

# Judicialização do acesso a medicamentos no Ceará e biopolítica

*Samantha Araújo de Andrade Medeiros*

*Universidade Estadual do Ceará - UECE*

*Profa. Dra. Maria Lírida Calou de Araújo e Mendonça*

*Universidade Estadual do Ceará - UECE*

<https://revistas.uece.br/index.php/inovacaotecnologiasocial/article/view/4855>

## Resumo

O objetivo deste trabalho é a problematização do acesso a medicamentos por via judicial, analisando-se a relação entre os poderes médicos e jurídicos na promoção do direito ao acesso a medicamentos no Estado do Ceará, à luz do conceito de biopolítica desenvolvido por Michel Foucault. Partiu-se da análise de processos judiciais impetrados contra as Secretarias de Saúde do estado do Ceará (SESA/CE) ou contra a Secretaria Municipal da Saúde (SMS), no período de 2014 a 2017, cujos objetos estavam voltados à solicitação de medicamentos para o tratamento de doenças crônico-degenerativas. Utilizou-se a análise do discurso, numa perspectiva foucaultiana, para identificar as visões dos atores que compõem os processos judiciais, examinando-se as diferentes maneiras pelas quais o discurso desempenha um papel em sistemas estratégicos. Nos casos analisados, foi observado o condicionamento do Estado às evidências do mercado, da Medicina e do Judiciário. Agenciado ao discurso médico, vislumbrou-se o discurso do magistrado em torno da vida humana, na busca de normatizá-la. Este trabalho acena para a necessidade de realização de investigações mais aprofundadas que permitam a construção de medidas capazes de tornar a sociedade *sujeito político* no contexto biopolítico. A existência de uma demanda por medicamentos junto ao Poder Judiciário demonstra a ingerência deste nas tomadas de decisões da política pública de saúde no Ceará.

**Palavra-chave** poder judiciário e saúde; biopolítica; judicialização e medicamentos.

## Abstract

The purpose of the present work was to analyze the relationship between the medical and legal powers in the promotion of the right to access to medications in the State of Ceará, in light of the concept of biopolitics developed by Michel Foucault. The study departed from the documentary analysis of lawsuits filed against the Health Department of the State of Ceará (SESA) or against the Municipal Health Department (SMS) of the municipality of Fortaleza, from 2014 to 2017. These lawsuits claimed rights to free access to medications for the treatment of chronic degenerative diseases. A discourse analysis under the Foucaultian perspective was used to identify the points of view of the actors involved in the judicial processes, and to examine the different ways in which discourse plays a role in strategic systems. Results and discussion: In the analyzed cases, the State conditioning was observed to the evidences of the market, Medicine and Judiciary. Brokered to medical

discourse, the magistrate's discourse was glimpsed around human life in the search to normalize it. Conclusion: This work beckons to the necessity of conducting deeper investigations that allow the construction of measures capable of making the political subject society in the biopolitical context. The existence of a demand for medications with the Judiciary demonstrates the interference of this in the decision making of public health policy in Ceará.

**Key-word** judiciary and health; biopolitics; judiciary and medications.

## Introdução

A saúde é um direito fundamental, social e universal. O Estado, em seu papel de garantidor dos direitos fundamentais consubstanciados em nossa Carta Magna e concretizador dos direitos sociais de cunho prestacional, possui o dever de fornecer prestações mínimas para garantia da vida e do desenvolvimento sadio da população. A Constituição Brasileira em seu art. 196, preceitua que tais intervenções prestacionais do Estado na área da saúde são desenvolvidas a partir de políticas públicas sociais e econômicas que objetivem a redução ao risco de doenças, além da universalidade de acesso igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Com efeito, dentre o rol de medidas que podem ser citadas como necessárias à garantia da efetiva melhoria das condições de saúde dos cidadãos tem-se a política de medicamentos, cujo “[...] propósito precípua é o de viabilizar a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção de seu uso racional, bem como o acesso da população àqueles considerados essenciais”. (BRASIL, 2001, p. 9).

A garantia do acesso a medicamentos é um dos princípios que orientam as políticas públicas estabelecidas pela Política Nacional de Medicamentos (PNM). Os medicamentos são empregados em intervenções básicas de promoção e de proteção à saúde. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), oferece medicamentos gratuitos para atendimentos ambulatoriais.

O Brasil é um dos principais atores da política de medicamentos na América Latina. Com um sistema de saúde universal garantido por lei, o Brasil oferece um terreno propício para se pensar as maneiras, muitas vezes imprevisíveis, que as pessoas empregam para obtenção de tratamentos, seja junto ao Estado ou ao Mercado (BIEHL, 2016b).

No que se refere ao acesso a medicamentos, a judicialização tem, hodiernamente, se constituído uma das mais confiáveis medidas adotadas por usuários de saúde, para garantia desse direito no atual panorama do Sistema Único de Saúde (SUS), onde os operadores do direito interferem profundamente na alocação de recursos e benefícios dentro das políticas públicas no Brasil (MARQUES; DALLARI, 2007; FERRAZ; VIEIRA, 2009; CARVALHO; LEITE, 2014).

Apesar dos benefícios e avanços da PNM, sobretudo o aumento do acesso da população brasileira a medicamentos, tem-se observado um crescimento significativo do número de demandas judiciais voltadas a esse propósito. A judicialização da saúde acaba por exigir que o Estado, particularmente os gestores das políticas de saúde, forneça os medicamentos e tratamentos requeridos, em homenagem ao direito à saúde definido pela Constituição Federal. Ora, até junho de 2009, 2.762 (duas mil, setecentas e sessenta e duas) ações relacionadas à requisição de medicamentos (BRASIL, 2009) tinham atingido o Supremo Tribunal Federal (STF). No ano de 2015, a Secretaria de Saúde do estado de São Paulo teve seu orçamento num montante aproximado de R\$ 1,2 bilhão. Tal valor destinou-se à aquisição de medicamentos e insumos para atendimento de 57 mil pacientes que recorreram diretamente aos tribunais de justiça (PIERRO, 2017). Até julho de 2016, o Ministério da Saúde respondia a 16.031 ações, 9% acima do montante movido em 2015 (MELLO, 2016).

O termo judicialização é comumente empregado para descrever a crescente dependência da adjudicação de direitos pela resolução de decisões políticas complexas, como a distribuição de escassos recursos (HIRSCHL, 2009; 2011; TATE; VALLINDER, 1995; VALLINDER, 1994). A maior crítica à judicialização, entretanto, é que ela cria incentivos para o Judiciário usurpar as prerrogativas dos demais poderes constituídos pelo governo (HIRSCHL, 2009; 2011; TATE; VALLINDER, 1995; VALLINDER, 1994). Destaque-se, contudo, que autores como Brinks, Gauri e Shen (2015), afirmam que o constitucionalismo dos direitos sociais pode complementar o trabalho de ramos mais representativos do governo e das organizações da sociedade civil.

Em 2014, em entrevista à Folha de São Paulo, o diretor do Centro Cochrane no Brasil, Álvaro Atallah, especulou que são os interesses da indústria farmacêutica na obtenção de lucro que mobilizam a judicialização no setor farmacêutico: “Por que ninguém processa o governo por dar cálcio às gestantes e prevenir a hipertensão? Porque o cálcio não custa nada, não tem nenhum lobby por trás” (ATALLAH, 2014, *online*). Já Biehl (Biehl, 2016) entende que a judicialização é conduzida por elites urbanas que buscam medicamentos de alto custo que não fazem parte da lista de medicamentos governamentais. Sob essa ótica, as pessoas que judicializam são interpretadas como litigantes que explodem a expansividade do direito constitucional à saúde, o que prejudica as políticas de saúde pública programadas pelo País e promove os interesses do setor privado que restringem e esgotam os recursos do Estado.

Uma das características da judicialização no campo da saúde é que, além de indicar um crescente aumento no número de ações judiciais, ela reintroduz discursos de diversos setores em um debate público acerca do direito à saúde, bem como problematiza a natureza do cuidado para além das tecnologias sanitárias e estabelece uma interface entre o público e o privado com instituições governamentais. A judicialização permite, em certa medida, que pacientes, profissionais de saúde, profissionais do direito e tecnologias médicas, por conta das relações que estabelecem entre si, refaçam suas práticas, ocupem novos espaços e se ressignifiquem entre si (BIEHL, 2016a). Estar-se-á, portanto, em um campo fértil para a problematização de novas formas de subjetivação, que podem ser exploradas no agenciamento entre jurisprudência, política e medicamentos.

### **A judicialização do acesso a medicamentos no Ceará**

Para a compreensão do fenômeno da judicialização o estado do Ceará e sua relação com a biopolítica, far-se-á a análise de três processos judiciais voltados à aquisição de medicamentos para tratamento de doenças crônico-degenerativas, impetrados no período de 2014 a 2017.

O primeiro caso analisado é datado de julho de 2014 (Processo n. 0870511-57.2014.8.06.0001). Trata-se de um homem, F.W.R.L, solteiro, diagnosticado com Espondilite Anquilosante que requer à 10ª Vara da Fazenda Pública da Comarca do município de Fortaleza do estado do Ceará o medicamento Adalimumabe.

Para justificar que o medicamento deve ser fornecido ao Sr. F.W.R.L, a Defensoria Pública do estado primeiramente se apropria de um discurso que não nasceu no campo do direito, um enunciado que não tem sua origem na jurisprudência. A Defensoria se apropria do discurso elaborado pela medicina. Num receituário médico, “À Defensoria Pública do Estado do Ceará”, o médico do paciente vai dizer:

O paciente F.W.R.L é portador de Espondilite Anquilosante com grave comprometimento axial e de quadris. Tem HLA B27 positivo e passado de uveíte anterior aguda no olho esquerdo. Necessita utilizar em caráter de urgência imunobiológico Anti-TNF- $\alpha$  - Adalimumabe 40mg, uso subcutâneo de 15 em 15 dias pois encontra-se em atividade da doença a despeito do uso de AINES e DMARDS não biológicos. Doença articular inflamatória axial e periférica grave crônica cujo tratamento na forma axial é a base de AINES e se não [há - nossa correção] resposta

clínica, os Guidelines orientam o início mais precoce possível de Anti-TNF- $\alpha$  sob o risco de deformidades graves e irreversíveis. Tendo em vista que a Espondilite é uma doença articular inflamatória axial e periférica crônica, não há como prever tempo determinado para o uso da medicação. CID M45, Dra. B.G/Reumatologista, em 27/06/2014. (Processo nº 0870511-57.2014.8.06.0001 e código 133ECD).)

A Defensoria se ancora num achado importante que é o fato de que o Adalimumabe está presente na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), ou seja, ele integra um elenco de medicamentos que o SUS se propõe a fornecer.

Depois de apresentar o laudo médico, verifica-se a associação do uso do medicamento à possibilidade de viver. “O Requerente”, alega a Defensoria, “[...] não pode ficar sem o uso do medicamento, sendo, atualmente, o único meio eficaz de controlar a sua doença, tornando-se imprescindível para o seu convívio em sociedade e para a manutenção da sua vida”. Em seguida, a culpabilização:

Toda essa situação está deixando a requerente psicologicamente *aflito e angustiado*, pois, além de estar com a saúde debilitada por causa de uma neoplasia, tem ainda que enfrentar uma situação adversa, por culpa da requerida, que poderá se não for imediatamente sanado pelo Poder Judiciário, levá-lo à morte. (grifo do autor).

Quem está sendo culpabilizado? Quem é o responsável pelo mal-estar do paciente? A resposta é: aquele ou aquela que tem a obrigação, o dever de promover a saúde, ora, o próprio Estado. E será o Poder Judiciário o responsável por mediar essa tensão, esse conflito, essa guerra de força que está, na perspectiva da Defensoria, prejudicando o Sr. F.W.R.L. A prova de que isto é possível, a de que o Judiciário pode e intervirá para apaziguar a tensão é que a Defensoria apresenta casos semelhantes solucionados, a exemplo do fornecimento do medicamento Humira® (Adalimumabe) ocorrido no estado de Minas Gerais.

Com efeito, em suas alegações, a Defensoria sustenta que o Estado “[...] não pode exonerar-se de suas obrigações constitucionais”, ou seja, deixar de proteger a vida dos indivíduos. Aduz que a saúde, como consta na Constituição Federal do Brasil, é direito de todos e, por conseguinte, constitui-se obrigação do Estado mantê-la e preservá-la. Inclusive, para assegurar o fornecimento do medicamento, o Poder Judiciário poderá até bloquear os valores necessários para sua aquisição em contas públicas, como forma de assegurar a tutela.

Percebe-se, portanto, uma medida de punição. Sob essa ótica, a punição pela taxaço, pelo bloqueio de reservas, como medida de assegurar o tratamento, é uma das características da sociedade disciplinar. É o modo de reparar o dano físico sofrido pelo paciente. Contudo, constata-se a alegação de existência de outro dano além do físico, qual seja: o constrangimento, o dano moral, a aflição imposta ao paciente, o sofrimento pela recusa do tratamento, pela temeridade do agravamento da doença, e possível morte. A reparação do dano é reclamada pela Defensoria por meio da punição. A punição defendida pela Defensoria é necessária “[...] para que o causador do dano sofra as consequências de seu ato e, em tese, o desestime a que assim haja em casos futuros”. O Estado deve fazer a compensação do sofrimento imposto, “[...] correspondente ao pagamento de uma indenização aos requerentes, face ao mal sofrido, embora se saiba que a moral não tem preço”.

No segundo caso, Processo n. 0805770-21.2014.4.05.8100, datado de setembro de 2014, a paciente M.S.S. é portadora de neoplasia maligna do ovário. Segundo documentos apresentados pela Defensoria Pública

[...] o quadro clínico deve se agravar rapidamente e necessita do medicamento DOXOPEG 83mg + 250mL SFO 9% EV em 1 hora, aplicando a cada 28 dias, por tempo indeterminado ou toxicidade limitante, para o efetivo controle dos sintomas de seu transtorno, o que, segundo prescrição médica, é o tratamento adequado ao estágio da enfermidade em que se encontra a autora.

Além do mais, “[...] o curso de cada caixa do referido remédio, que possui registro na ANVISA, é elevado e a autora não dispõe de condições para adquiri-lo”. Em outras palavras, a Defensoria Pública defende que a paciente não tem como comprar o medicamento e a unidade de saúde onde ela é tratada não o disponibiliza. Em razão disso, sustenta que o Estado deve fornecê-lo, caso contrário, a paciente morrerá brevemente. Relevante mencionar que o custo mensal do tratamento consta do processo e, em data de 30 de setembro de 2014, alcançava o montante de R\$ 12.717,00.

Nos dois casos apresentados, ambos os pacientes estão afetados por doenças, cujo não enfrentamento farmacológico terá desfechos funestos: imobilidade progressiva e óbito. As condições financeiras dos pacientes os impossibilita da aquisição do tratamento. Percebe-se o esboço de algo muito importante cujas consequências, como se sabe, são desagradáveis para gestores sanitários, governantes e, sobretudo, pacientes. A análise do que ocorre nos processos de judicialização dos medicamentos leva à conclusão de que o Poder Judiciário também se tornou refém das práticas prescritivas de insumos farmacêuticos de custos elevados. Sob a justificativa de que a ausência do tratamento ameaça o direito constitucional à saúde, de que a não disponibilização dos medicamentos ameaçam à vida, medicamentos caros, muitas vezes inacessíveis à maioria dos cidadãos, são prescritos para o manejo de doenças cujos tratamentos existentes deram resolutividade inquestionável até o aparecimento de novas moléculas elaboradas pela indústria farmacêutica. Pode-se afirmar que houve, com a judicialização do acesso a medicamentos, uma juridificação da Medicina, podendo ser melhor compreendida na medida em que organiza o mercado desse setor.

Outro exemplo dessa racionalidade jurídica que faz interface com o campo médico, organizando o mercado farmacêutico, é a limitação crescente dos recursos das três esferas governamentais (União, estados e municípios), que é invocada a justificar a impossibilidade da disponibilização dos medicamentos, mas que não resiste à ilimitação do mercado externo, internacional, mundial, diga-se, assim, dos medicamentos, capaz de persuadir os organismos reguladores acerca da supremacia dos novos fármacos frente aos já existentes. Quanto mais vasto esse mercado farmacêutico, menos fronteiras, menos regulações e limites haverá, de modo que até os cofres públicos mais esvaziados sucumbem frente às promessas de uma saúde longínqua. (MARQUES & DALLARI, 2007).

Seria um equívoco pensar que o Estado, ao conceder medicamentos caríssimos, está reconhecendo o direito fundamental de acesso à saúde, tido por essencial a todos os indivíduos. De modo algum. O que o Estado está a fazer é reconhecendo e se comprometendo com mecanismos econômicos que lhe permitam conhecer, com precisão, o que acontece na sociedade, no mercado, nos circuitos econômicos, sanitários, de modo que a limitação de seu poder seja condicionada pelas evidências das análises econômicas que ele deverá respeitar. O Estado está condicionado não aos direitos fundamentais das pessoas, mas às evidências do mercado. É isto que é preciso considerar. A mesma racionalidade jurídica empregada para impor o direito aos tratamentos farmacológicos é empregada para obrigar o Estado a custear exames específicos, a exemplo do exame de ressonância magnética, eletroencefalograma, bem como o fornecimento de aparelhos auditivos, implante de prótese, internação em unidade de tratamento intensivo (UTI), tratamento psiquiátrico ou psicológico, custeio de transporte etc. A partir dessa perspectiva é que se pode compreender melhor as implicações do Poder Judiciário.

Partindo-se ao terceiro caso analisado (Processo n. 0149876-04.2011.8.06.0001), o que se verifica de modo nítido é a postura defensiva do Estado. Ele reconhece seu dever em prover os cidadãos dos tratamentos, todavia, adota uma postura de esclarecimento ao Judiciário: o tratamento está disponível, contudo este deve ser procurado em unidades

específicas, em unidades que dispõem de protocolos próprios para cada doença. Não é o tratamento prescrito pelo médico que será disponibilizado, mas o tratamento estabelecido por um grupo de especialistas, um tratamento em forma de protocolo. Destaca-se, inclusive, que, a esses protocolos, devem ser submetidas as solicitações do Judiciário, notadamente as prescrições dos médicos dos pacientes.

O caso é de um indivíduo, F.C.J., portador de câncer dos gânglios linfáticos (também conhecido como Linfoma Não-Hodkin Folicular), ao qual fora prescrito o medicamento Mabthera® (cuja substância ativa é Rituximabe). Ocorre que o Rituximabe é disponibilizado pelo SUS, porém, para que seja manejado, faz-se necessário que o paciente seja encaminhado a um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Com efeito, acerca dos fatos trazidos aos aludidos autos, mostra-se imperioso o esclarecimento de alguns pontos. Primeiramente, a SESA, que está sendo culpabilizada pela Defensoria Pública pelo não fornecimento do medicamento, não está diretamente e nem indiretamente envolvida na sua concessão. Em segundo lugar, existem diretrizes terapêuticas e diagnósticas para este tipo de câncer. Por fim, o Rituximabe está incluído como alternativa para o tratamento do câncer em questão. Assim, sob essa ótica, entende-se que o Estado não pode ser culpabilizado. Ora, o que se percebe é justamente uma relação de forças, de saberes e, conseqüentemente, de poder. O que a defesa do Estado está a defender é que existem outros saberes aos quais podem e devem estar subordinados os saberes do médico e do paciente, até mesmo os saberes judiciais. Essa hierarquia de saber traduz a hierarquia de poder a qual o acesso aos medicamentos, aos tratamentos e a realização de exames médicos devem estar submetidos.

Na realidade, o que entra em questão é justamente o problema da verdade médica, da verdade sobre o medicamento. Entendendo-se como a verdade sobre o medicamento o conjunto de informações relacionadas à sua eficácia, sua efetividade e sua segurança. Pois não basta que seja prescrito ao paciente qualquer medicamento, mesmo que este seja recém-lançado no mercado, é preciso que seja prescrito o medicamento cuja eficácia e efetividade estejam demonstradas por meio de evidências científicas, comprovadas por estudos clínicos. Além do mais, é preciso que o uso do medicamento não esteja associado a danos à saúde dos usuários. Essas evidências, essas verdades sobre o medicamento precisam estar demonstradas e a elas é que devem ser submetidas à prescrição e à disponibilização dos tratamentos. O direito do paciente, portanto, esbarra frente a esta verdade. À verdade devem se submeter o direito do paciente à saúde, bem como a prática médica.

Não se trata da ignorância ou do desconhecimento, mas do valor que é atribuído à verdade científica, o valor superior dessa verdade. Nesse sentido, o modo de proceder do Judiciário deve ser subordinado aos critérios estabelecidos em outro campo, que é o campo médico. Dessa maneira, a questão do conhecimento remete à da moralidade. Assim, a questão não é indagar qual o conhecimento é verdadeiro ou falso, mas qual tem força de determinar a conduta, o comportamento a ser adotado pela sociedade e indivíduos. E a força está associada ao grau da verdade elaborada por aqueles que a instituíram. São estes que instituem valores a serem seguidos pela sociedade. Em suma, a questão foucaultiana que pode ser colocada é: a serviço de que tipo de vida se coloca a verdade fabricada e instituída?

Ora, de fato, pode se dizer que a verdade que nasce no campo jurídico é uma criação do homem: não são fatos, são interpretações introduzidas pelo Judiciário no mundo para dar conta das tensões, dos conflitos de interesses existentes (MACHADO, 2002).

Nos processos judiciais, um elemento comum é a produção do culpado e a conseqüente solicitação de sua penalização. A ideia central dos argumentos lançados pela Defensoria Pública e fazer da culpabilização a força coercitiva, repressora e reguladora do próprio Estado. Outro efeito da culpabilização é a transformação do paciente, do doente, em ressentido. O paciente vai atribuir ao Estado a causa de seu sofrimento, transformando-o no culpado por qualquer consequência trágica de sua doença, já que é ele, nos moldes dispostos na Constituição Federal, o responsável pelo fornecimento do tratamento prescrito e, ao não

o fazer, passa a ser digno de punição. Afinal, alguém deve ser o culpado de que ele, o paciente, tenha adoecido, sofra ou morra por conta do não tratamento da doença.

O Estado, nos casos apresentados, reconhece o estado mórbido da doença, a malignidade da doença, o seu desfecho terrível em não sendo fornecido o tratamento requerido. O Estado aceita a verdade médica, igualmente apresentada pelo Poder Judiciário, aceita a veracidade dos exames, contudo apresenta outra verdade que não pode ser ignorada. Uma verdade que é, inclusive, do conhecimento dos pacientes, dos seus médicos e dos magistrados. Uma verdade que fora convocada, mencionada para justificar o apelo do paciente ao Poder Judiciário, é a verdade acerca do custo do tratamento. Essa verdade, todavia, é a mesma que será empregada pelo Estado, ou seja, ele também não tem recursos financeiros para custear os tratamentos.

A verdade, o conhecimento, faz parte de uma disputa, de uma relação de conflito entre o Estado e o cidadão, uma batalha. Como disse Foucault (2006, p. 231):

Na sociedade, há milhares e milhares de poder e, por conseguinte, relações de forças de pequenos enfrentamentos, microlutas, de algum modo. Se é verdade que essas pequenas relações de poder são com frequência comandadas, induzidas do alto pelos grandes poderes de Estado ou pelas grandes dominações de classe, é preciso ainda dizer que, em sentido inverso, uma dominação de classe ou uma estrutura de Estado só podem funcionar se há, na base, essas pequenas relações de poder. O que seria o poder de Estado, aquele que impõe, por exemplo, o serviço militar, se não houvesse, em torno de cada indivíduo, todo um feixe de relações de poder que o liga a seus pais, a seu patrão, a seu professor – àquele que sabe, àquele que lhe enfiou na cabeça tal ou tal ideia?

A estrutura do Estado mantém todos os indivíduos que se encontram em microdisputas em torno da saúde, que definitivamente faz parte da macroeconomia, empregando táticas que nos aprisionam. São métodos e estratégias distintas umas das outras, que variam de época em época, de local, de níveis de atuação. A política tem seus métodos, a medicina e o judiciário, tem os seus. O método empregado pelo Judiciário para que o Estado cumpra seu dever não é um método brutal, essas relações de força são sempre reversíveis. O Estado não é sempre dominante, como também não será sempre dominante o paciente.

As relações de poder suscitam necessariamente, apelam a cada instante, abrem a possibilidade a uma resistência, e é porque há possibilidade de resistência e resistência real que o poder daquele que domina tenta se manter com tanto mais força, tanto mais astúcia quanto maior for a resistência (FOUCAULT, 2006, p. 232).

Eis o motivo pelo qual vamos encontrar, seja por parte da Defensoria, seja por parte da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA), procedimentos que permitem a elaboração de enunciados considerados verdadeiros. É a astúcia, a habilidade em confeccionar o melhor enunciado, o “mais verdadeiro”, que permite o triunfo, a imposição da força ou da resistência ao poder. Na realidade, o que triunfará não é a doença ou a saúde, não é o direito à saúde do paciente nem o dever do Estado em promovê-la, o que triunfa é a verdade do enunciado.

## **Medicamentos e biopolítica**

Michel Foucault, em seu curso ministrado entre os anos de 1975 e 1976 no *Collège de France*, intitulado “Em defesa da sociedade”, sinalizou a assunção da vida pelo poder,

ocorrida a partir do século XIX. Tal fenômeno ele denominou como “estatização do biológico”. Para o autor:

Em um regime monárquico, tinha-se a vida e a morte a cargo do poder do monarca. Ele, o rei, podia fazer morrer e deixar viver. Morte e vida estão dentro de um poder político, fenômenos que só se tornam direitos pela vontade do soberano: é porque o rei pode matar que ele exerce o direito sobre a vida. Após o regime monárquico, em meados dos séculos XVII e XVIII, aparecem técnicas de poder centradas no corpo individual, procedimentos que tinham como finalidade uma racionalização da força do trabalho, numa sociedade que Foucault denominou de sociedade disciplinar (Foucault, 2004). No final do século XVIII e já iniciando o século XIX, aparece uma tecnologia de poder que vai privilegiar não mais o corpo individual, mas o corpo populacional, o homem espécie, não individualizante como o poder disciplinar, mas massificante. Não mais uma anátomo-política do corpo humano, mas “uma biopolítica” da espécie humana”. (Foucault, 2002, p. 289).

A partir daí pode se questionar qual será o objeto de estudo da biopolítica, do que ela irá se ocupar. Ora, a biopolítica ocupa-se da natalidade, da morbidade, na mortalidade, de fenômenos que atingem a população. Se encarregará da natureza das doenças, da sua extensão, da sua duração e intensidade, de como elas impactam no tempo de trabalho, nos custos econômicos, na produtividade, nos custos de seus tratamentos. Ela avaliará a doença que abate a população, a morte que entra sorrateiramente na vida, e a enfraquece e destrói. A medicina sofre, portanto, uma importante mudança. Ela não vai se restringir demasiadamente sobre o corpo individual, mas passa a adquirir, a partir do século XVIII, o encargo do aprendizado da higiene, ampliando a ação medicalizante da sociedade (coordenação de tratamentos, centralização de informações sanitárias, normalização dos saberes, por exemplo). Destaque-se, contudo, que a biopolítica também passa a se ocupar de fenômenos como a industrialização, a velhice, as anomalias, as incapacidades, ou seja, se encarrega de implantar e desenvolver mecanismos mais racionais, sutis, de seguros, de poupanças individual e coletiva, de seguridade social, de investimentos, de regulação do tempo e do território. Em suma:

[...] a preocupação com as relações entre a espécie humana, os seres humanos enquanto espécie, enquanto seres vivos, e seu meio, seu meio de existência – sejam os efeitos brutos do meio geográfico, climático, hidrográfico: os problemas, por exemplo, dos pântanos, das epidemias ligadas a existência dos pântanos durante toda a primeira metade do século XIX. E, igualmente, o problema desse meio, na medida em que não é um meio natural e em que repercute na população; um meio que foi criado por ela. Será, essencialmente, o problema da cidade. Eu lhes assinalo aqui, simplesmente, alguns dos pontos a partir dos quais se constituiu essa biopolítica, algumas de suas práticas e as primeiras das suas áreas de intervenção, de saber e de poder ao mesmo tempo: é da natalidade, da morbidade, das incapacidades biológicas diversas, dos efeitos do meio, é disso tudo que a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder. (FOUCAULT, 2002, p. 292).

Nisso tudo há uma série de coisas que se afiguram importantes. A primeira seria o aparecimento da noção de população (FOUCAULT, 2008b). A biopolítica lida com a população, como problema político, científico e político, como problema biológico e de poder. Não se trata de um corpo social, como pensam alguns juristas, mas de um corpo múltiplo, com inúmeras cabeças. Outro aspecto importante diz respeito à natureza dos fenômenos objetos de ocupação. Trata-se de fenômenos coletivos. Além disso, a biopolítica vai intervir nas determinações desses fenômenos com o intuito de regulá-los (FOUCAULT, 2005). Portanto, é possível verificar o empenho em reduzir as morbidades, em alongar a



vida, estimular a natalidade, ou seja, otimizar um estado de vida via mecanismos globais. Mais uma vez citando Foucault:

Aquém, portanto, do grande poder absoluto, dramático, sombrio que era o poder da soberania, e que consistia em poder fazer morrer, eis que aparece agora, com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a população enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de “fazer viver”. A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer. (FOUCAULT, 2002, p. 294).

A partir da manifestação desse poder que se percebe, no século passado, especificamente em 1942, a apresentação de um plano que, primeiramente na Inglaterra e depois em muitos países, serviu de modelo para a organização da assistência à saúde após a Segunda Guerra Mundial. Trata-se do famoso Plano Beveridge.

Em que consistia o *Plano Beveridge*? Na verdade, foi um relatório, um relatório que, inegavelmente, é um representante do auge da política social, da adoção de medidas de proteção da vida do homem-espécie, com contribuições para a sociedade com ideais de justiça, igualdade e universalidade. O grande mérito do Relatório foi apresentar, de modo pioneiro, um plano político com reformas sociais com pretensões de abrangência e de universalidade. A partir dele, que foi implantado na Inglaterra um avançado regime de proteção social que teve ampla aceitação (PEREIRA, 2008).

A comissão responsável pela formulação do *Relatório Beveridge*, primeiramente chamada de Comissão Inter-Ministerial de Seguros Sociais e Serviços Afins (*Inter-departmental Committee on Social Insurance and Allied Services*), tinha como tarefa a elaboração de um projeto que fosse capaz de interligar programas já existentes, tendo como base as iniciativas existentes e as iniciativas da própria Inglaterra. No Relatório, aparecem com clareza, expressões que seriam usadas posteriormente pela OMS, pela Constituição Brasileira de 1988 e pelas diretrizes do SUS, que são:

A restauração da saúde de uma pessoa doente é um dever do Estado, antes de qualquer outra apreciação. A postulação feita aqui está de acordo com a definição dos objetivos do serviço médico proposto no Projeto de Relatório Interino da Comissão de Planejamento Médico da British Medical Association: a) fornecer um sistema de atendimento médico que objetive a promoção da saúde, a prevenção das doenças e o alívio dos sintomas; b) disponibilizar a cada indivíduo todos os serviços médicos necessários, tanto gerais como especiais, tanto domiciliares como institucionais (Beveridge, 1942, p. 159; tradução nossa).

Inicialmente foram 23 propostas elaboradas por essa Comissão. No tocante à saúde, as propostas visaram à ampliação e racionalização dos serviços médicos vigentes, bem como a separação entre o tratamento médico e os auxílios em dinheiro, ou seja, os auxílios seriam totalmente administrados pelo Ministério do Seguro Social, enquanto os serviços médicos e de reabilitação ficariam a cargo do Estado, financeira e administrativamente, e de suas respectivas repartições responsáveis.

O Relatório Beveridge reveste-se de importantes significados para a compreensão da judicialização da saúde. Primeiramente, indica que o Estado se encarregará da saúde, e se encarregará como uma prioridade. É claro que essa não foi uma inovação, pois, desde o século XVIII, uma das funções da medicina de Estado era a de garantir a saúde física dos cidadãos. Todavia, essa obrigatoriedade tinha como finalidade assegurar a força física do trabalhador, sua capacidade de produção, de defesa a ataques militares. Com o Plano, a promoção da saúde torna-se um dever do Estado e um direito dos cidadãos, ou seja, o homem tem o direito de manter seu corpo em boa saúde e esse direito torna-se objeto de

ação do Estado. Desse modo, pode-se entender que inverteram as coisas: se antes se promovia a saúde do indivíduo para este servir ao Estado, posteriormente se terá a promoção de um Estado que garanta indivíduos em boa saúde.

Um segundo aspecto a ser destacado com relação ao Plano Beveridge refere-se à moral do corpo. Com a edição do Relatório, não se observa simplesmente uma inversão do direito, mas de uma moral do corpo. Pode-se encontrar, no século XIX, uma copiosa literatura sobre a obrigatoriedade dos indivíduos de adotar comportamentos para garantir sua saúde (DALLARI, 2000; SANTOS, 2008). Já a partir da Segunda Grande Guerra observa-se o surgimento de outra moral. Não mais se falará da obrigatoriedade da limpeza e da higiene para a obtenção do bem-estar físico, da saúde, mas sim do direito de se adoecer, do direito de se interromper o trabalho quando se adoecer. Falar-se-á do dever do Estado em garantir que o trabalhador doente tenha assistência integral enquanto perdurar esse estado mórbido (BEVERIDGE, 1942).

Outrossim, denota-se, com a edição do Relatório, que a saúde passa a adentrar no campo da macroeconomia. Os gastos com a saúde, com a interrupção do trabalho por conta do adoecimento, a aquisição de todas as tecnologias, equipamentos e recursos humanos, ou seja, a garantia de todas as condições que permitam assegurar a saúde da população, convertem-se numa fonte de despesas que entrarão na grande rubrica do orçamento estatal. Por isso, desde o início do século XX, uma das atribuições da política orçamentária da maioria dos países foi a de garantir, por meio de um sistema de impostos, uma equiparação de rendimentos, o que pôde ser visto na França e Alemanha (FOUCAULT, 1998). Dessa maneira, a redistribuição não dependerá do orçamento, mas de um sistema de regulação e de cobertura econômica para promoção da saúde. Assim, a saúde e o corpo se converteram em instrumentos de socialização dos indivíduos.

Um último aspecto a ser mencionado refere-se ao modo como a saúde tornou-se objeto de uma guerra política. Depois do fim da guerra e do triunfo dos direitos trabalhistas nas eleições em 1945 (PATEMAN, 2000), não haverá partido político nem campanha política, em qualquer país no Ocidente, que não coloque a saúde como um problema, que não mencione o modo como o Estado deverá assegurá-la e como financiará os gastos dos indivíduos nesse setor (RESNIK, 2007).

É tomando como ponto de referência o Relatório Beveridge que se pode observar, a partir da metade do século XX, a formulação de um novo direito, de uma nova economia, de uma nova moral, de uma nova política do corpo. É curioso que os juristas, em grande parte, ignorem esse capítulo fundamental na história da jurisprudência, que é a história do corpo humano. Foi a partir desse período, segundo Foucault (2010, p. 171), que “[...] o corpo do indivíduo se converte em um dos objetivos principais da intervenção do Estado, um dos grandes objetos de que o próprio Estado deverá encarregar-se”.

Outro aspecto de suma importância para a compreensão do fenômeno da judicialização é a questão da medicalização. Sabe-se que o domínio próprio da medicina é constituído por objetos denominados “doenças”. A medicina responde à demanda do doente, ao alívio do seu sofrimento, de seus sintomas, de seu mal-estar. Todavia não há dúvidas de que foi muito mais além. Com frequência, a medicina se impõe ao cidadão, doente ou não, como ato de autoridade. Exemplifica-se o fato de que ninguém é contratado por uma empresa privada ou admitido em um serviço público sem o “ditame” do médico, que emite autoritariamente o laudo de aptidão. Do mesmo modo, uma pessoa acusada de haver cometido alguma infração grave capaz de levá-la ao julgamento em tribunais, é submetida obrigatoriamente ao exame de um perito. Eis, portanto, alguns exemplos de intervenção médica que não são oriundas da demanda do paciente, do doente.

Atualmente, há outros exemplos que demonstram que a intervenção médica não se restringe às doenças. Desde o começo do século XX, a sexualidade, o comportamento sexual, os denominados “desvios sexuais”, dizem respeito à intervenção médica. A título de exemplo, a intervenção sistemática de um especialista, como um psiquiatra, sobre os homossexuais, pode ser compreendida como a medicalização de um objeto que não uma

doença. A medicina teria, portanto, passado a intervir naqueles comportamentos rotulados como “anormais”, como anunciava Foucault:

Se é certo que os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser dirigido por um sistema de leis codificadas, pode-se afirmar que, no século XX, os médicos estão inventando uma sociedade não da lei, mas da norma. O que rege a sociedade não são os códigos, mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade (FOUCAULT, 2010, p. 181).

Com efeito, em suas investigações sobre loucura, prisões, sexualidade, enfim, formas de produção de subjetividades, Foucault demonstrou que, desde o século XVIII, a Medicina se ocupa de aspectos diferentes das doenças, o que possibilitou um desbloqueio epistemológico no final do século XVIII. Isso fica nítido em sua obra intitulada “O nascimento da clínica” (FOUCAULT, 2004a/1963). Foucault, em uma conferência intitulada “O nascimento da medicina social” (FOUCAULT, 1984), assinala que a autoridade médica é uma autoridade social, capaz de tomar decisões no nível de um bairro, uma instituição. Essa é a medicina de Estado. Eis, portanto, a razão pela qual o discurso médico é empregado pela Defensoria Pública para justificar a necessidade de se fornecer o medicamento aos pacientes. É esse reconhecimento da função da medicina de Estado, do seu poder, de sua verdade.

Ora, os fundamentos das decisões analisadas neste trabalho tiveram por base o disposto no art. 196 da Constituição Federal de 1988, que preceitua 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. (BRASIL, 1988, *online*).

Eis, o argumento. Um argumento que fora desenhado na Inglaterra, que fora adotado pela OMS e igualmente pelo Brasil. É esse argumento que obriga o Poder Público a fornecer medicamentos a pessoas em situação de risco de morte. O argumento apresentado fora inventado, elaborado, tornando-se posteriormente uma regra, uma norma, um *dever*, uma verdade jurídica. Dizer que a verdade jurídica é uma invenção é dizer que ela não tem uma origem, ou seja, não está inscrita em absoluto na natureza humana. O argumento empregado é, pois, um convite à submissão, submissão ao direito. O dever do Estado em promover a saúde nasceu na história, foi criado nela e é, portanto, resultado de um jogo de interesses, de relações de força. É tomando a perspectiva na qual o conhecimento nasce de uma relação de luta, de dominação, de vontade de poder, que Foucault defendeu:

Ora, se quisermos saber o que é o conhecimento, não é preciso nos aproximarmos da forma de vida, de existência, de ascetismo, própria ao filósofo. Se quisermos realmente conhecer o conhecimento, saber o que ele é, aprendê-lo em sua raiz, em sua fabricação, devemos nos aproximar, não dos filósofos mas dos políticos, devemos compreender quais são as relações de luta e de poder. E é somente nessas relações de luta e de poder – na maneira como as coisas entre si, os homens entre si se odeiam, lutam, procuram dominar uns aos outros, querem exercer, uns sobre os outros, relações de poder – que compreendemos em que consiste o conhecimento (FOUCAULT, 2002b, p. 23).

A verdade tem sua geografia, seus mensageiros. Essa verdade não é universal. O direito à saúde não é universal. Se observadas todas as leis que regulamentam as políticas das nações, serão encontradas algumas nas quais a saúde não aparece como uma obrigatoriedade do Estado (GOSTIN; ARCHER, 2007). A relação que se estabelece entre o Estado e o doente é uma relação de conhecimento, mas também é uma relação de poder (FOUCAULT, 2006).

No momento em que a doença aparece em sua verdade (sinais, sintomas, sequelas e poder de morte), ela revela uma verdade que ela teria escondido em si, uma verdade que diz respeito ao outro, que é a da impossibilidade do doente arcar com seu tratamento, que é a indisponibilidade gratuita de seu tratamento, que é a necessidade de se recorrer a outro poder, que não é o da medicina, para ter acesso à cura. Eis uma das verdades que a doença revela. É precisamente essa verdade da doença que convoca o magistrado a intervir.

O magistrado deve, em primeiro lugar, recolher as provas da doença, os exames médicos; em segundo lugar, a verdade médica sobre o tratamento da doença, os meios necessários para a cura, para o alívio do mal-estar do doente; em terceiro lugar, as condições do paciente em receber o tratamento, sua indisponibilidade, seu custo, as consequências para sua vida, caso não o tenha. Depois desse apanhando, somente depois, ele fará seu julgamento, e, à luz da lei, da moral, iniciará uma batalha para vencer, ou seja, fazer com que o direito do paciente triunfe, reforçando as diretrizes e as políticas públicas de bem-estar social. Todavia, será preciso ter cautela, pois o que acontecerá se dobrar o Estado a realizar sua solicitação? Vai acontecer que o Estado, esgotado seus recursos, não poderá socorrer todas as necessidades de seus cidadãos, sem recursos não poderá travar sua batalha em socorrer outras demandas sociais. Por isso, o equilíbrio tem de ser suficientemente mantido.

Da mesma maneira, se o Estado não dobrar, não atender as necessidades do doente, se ele se tornar rigoroso demais, os movimentos pelos quais ele busca conter seus recursos, pelos quais ele busca administrar suas finanças se tornarão agressivos de maneira que, o doente que necessita de tratamento poderá vir a morrer. O magistrado, portanto, nessa tecnologia de saber-poder, que é a ação judicial, aparece como um gerente e o árbitro, não simplesmente do direito, mas de uma política, de uma biopolítica. É isso que se pode denominar de judicialização da biopolítica.

## Considerações finais

As análises realizadas por Foucault, sobre biopolítica e neoliberalismo, são fundamentais para compreender a interface verificada entre medicina, direito e mercado. Nas sociedades liberais, o mercado formula a sua verdade e a propõe como regra e norma à prática governamental. O mercado, que até o final do século XVII era o lugar da justiça, deixou de sê-lo no século XVIII, passando a ser o lugar da verdade.

Para compreender como o mercado tornou-se um lugar da verdade seria necessário efetuar uma análise das múltiplas relações estabelecidas entre a situação monetária das principais nações no Ocidente e os crescimentos econômicos e demográficos, justamente com as conformações teóricas dos problemas econômicos, todavia, não é esse o objetivo deste estudo. Por outro lado, é importante mencionar que há uma história do mercado jurisdicional, depois veridicional, cruzamentos entre jurisdição e veridificação, fenômenos fundamentais na história do Ocidente e que colaboraram para que a sociedade civil fosse reduzida a um domínio transaccional de assuntos livres movidos por interesses financeiros (BIEHL, 2016b).

No Brasil, as ações judiciais envolvendo tecnologias médicas, particularmente aquelas que solicitam medicamentos, sinalizam um movimento em direção a versões cada vez mais comercializadas de política e cidadania. Ocorre, entretanto, que diferentemente das reflexões realizadas por Foucault, é possível observar um retorno surpreendente do sujeito jurídico nas economias políticas do liberalismo tardio. Nas ações judiciais, a mudança que Foucault sinalizava, do corpo individual ao corpo populacional, do *homo*

*jurídicus* ao *homo economicus*, não tem lugar privilegiado, ou seja, não se mantém. Na judicialização da saúde, observa-se a penetração e manutenção dos princípios do mercado na prestação dos cuidados à saúde, alinhados com o sujeito jurídico dos direitos. O sujeito econômico, um consumidor de tecnociência, de escolha racional, é, simultaneamente, objeto de direitos legais. O direito à saúde, a reivindicação por viver é, portanto, reclamado em algum lugar entre as secretarias de saúde dos municípios ou dos estados, os tribunais e o mercado.

Verifica-se, no Brasil, uma experimentação jurídico-política que se torna visível nas tentativas individuais daqueles que entram na justiça para terem acesso a medicamentos. As diretrizes e normas elaboradas na tentativa de regulamentar esse litígio generalizado do direito à saúde estão em constantes mudanças, e diversos segmentos (Instituições do Estado e do Mercado, bem como especialistas, representantes legais e pacientes) a manipulam com o objetivo de alavancar o acesso. Embora precária, essa estrutura informa, de modo significativo, as formas de vida das pessoas em um contexto onde instituições públicas de saúde, inadequadas ou não, revelam o alcance da governamentalidade em tempo real.

Embora o Brasil tenha uma política nacional de medicamentos e os estados disponham de suas políticas próprias fundamentadas naquela, muitas pessoas que se dirigem às ao sistema público e farmácias populares constataam que os medicamentos prescritos não se encontram ali, ou seja, os médicos prescrevem medicamentos recém-lançados no mercado, ainda não incluídos nos formulários terapêuticos e, dessa maneira, não disponibilizados aos usuários do SUS. O que se verifica hoje, na realidade, é que os governos em todos os níveis (federal, estadual e municipal) não conseguem gerenciar efetivamente um sistema de saúde complexo, onde se assiste um aumento das demandas por tecnológicas, por infraestruturas e por recursos econômicos, no qual os setores públicos e privados tornam-se cada vez mais indistinguíveis.

A judicialização da saúde, a demanda por medicamentos junto ao Poder Judiciário, notadamente em âmbito estadual, é um fenômeno que acaba por ensejar a ingerência desse na consecução das políticas públicas de saúde previstas para o estado do Ceará. A concessão de medicamentos sem a autorização técnica do gestor público, que por vezes disponibiliza medicamentos igualmente eficazes para o manejo farmacológico das doenças prevalentes, sinaliza o desrespeito à política pública de saúde pactuada no estado.

Com efeito, nem os gestores sanitários tampouco os magistrados encontram-se em situação confortável perante o desafio de definir limites máximos e mínimos para resolução das demandas voltadas à disponibilização de tratamentos na área da saúde, notadamente para fornecimento de medicamentos. Esse desconforto decorre, sobretudo, em razão da ineficácia, ou por não dizer inexistência, da comunicação entre os sistemas político e jurídico.

## Referências bibliográficas

BEVERIDGE, W. **Social insurance and allied services**. London: His Majesty's Stationery Office, 1942.

BIEHL, J. The postneoliberal fabulation of power: on statecraft, precarious infrastructures, and public mobilization in Brazil. **American Ethnologist**, Washington, D.C., v. 43, n. 3, p. 437-50, 2016.

\_\_\_\_\_. **Patient-citizen-consumers: judicialization of health and metamorphosis of biopolitics**. *Lua Nova*, São Paulo, v. 98, p.77-105, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe Ciência, Tecnologia e Inovação em **Saúde. Saúde é tema de audiência pública no Supremo Tribunal Federal**. Edição Especial, v.6, n.1, jun. 2009. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe\\_CTI\\_Judicializacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/informe_CTI_Judicializacao.pdf)>. Acesso em: 28 dez. 2017.

BRINKS, D.M.; GAURI, V.; SHEN, K. Social rights constitutionalism: negotiating the tension between the universal and the particular. **Annual Review of Law and Social Science**. Palo Alto, v. 11, p.289–308, 2015.

CARVALHO, M. N.; LEITE, S. N. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 737-748, 2014.

CHIEFFI, A. L. **Análise das demandas judiciais de medicamentos junto à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo à luz da Política de Assistência Farmacêutica**. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2017.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R.C.B.; GOLBAUM, M. Legal access to medications: a threat to Brazil's public health system? **BMC Health Services Research**, London, v. 17, n.34, p.499, 2017.

COLUCCI, C. **Judicialização faz desigualdade na saúde avançar**. Folha de São Paulo, São Paulo, 29 mar. 2014, Seminários folha.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p.223-251, 2009.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir – Nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. **Ditos e escritos IV. Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. 13ª edição. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1998.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **A vontade de saber – História da Sexualidade I**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005.

\_\_\_\_\_. **Crise da medicina ou da antimedicina**. *Verve*, n. 18, p. 167-194, 2010.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

\_\_\_\_\_. **A verdade e as formas jurídicas**. 2ª edição. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002.

GOSTIN, L. O.; ARCHER, R. The Duty of States to Assist Other States in Need: Ethics, Human Rights, and International Law. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, Medford, v. 35, p. 526-533, 2007.

HIRSCHL, R. **Towards Juristocracy: The Origins and Consequences of the New Constitutionalism**. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, 2009.

\_\_\_\_\_. The judicialization of politics. In: GOODIN, R. **The Oxford Handbook of Political Science**. Oxford: Oxford Univ. Press, 2011.

LUIZA, V. L. **Acesso a medicamentos essenciais no Estado do Rio de Janeiro**. 2003. 247 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MACHADO, R. **Nietzsche e a Verdade**. 2. Ed. – São Paulo: Paz e Terra, 2002.

MARQUES, S. D.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

MELLO, A. Efeitos colaterais. **Correio Braziliense**, Brasília, 26 dez. 2016, Sociedade, p. 5.

PATEMAN, M. G. **Towards the new Jerusalem**: Manchester politics during the Second World War. 2000. 291 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – University of Huddersfield, Huddersfield, 2000.

PEREIRA, P. **Política Social**: Temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PIERRO, B. Demandas crescentes. **Revista Pesquisa FAPESP**, São Paulo, Ed. 252, p. 18-25, fev. 2017. Disponível em: <[http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2017/02/018-025\\_Judicializacao\\_252\\_NOVO.pdf](http://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2017/02/018-025_Judicializacao_252_NOVO.pdf)>. Acesso em: 28 dez. 2017.

RESNIK, D. B. Responsibility for health: personal, social, and environmental. **Journal of Medical Ethics**, London, v. 33, n. 8, p. 444-445, 2007.

ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258.pdf>>. Acesso em: 19 Jan 2018.

SANTOS, L.A.S. **O corpo, o comer e a comida**: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo [online]. Salvador: EDUFBA, 2008, 330 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/38m/pdf/santos-9788523211707.pdf>>. Acesso em: 19 Jan 2018.

TATE, C.; VALLINDER T. **The Global Expansion of Judicial Power**. New York: NYU Press, 1995.

VALLINDER, T. The judicialization of politics. A worldwide phenomenon: introduction. **Int. Political Sci. Rev.** v.15, n. 2, p.91-99, 1994.