendo inclusive justificado a criação e a manutenção de comitês estaduais de saúde e a realização de audiências públicas para discutir o tema.

Neste sentido, a partir dos resultados da Audiência Pública nº 4, realizada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em maio e abril de 2009, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) constituiu um grupo de trabalho conforme Portaria n. 650, de 20 de novembro de 2009, culminando na aprovação da Recomendação n. 31, de 30 de março de 2010, pelo Plenário do CNJ que traça diretrizes aos magistrados quanto às demandas judiciais que envolvem a assistência à saúde. Em 6 de abril de 2010, o CNJ publicou a Resolução n. 107, que instituiu o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das

1. MARINHO; MOREIRA; NOGUEIRA, 2013, p. 125/127.

demandas de assistência à Saúde – Fórum da Saúde.

O Fórum da Saúde é coordenado por um Comitê Executivo Nacional de acordo com a Portaria n. 8 de 2 de fevereiro de 2016, e constituído por Comitês Estaduais. Foi instituído o Sistema Resolução 107, por meio da Resolução 107 do CNJ, um sistema eletrônico de acompanhamento das ações judiciais que envolvem a assistência à saúde, objetivando subsidiar com informações estatísticas os trabalhos do Fórum. Após realizar dois encontros nacionais, o Fórum da Saúde ampliou sua área de atuação para incluir a saúde suplementar e as ações resultantes das relações de consumo. Da mesma forma, em um certo sentido, o STJ e STF consolidaram entendimento em sede de recurso repetitivo sobre a matéria, trazendo lume à questão jurisdicional.

A argumentação em torno da o princípio isonômico é fulcral e merece ser prestigiada. Como é de conhecimento geral, há falta de recursos na rede pública para atender a todos de forma imediata, de modo que as determinações judiciais para cumprimento de liminares acabam criando uma “LISTA PARALELA” de espera, cujo pronto atendimento vem em detrimento da lista oficial dos segurados que não entraram na via judicial.

Registre-se, ainda, que não se pode aceitar que o Poder Judiciário, apesar do claro intuito de resolver um problema individual, simplesmente desconsidere a também grave situação da saúde pública do país como um todo e a necessidade premente de estabelecer pautas gerais mediante uma visão holística e fulcrada em evidências científicas, no que respeita à concretização desse direito social.

Deve-se admitir, até por imperativo de ordem constitucional, que somente as ações planejadas e fundadas em critérios técnicos, envolvendo conhecimentos multi e interdisciplinares, como medicina, ciências sociais, estatística, direito, farmácia, poderão, em tempo razoável, levar à efetivação do direito fundamental à saúde, ampliando progressivamente o atendimento ao maior número de enfermos, ao mesmo tempo elastecendo o campo das ações preventivas.

As situações difíceis, ou os chamados *hard cases*, colocam em tensão, com mais frequência, os princípios da integralidade, da universalidade e da igualdade na prestação da saúde. Nesses casos de tensão, faz-se necessário buscar o menor sacrifício possível de cada um dos princípios, surgindo como solução a utilização do primado da proporcionalidade, remetendo a uma noção de coerência, de priorização de proteção a direitos tutelados diante de impasses a serem resolvido no caso concreto *ad hoc*, e não em abstrato, de forma que o STF estabeleceu na Suspensão de Tutela Antecipada (STA) n. 175, a necessidade de instrução nas demandas de saúde, para que não se tratem essas demandas como “demandas de massa” com peças e decisões padronizadas, sendo imprescindível a prova da ineficácia da política pública existente no caso concreto para deferimento de qualquer tratamento diferenciado.

A gestão do Sistema Único de Saúde, obrigado a observar o princípio constitucional do acesso universal e igualitário às ações e prestações de saúde, só se viabiliza mediante

a elaboração de políticas públicas que repartam os recursos, naturalmente escassos, da forma mais eficiente possível. Obrigar a rede pública a financiar toda e qualquer ação e prestação de saúde existente geraria grave lesão à ordem administrativa e levaria ao comprometimento do SUS, o que prejudica ainda mais o atendimento médico da parcela da população mais necessitada.

Não obstante a importância de tais debates, é preciso discutir o que se entende por direito universal à saúde e quais são os custos que cada entendimento gera. Isso, porque, em um cenário de escassez de recursos, deve-se considerar as alternativas existentes e adotar aquela que melhor resguarda o interesse público e científico, para o que se propõe a observância da Medicina baseada em evidências. Fomentar essa discussão é o mote do presente artigo.

## 2 | A MEDICINA BASEDA EM EVIDÊNCIAS

Para decidir o melhor tratamento, os indivíduos recebem vários estímulos, os quais nem sempre correspondem ao que lhe trará a cura, a prevenção da recorrência, a reabilitação ou a melhora de vida. Há três critérios para a decisão sobre qual o tratamento. O primeiro critério e mais precário é a decisão por indução, ou seja, por experiência pessoal.

O segundo critério se dá pela sedução, ou seja, pela opinião de especialistas, colegas, sem apoio de evidências, neste caso inclua-se a propaganda da indústria farmacêutica.

Por fim, há o critério da dedução, mediante estudos controlados e randomizados. É com esteio neste critério que se baseia a Medicina baseada em Evidências, alicerçada em uma pirâmide de níveis de evidência para tomadas de decisões clínicas, como a seguir:



Cook DJ, Guyatt GH, Laupacis A, Sackett DL, Goldberg RJ. Chest 1995; 108(4): 227S-230S

Segundo essa pirâmide, o mais básico estudo descritivo é o relato de caso ou série de casos, mediante a descrição detalhada de um caso clínico ou uma série de casos, formulando hipóteses.

O estudo coorte analítico é um método prospectivo de análise longitudinal de grupo de pessoas seguidas juntas em um período de tempo, divididas em dois grupos para fins científicos, as pessoas expostas e as não expostas, a fim de estabelecer a etiologia e fatores de risco.

Os estudos observacionais ou caso-controle são retrospectivos, ou seja partem da doença e são úteis para doenças raras, novas ou com longo período de latência.

O ensaio clínico randomizado é o chamado “padrão ouro” para a avaliação de terapêuticas por produzir a mais fortes evidência de causa e efeito, pelo qual se realiza um estudo analítico experimental, prospectivamente avaliando a eficácia do tratamento, mediante a definição de uma pergunta, da população objeto da pesquisa, dos critérios de inclusão e exclusão, calcular o tamanho da amostra, definir dose e tempo de seguimento e o método de mensuração clínica, mediante duplo cego. A randomização minimiza o viés de seleção e produz dois grupos homogêneos, o critério duplo cego diminui a tendenciosidade na aplicação da intervenção, acompanhamento e diagnóstico final, sendo o único desenho possível para novas drogas.

A revisão sistemática de literatura é um estudo secundário, que sintetiza estudos primários, ou seja, pesquisas originais publicadas, com métodos claros, específicos e produtíveis, considerada atualmente o melhor método de pesquisa para o conhecimento das evidências científicas disponíveis para responder questões na área de saúde. Existem bases de dados das revisões sistemáticas mundialmente respeitadas objetivando o mapeamento das evidências, quais sejam o Pubmed ([www.pubmed.gov](http://www.pubmed.gov)), a Biblioteca Virtual em Saúde (<http://brasil.bvs.br/>), a LILACS (<http://lilacs.bvsalud.org/>), a Cochrane Library ([www.http://cochrane.bvsalud.org](http://cochrane.bvsalud.org)), SciELO, dentre outros, os quais norteiam a busca por eficácia/efetividade dos tratamentos de saúde.

### **3 | DOS CRITÉRIOS LEGAIS E CIENTÍFICOS. A REPERCUSSÃO GERAL NOS TRIBUNAIS**

A Constituição previu a competência do SUS, nos termos da lei, controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, conforme o art. 200, I, bem como de executar as ações de vigilância sanitária, aí incluída a de controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, inclusive medicamentos, nos termos do art. 6º da Lei 8.080/90.

No SUS, a avaliação quanto à incorporação de novos medicamentos ocorrerá a partir dos preceitos da Medicina Baseada em Evidências e deverá demonstrar a eficácia, a efetividade, a eficiência e a segurança do medicamento. Como assentou o Min. Gilmar Mendes no voto proferido na STA nº 175, o “Sistema Único de Saúde filiou-se à corrente da Medicina com base em evidências”, com a conclusão de que a política pública deverá privilegiar o tratamento do SUS “sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente”.

Nesse sentido, a Lei nº 12.401/2011 que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), introduziu importantes dispositivos na Lei 8.080/90, especialmente os artigos 19 “M”, “O” e “Q”, os quais preconizam a aplicação das diretrizes terapêuticas do SUS em detrimento de outros tratamentos.

O Art. 19-M da Lei nº 12.401/2011 conceitua a assistência terapêutica integral, mediante a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado, bem como a oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas do SUS por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Mais do que isso, é imperioso observar que o art. 19-M da Lei Orgânica da Saúde define que atendimento integral é aquele preconizado “em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas” pelo SUS, sendo que o deferimento de quaisquer outros tratamentos ou medicamentos que estejam em contrariedade com essa política constitui ofensa literal a tal dispositivo e ao art. 198, II e 197 da Carta Maior.

Nesse prisma, vê-se que o desenho institucional da Constituição previu que o Poder Legislativo definisse democraticamente o que seja atendimento integral, o que se positivou no referido art. 19-M. Através do processo legislativo, detalhou-se, ainda, como se daria o processo de incorporação de tecnologias (art. 19-Q da Lei nº 8.080/90), medida a ser implementada pelo Poder Executivo. Assim, a princípio, o deferimento de outros tratamentos e medicamentos que não foram incluídos nos protocolos, expressa ou tacitamente –e que, portanto, estão fora do tratamento integral definido em lei – constitui igualmente ofensa à independência dos Poderes, insculpida no art. 2º da Constituição.

Consoante o Art. 19-O, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha, em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo, o que sobreleva o acolhimento da medicina baseada em evidências pelo SUS.

O art. 19-P dispõe que, na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo

fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite.

A incorporação de novas tecnologias em saúde, 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 criteriosa avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), criada pela Lei nº 12.401 de 28/04/2011 (Art. 19-Q).

A CONITEC é um órgão colegiado de caráter permanente, vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, o qual é responsável pela incorporação de tecnologias no SUS e assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS). Sua composição contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina, é vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde o qual é responsável pela incorporação de tecnologias no SUS e assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS).

No intuito de normatizar a utilização dos medicamentos de dispensação em caráter excepcional, o Ministério da Saúde estabeleceu os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para as patologias em tratamento com os medicamentos do Programa. Os Protocolos foram publicados no Diário Oficial e deram origem ao livro Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – Medicamentos Excepcionais.

Os Protocolos Clínicos objetivam estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão de pacientes ao tratamento, as doses corretas dos medicamentos indicados, bem como os mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação, baseados especialmente em evidências científicas sedimentadas e independentes. Sua função é evitar que a variabilidade da práxis médica ou das diferentes literaturas afetem a racional dispensação de medicamento; que a influência da propaganda da indústria farmacêutica direcione as políticas públicas de saúde; que medicamentos com diversas indicações, muitas vezes sem respaldo científico e sem registro, ou com estreita janela terapêutica, sejam adotados no âmbito do SUS.

A inclusão de novos medicamentos/apresentações, ampliação de cobertura ou outras necessidades identificadas internamente no âmbito do CMDE, a partir da solicitação de gestores, órgãos, instituições da área de saúde e outros da sociedade organizada, deverá obedecer aos fluxos e critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, em ato normativo específico; ser respaldada pela publicação dos respectivos PCDT; ser pactuada entre os gestores, na CIT; e considerar o impacto financeiro e a disponibilidade orçamentária dos entes envolvidos.

O relatório da CONITEC no SUS levará em consideração, necessariamente as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão

competente para o registro ou a autorização de uso; a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível (art. 19-Q).

Em suma, o que se quer ressaltar é que os PCDTs são resultado de consenso técnico-científico e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação. Portanto, em havendo Protocolo que abrange a patologia que constitui a causa de pedir, verifica-se ofensa às normas referidas o deferimento de medicamento ou tratamento que não foi submetido a criteriosa análise multidisciplinar, ou ainda pior, que já o foi e não teve comprovada sua eficácia e segurança para a vida e saúde do paciente.

Nesse aspecto, foram aprovados o Enunciado nº 4 e 11 na 1ª Jornada de Saúde do CNJ, esclarecendo que os PCDT são elementos organizadores da prestação farmacêutica, e não limitadores, de maneira que, no caso concreto, quando todas as alternativas terapêuticas previstas no respectivo PCDT já tiverem sido esgotadas ou forem inviáveis ao quadro clínico do paciente usuário do SUS, pode ser determinado judicialmente o fornecimento, pelo SUS, do fármaco não protocolizado, bem como recomendando nas hipóteses em que o objeto do pedido já se encontre previsto nas listas oficiais do SUS ou em PDCT, que seja determinada pelo Poder Judiciário a inclusão do demandante em serviço ou programa já existentes no SUS, para fins de acompanhamento e controle clínico.<sup>2</sup>

Dessa forma, podemos concluir que, em geral, deverá ser privilegiado o tratamento fornecido pelo SUS em detrimento de opção diversa escolhida pelo paciente, sempre que não for comprovada a ineficácia ou a impropriedade da política de saúde existente. Essa conclusão não afasta, contudo, a possibilidade de o Poder Judiciário, ou de a própria Administração, decidir que medida diferente da custeada pelo SUS deve ser fornecida a determinada pessoa que, por razões específicas do seu organismo, comprove que o tratamento fornecido não é eficaz no seu caso, inclusive, há necessidade de revisão periódica dos protocolos existentes e de elaboração de novos protocolos.

Outra situação é a que envolve a inexistência de tratamento na rede pública. Nesses casos, é preciso diferenciar os tratamentos puramente experimentais dos novos tratamentos ainda não testados pelo Sistema de Saúde brasileiro. Os tratamentos experimentais - ou seja aqueles sem comprovação científica de sua eficácia -, são realizados por laboratórios ou centros médicos de ponta, consubstanciando-se em pesquisas clínicas. A participação

---

2. Enunciado nº 4 - Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são elementos organizadores da prestação farmacêutica, e não limitadores. Assim, no caso concreto, quando todas as alternativas terapêuticas previstas no respectivo PCDT já tiverem sido esgotadas ou forem inviáveis ao quadro clínico do paciente usuário do SUS, pelo princípio do art. 198, III, da CF, pode ser determinado judicialmente o fornecimento, pelo Sistema Único de Saúde, do fármaco não protocolizado. Enunciado nº 11 - Nos casos em que o pedido em ação judicial seja de medicamento, produto ou procedimento já previsto nas listas oficiais do SUS ou em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PDCT), recomenda-se que seja determinada pelo Poder Judiciário a inclusão do demandante em serviço ou programa já existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de acompanhamento e controle clínico.

nesses tratamentos rege-se pelas normas que regulam a pesquisa médica e, portanto, o Estado não pode ser condenado a fornecê-los.

Assim, uma análise mais detida fornece o entendimento de que não há um direito absoluto a toda e qualquer tecnologia disponível “no mercado”, porque em um sistema de saúde pública, fulcrado na “medicina baseada em evidências”, é poder-dever do Estado utilizar apenas e tão-somente as tecnologias comprovadamente seguras, eficientes e com uma relação custo-efetividade que recomende a sua incorporação ao SUS, de forma a estar disponível em condições de igualdade para toda a população.

Aguardada constante e irrestrita a esse tipo de pretensão, por tratamentos não previstos nos protocolos do SUS, em condições de igualdade para toda a população, consiste em um efeito potencial nefasto para a organização do sistema. Portanto, é imprescindível a prova de ter utilizado/esgotado as alternativas terapêuticas existentes no SUS para o tratamento de sua doença, ou se usadas não produziram o feito esperado. Não basta mero formulário preenchido pelo médico assistente da parte autora como prova, visto ser documento produzido unilateralmente e por profissional que está comprometido com o seu paciente, em detrimento do todo o Sistema Público de Saúde, mesmo porque tal formulário se configura na opinião de um especialista, respeitável mas não segura em termos científicos. De tal forma que um medicamento postulado fora da lista do RENAME, somente poderia ser deferido judicialmente mediante a comprovação do fracasso terapêutico de outras drogas, fornecidas pelo SUS, bem como da eficácia do tratamento pleiteado.

Neste sentido, a jurisprudência já sedimentou entendimento no sentido de que o paciente não tem direito a tratamento específico se o SUS oferece alternativa.<sup>3</sup>

#### **4 | DO REGISTRO DO MEDICAMENTO NA ANVISA**

Outra questão que merece relevo é que um dos princípios norteadores da chamada judicialização da saúde envolve a análise de se medicamento requerido possui registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

A ANVISA é autarquia federal em regime especial, criada no “modelo” das chamadas agências reguladoras e incumbida com a função institucional de proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive o registro, a fiscalização de produção e comercialização de medicamentos, conforme artigos 6 e 8 da Lei 9.782/99, sendo certo que há vedação legal de fornecimento de medicamentos sem registro prévio nesta autarquia, nos termos do artigo 12 da Lei n. 6.360/76. A fim de permitir a efetivação

---

3. Enunciado nº 14, aprovado pela Plenária da I Jornada de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, em 15.05.2014: “14 – Não comprovada a inefetividade ou impropriedade dos medicamentos e tratamentos fornecidos pela rede pública de saúde, deve ser indeferido o pedido não constante das políticas públicas do Sistema Único de Saúde.”

de seus fins institucionais, a Agência foi dotada pela Lei nº 9.782/99 de amplo poder normativo sobre os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, nos termos do artigo 8º da lei supracitada.

Neste diapasão, há vedação expressa do SUS em fornecer medicamentos sem registro na ANVISA, conforme artigos 19-T da Lei 8.080/90, alterada pela Lei 12.401/2011, a qual estipula diretrizes clínicas para a inclusão de medicamento na lista do SUS mediante a melhor evidência clínica externa a partir da pesquisa sistemática que consagrem níveis de evidência para tomadas de decisões clínicas, com suporte em estudos e pesquisas, sobretudo revisões sistemáticas (arts. 1º; 19-O e 19-Q, I).

Não se mostra difícil perceber que o Legislador Ordinário divisou um critério objetivo e preciso para o exercício de mencionado poder. Trata-se, logo se percebe, do risco sanitário. Dessa forma, o exercício do poder normativo da Agência encontra-se, no nosso sentir, condicionado à demonstração da existência de risco sanitário na oferta ou execução de determinados produtos ou serviços ao público em geral.

Por certo, há produtos e serviços em que o risco sanitário é presumido pelo Legislador, como no caso dos medicamentos. Nessas hipóteses, não resta qualquer dúvida quanto à competência da ANVISA para baixar normas de cunho geral e abstrato, fundadas na Lei e nos direitos fundamentais trazidos pela CRBF/88. Em outros casos, contudo, a Agência deverá demonstrar a existência de risco à saúde da população na prática de determinado serviço ou na oferta de determinado produto, a fim de que se torne inquestionável a incidência do mencionado artigo 8º da Lei nº 9.782/99, de maneira a abranger produtos e serviços potencialmente lesivos à saúde pública.

Portanto, eventual concessão de medicamento fora das condições impostas pela vigilância sanitária nacional por meio do controle e fiscalização da qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos disponibilizados à população, consoante legislação sanitária (art. 7, XXV Lei nº 9.782/99), configura-se como inconstitucional e ilegal, na medida em que afronta a legalidade das medidas que visam a atender a perfeita execução.

Adite-se ainda a Recomendação nº 31, de 30/03//2010, do Conselho Nacional de Justiça - CNJ, que recomenda aos Tribunais de Justiça dos Estados e aos Tribunais Regionais Federais que evitem autorizar o fornecimento de medicamentos ainda não registrados pela ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei, nos termos do artigo I, b.

O Registro na ANVISA é condição para que o próprio sistema público de saúde, ainda que judicializado, o que não o descaracteriza como público, possa fornecer o medicamento. A ausência de registro não é uma mera formalidade, mas um requisito material para aferir a eficácia e, principalmente, a ausência de efeitos colaterais lesivos, letais, ainda desconhecidos.

Em relação a este aspecto, importa salientar que a Lei nº 8.080/90, em sua atual redação, elenca vedação expressa à concessão, pelo SUS, de medicamentos ou procedimento

que não tenha sido autorizado pela ANVISA. Corroborando esse entendimento, foram aprovados os Enunciados nº 6 e 9 na 1ª Jornada de Saúde do Conselho Nacional de Justiça, aconselhando evitar-se os medicamentos ainda não registrados na ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei; observando as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e pela ANVISA, não se podendo impor aos entes federados provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais.<sup>4</sup>

## 5 | DA REPERCUSSÃO GERAL

A respeito do tema, o Superior Tribunal de Justiça (STJ), ao modular os efeitos da decisão prolatada no REsp 1657156/RJ, estabeleceu que, para os processos envolvendo a concessão de medicamentos, distribuídos a partir de 04.05.2018, há exigência cumulativa dos seguintes requisitos: a) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; b) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; e c) existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.

Salienta-se que, nos termos da tese fixada nos EDcl no REsp 167156/RJ, é vedado o deferimento judicial de medicamento sem registro na ANVISA, ainda que o medicamento tenha autorização de importação pela agência. Isso porque não se pode confundir a situação em que o medicamento sem registro na ANVISA tenha a autorização de uso *off label* pela agência, com a hipótese de autorização de importação de medicamento não comercializado no país.

Portanto, se o medicamento não possuir registro na ANVISA, além dos pontos fixados pelo STJ, ainda deve se atentar para os parâmetros fixados pelo Plenário do Supremo Tribunal Federal, no julgamento da repercussão geral no julgamento do RE 657.718 – Tema nº 500.

Restou fixado a seguinte tese para efeito de aplicação da repercussão geral no STF: o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais; a ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial; é possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei 13.411/2016), quando preenchidos três requisitos: a) a existência de

---

4. **Enunciado nº 6** - A determinação judicial de fornecimento de fármacos deve evitar os medicamentos ainda não registrados na ANVISA, ou em fase experimental, ressalvadas as exceções expressamente previstas em lei.

**Enunciado nº 9** - As ações que versem sobre medicamentos e tratamentos experimentais devem observar as normas emitidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), não se podendo impor aos entes federados provimento e custeio de medicamento e tratamentos experimentais.

pedido de registro do medicamento no Brasil, salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras; b) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; c) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

Determinou ainda o STF que as ações que demandem o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa deverão ser necessariamente propostas em face da União.

A caracterização da mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido se refere ao previsto no art. 12 da Lei nº 6.360/1976 com a redação dada pela Lei n. 13.411/2016, cujo § 3º dispõe que o registro será concedido no prazo máximo de noventa dias, a contar da data de protocolo do requerimento, salvo nos casos de inobservância, por parte do requerente, a esta lei ou a seus regulamentos.

Adite-se que o Plenário do STF decidiu no dia 11 de março de 2020, em repercussão geral (Tema 6), que o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente, quando não estiverem previstos na relação do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional do SUS. A maioria dos ministros entendeu que, nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição. O entendimento também considera que o Estado não pode ser obrigado a fornecer fármacos não registrados na agência reguladora, somente em caráter excepcional. Nesse sentido, fizeram a ponderação entre as garantias constitucionais, o limite do financeiramente possível aos entes federados e o desrespeito às filas já existentes. Na sessão, o ministro Alexandre de Moraes explicitou que o excesso de judicialização da saúde tem prejudicado políticas públicas, pois decisões judiciais favoráveis a poucas pessoas, por mais importantes que sejam seus problemas, comprometem o orçamento total destinado a milhões de pessoas que dependem do SUS.<sup>5</sup>

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito social à saúde, enquanto direito fundamental a uma prestação estatal, previsto na CRFB/88, precisa ser protegido contra ações erosivas do legislador e do administrador tendentes a esvaziar seu conteúdo.

Este direito de cunho social é fundamental para a concretização da dignidade da pessoa humana. Classificado como direito fundamental de segunda dimensão e ainda como direito fundamental prestacional, as normas definidoras deste direito possuem natureza principiológica, por isto, o Poder Público tem o dever de criar e fornecer o máximo

5. STF. RE 566471 RG/RN. REPERCUSSÃO GERAL NO RECURSO EXTRAORDINÁRIO. Tribunal Pleno. Rel. Min. Marco Aurélio. J: 15/11/2007. DJe-157 DIVULG 06-12-2007 PUBLIC 07-12-2007. DJ 07-12-2007 PP-00016. EMENT VOL-02302-08 PP-01685

possível de prestações em matéria de saúde observadas as condições fáticas e jurídicas para tanto.

Nesse sentido, a Lei nº 12.401/2011 que dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), introduziu importantes dispositivos na Lei 8.080/90. A criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) enquanto órgão colegiado de caráter permanente, vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, o qual é responsável pela incorporação de tecnologias no SUS e assistida pelo Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde (DGITS). Os Protocolos Clínicos objetivam estabelecer os critérios de diagnóstico de cada doença, de inclusão e exclusão de pacientes ao tratamento, as doses corretas dos medicamentos indicados, bem como os mecanismos de controle, acompanhamento e avaliação, baseados especialmente em evidências científicas sedimentadas e independentes.

Há também vedação expressa do SUS em fornecer medicamentos sem registro na ANVISA, a qual estipula diretrizes clínicas para a inclusão de medicamento na lista do SUS, mediante a melhor evidência clínica externa a partir da pesquisa sistemática que consagrem níveis de evidência para tomadas de decisões clínicas, com suporte em estudos e pesquisas, sobretudo revisões sistemáticas (arts. 1º; 19-O; 19-Q, I, m e 19-T da Lei 8.080/90).

Ocorre que não raras vezes estas prestações de saúde, essenciais à manutenção da vida e indispensáveis à dignidade humana, são negadas administrativamente, o que gerou a chamada judicialização da saúde, de modo que o Poder Judiciário como um todo, tem sido essencial na realização do acesso ao direito social à saúde daqueles a quem muitas vezes é negada uma prestação fundamental à sua subsistência.

Dessa forma, os agentes políticos inseridos na tomada de decisão poderão se utilizar das bases da Saúde Baseada em Evidências, as quais não garantem os resultados das decisões, mas aumenta as possibilidades de que seja tomada a decisão certa. Para tal, é necessário que se identifiquem as informações adequadas em meio aos milhões de publicações anuais na área da saúde, para que o jurista opte pela decisão por métodos diagnósticos com melhor embasamento. Neste sentido, é recomendável que esse profissional desenvolva habilidades para busca de evidências científicas e aprenda a criticar de maneira sistematizada as informações com as quais irá se deparar na tomada de decisões judiciais.

Nesta toada, o STJ, ao modular os efeitos da decisão prolatada no RESp 1657156/RJ, estabeleceu que, para os processos envolvendo a concessão de medicamentos, distribuídos a partir de 04.05.2018, há exigência cumulativa de comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para

o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; e existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência.

Caso o medicamento não possua registro na ANVISA, além dos pontos fixados pelo STJ, ainda deve se atentar para os parâmetros fixados pelo Plenário do STF no julgamento da repercussão geral no julgamento do RE 657.718 –Tema nº 500: o Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais; a ausência de registro na Anvisa impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial; excepcionalmente, é possível a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da Anvisa em apreciar o pedido se preenchidos três requisitos: a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil, salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras; a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior e a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

O Plenário do STF decidiu no dia 11 de março de 2020, em repercussão geral (Tema 6), que o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo solicitados judicialmente, quando não estiverem previstos na relação do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional do SUS, nos casos de remédios de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado pode ser obrigado a fornecê-los, desde que comprovadas a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e de sua família para sua aquisição. Nesse sentido, fizeram a ponderação entre as garantias constitucionais, o limite do financeiramente possível aos entes federados e o desrespeito às filas já existentes, destacando que o excesso de judicialização da saúde tem prejudicado políticas públicas, pois decisões judiciais favoráveis a poucas pessoas, por mais importantes que sejam seus problemas, comprometem o orçamento total destinado a milhões de pessoas que dependem do SUS.

A eficiência na gestão de tecnologias em saúde, nesse contexto, significa obter mais ou melhores resultados a um menor custo. Dessa forma, estaremos adaptando a prática dos profissionais da área do Direito às condições desta nova era, em que as demandas da tecnologia por recursos são cada vez maiores, e os mesmos são finitos, particularmente no Brasil esses recursos são infinitamente menores do que nos Estados Unidos e outros países, e a demanda tecnológica e político-social é a mesma.

É neste sentido que a Medicina Baseada em Evidências constitui-se em uma ferramenta eficiente para tomada de decisões, com segurança de maneira ágil e consciente, a fim de fornecer maior racionalização e efetividade ao que tem se chamado Judicialização da Medicina.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm). Acesso em 30 set. 2019.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 6.360, de 23 de setembro de 1976**. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L6360.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6360.htm). Acesso em 26 set. 2019.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em 26 set. 2019.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm). Acesso em 25 abr. 2020.
- COELHO, Nuno M. M. S. Política, ciência ou má-fé – o ataque policial à cracolândia. **Jornal da USP**, São Paulo, 14 jun. 2017. Disponível em: < <https://jornal.usp.br/artigos/politica-ciencia-ou-ma-fe-o-ataque-policial-a-cracolandia/>>. Acesso em: 20 set. 2019.
- CNJ. **Judicialização da saúde: iniciativas do CNJ são destacadas em seminário no STJ**. Brasília: CNJ. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/86891-judicializacao-da-saude-iniciativas-do-cnj-sao-destacadas-em-seminario-no-stj>. Acesso em 05 set. 2018.
- DALLARI JUNIOR, Helcio de Abreu. **Judicialização e a saúde baseada em evidências**. 2015. 215 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo. 2015.
- LOPES, Luciana de Melo Nunes; Coelho, Tiago Lopes; Diniz, Semíramis Domingues; Andrade, Eli lola Gurgel de. **Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde**. Saúde e Sociedade Métricas Jul 2019, Volume 28 nº 2. p. 124-131.
- MARINHO, Sérgio Augusto Lima. Moreira, Rodrigo Pereira. Nogueira, Marco Aurélio. **Cidadania e Direito à Saúde: Dever Jurisdicional de realização do Direito à saúde na ausência de provas das condições fáticas e jurídicas desfavoráveis**. Cidadania: desenvolvimento social e globalização. 1ª ed. Curitiba: Clássica Editora. 2013. ps. 115-138.
- PAIXÃO, André Luís Soares da. **Reflexões sobre a judicialização do direito à saúde suas implicações no SUS**. In Ciência & Saúde Coletiva Jun 2019, Volume 24 Nº 6. ps 2167/ 2172.
- SOARES, Fabiana de Menezes. **LEGÍSTICA E DESENVOLVIMENTO: A QUALIDADE DA LEI NO QUADRO DA OTIMIZAÇÃO DE UMA MELHOR LEGISLAÇÃO**. Disponível em: <https://www.direito.ufmg.br/revista/articles/31.pdf>. Acesso em 03 out. 2019.
- STJ. EDcl no REsp 1657156/RJ. Rel. Ministro BENEDITO GONÇALVES, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 12/09/2018, **DJe 21/09/2018**.
- STF. STA 175/CE. Tribunal Pleno. Rel. Min. Presidente Gilmar Mendes. v.u. **DJE nº 76**, divulgado em 29/04/2010. Publicação 30/04/2010. Ementário n. 2399-1
- STF. RE 657718 RG/MG. Tribunal Pleno. Rel. Min. Marco Aurélio. j 17/11/2011. Acórdão Eletrônico DJe-051 Divulg 09-03-2012 Public 12-03-2012. Republicação: **DJe-092** Divulg 10-05-2012 Public 11 maio. 2012.

STF. RE 566471 RG/RN. Repercussão geral no Recurso Extraordinário. Tribunal Pleno. Rel. Min. Marco Aurélio. J: 15/11/2007. **DJe-157** DIVULG 06-12-2007 PUBLIC 07-12-2007. DJ 07-12-2007 PP-00016. EMENT Vol-02302-08 pp-01685

SUNSTEIN, Cass R. **The cost benefit revolution**. Cambridge, MA: MIT Press, 2018.

VERBICARO, D., & Rodrigues, L. (2018). A JUDICIALIZAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: CAUSAS, LIMITES E IMPACTOS NO ÂMBITO DO DIREITO À IGUALDADE. **Revista Paradigma**, 27(3). Recuperado de <http://revistas.unaerp.br/paradigma/article/view/1127>.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Abortamento 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39

Aborto 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39

Aids 38, 51, 52, 53, 54, 60, 61, 62

Álcool 40, 41, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 95, 107

### B

Brasil 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 45, 52, 53, 54, 55, 62, 64, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 78, 81, 83, 85, 91, 92, 96, 97, 98, 99, 101, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 113, 120, 122, 123, 126, 127, 128, 131, 132, 134, 135, 136, 137, 138, 142

Brasileiro 4, 5, 19, 20, 22, 34, 53, 62, 63, 64, 66, 67, 72, 74, 100, 101, 116, 127, 131, 135

### C

Câncer 27, 63, 64, 67, 69, 71, 72, 78, 144

Caps 12, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 92, 94, 99, 103, 105, 107

CRAS 30, 34, 35

### D

Desinstitucionalização 97, 98, 100, 101, 106

Diagnóstico 22, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 67, 68, 69, 72, 102, 113, 115, 121, 144

Direito 3, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 19, 23, 24, 28, 29, 31, 46, 53, 55, 65, 66, 68, 74, 76, 95, 96, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 117, 120, 121, 122, 123, 124, 135, 138, 141

Documento 1, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 31, 90, 93, 96, 117, 126

Drogas 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 95, 104, 107, 113, 117, 123

### E

Educação 1, 17, 19, 20, 23, 24, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 39, 60, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 91, 95, 102, 107, 109, 131, 133, 142

Empoderamento 17, 73, 74, 75, 78, 79, 81, 99, 127, 128, 129, 130, 132

Empresariamento 133, 134, 136, 137, 141

Envelhecimento 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 144

Estágio 23, 52, 89, 90, 92, 93, 95, 96, 134

### F

Família 1, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 16, 18, 24, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 56, 57, 58, 60, 76, 77,

88, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 120, 122, 140, 144  
Fundamentais 10, 40, 64, 86, 108, 109, 110, 118, 126  
Fundamental 10, 19, 44, 61, 68, 74, 84, 88, 104, 109, 110, 111, 120, 121, 130

## H

HIV 38, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62  
Hospital 9, 10, 15, 36, 51, 52, 54, 63, 64, 68, 71, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 87, 89,  
90, 92, 93, 94, 95, 96, 134, 139, 144

## I

Idoso 16, 110, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132

## J

Judicialização 108, 109, 110, 117, 120, 121, 122, 123, 124

## M

Mental 1, 2, 6, 7, 8, 9, 12, 15, 17, 18, 19, 23, 33, 40, 41, 42, 43, 45, 49, 50, 66, 89, 90, 91, 92, 93,  
94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 126, 127, 128, 129, 132  
Mulher 8, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 42, 43, 44, 45, 46, 47,  
48, 49, 50, 61, 63, 64, 68, 70, 78, 103  
Multiprofissional 25, 63, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 134, 140, 144

## N

Nascimento 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 46, 51  
Negra 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72

## P

Participação 5, 7, 22, 23, 33, 35, 38, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 87, 92, 94, 95, 97, 99, 100,  
101, 102, 115, 116, 127, 129, 130  
Planejamento 5, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 36, 37, 55, 75, 76, 78, 86, 139  
Política 23, 28, 29, 38, 45, 51, 52, 53, 55, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 74, 75, 78, 86, 90, 91, 92,  
96, 98, 99, 105, 106, 107, 111, 113, 114, 116, 123, 126, 127, 128, 129, 131, 133, 134, 136, 137,  
138, 140, 141, 142, 143, 144  
Promoção 10, 22, 25, 29, 32, 53, 65, 73, 74, 75, 76, 77, 80, 81, 87, 93, 95, 110, 123, 125, 126,  
127, 128, 129, 130, 131, 132  
Psicoativas 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50

## R

Racial 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71

Racismo 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72

Relações Sociais 4, 6, 42, 47, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 61, 69, 84, 102

Reprodutivo 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 55

Residência 63, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 102, 134, 144

Rurais 1, 2, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 74

Rural 1, 2, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 18, 19

## S

Saúde 1, 2, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144

Saúde Mental 1, 2, 15, 17, 23, 33, 40, 41, 43, 45, 49, 66, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 127, 132

Sistema Único de Saúde 108

Social 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 120, 121, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144

SUS 23, 29, 36, 37, 38, 50, 53, 61, 65, 71, 72, 74, 75, 77, 79, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 92, 94, 95, 100, 105, 106, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 126, 136, 143

## T

Transtorno 42, 90, 91, 95, 97, 98, 99, 101, 103, 104, 105, 106, 107

# Processos de Subjetivação no Serviço Social

## 3

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](#) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

 **Atena**  
Editora

**Ano 2020**

# Processos de Subjetivação no Serviço Social

## 3

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br) 

[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br) 

[@atenaeditora](#) 

[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br) 

 **Atena**  
Editora

**Ano 2020**