

**XXVII ENCONTRO NACIONAL DO
CONPEDI SALVADOR – BA**

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

JANAÍNA MACHADO STURZA

MARIA APARECIDA ALKIMIN

REGINA VERA VILLAS BOAS

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC – Santa Catarina

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG – Goiás

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. César Augusto de Castro Fiuza - UFMG/PUCMG – Minas Gerais

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS – Sergipe

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa – Pará

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos – Rio Grande do Sul

Secretário Executivo - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini - Unimar/Uninove – São Paulo

Representante Discente – FEPODI

Yuri Nathan da Costa Lannes - Mackenzie – São Paulo

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UCAM – Rio de Janeiro

Prof. Dr. Aires José Rover - UFSC – Santa Catarina

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP – São Paulo

Prof. Dr. Marcus Firmino Santiago da Silva - UDF – Distrito Federal (suplente)

Prof. Dr. Ilton Garcia da Costa - UENP – São Paulo (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais

Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues - IMED – Santa Catarina

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UNIMAR – Ceará

Prof. Dr. José Barroso Filho - UPIS/ENAJUM – Distrito Federal

Relações Internacionais para o Continente Americano

Prof. Dr. Fernando Antônio de Carvalho Dantas - UFG – Goiás

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA – Bahia

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA – Maranhão

Relações Internacionais para os demais Continentes

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba – Paraná

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP – São Paulo

Profa. Dra. Maria Aurea Baroni Cecato - Unipê/UFPB – Paraíba

Eventos:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch (UFSM – Rio Grande do Sul)

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho (Unifor – Ceará)

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta (Fumec – Minas Gerais)

Comunicação:

Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro (UNOESC – Santa Catarina)

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho (UPF/Univali – Rio Grande do Sul)

Dr. Caio Augusto Souza Lara (ESDHC – Minas Gerais)

Membro Nato – Presidência anterior Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP – Pernambuco

D597

Direitos sociais e políticas públicas II [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UFBA

Coordenadores: Janaína Machado Sturza; Maria Aparecida Alkimin; Regina Vera Villas Boas – Florianópolis: CONPEDI, 2018.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-617-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito, Cidade Sustentável e Diversidade Cultural

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Assistência. 3. Isonomia. XXVII Encontro Nacional do CONPEDI (27 : 2018 : Salvador, Brasil).

CDU: 34



XXVII ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI SALVADOR – BA DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS II

Apresentação

Os Coordenadores do “GT Direitos Sociais e Políticas Públicas II” que assinam, abaixo, apresentam o presente Livro, relacionando os títulos e autores dos trabalhos científicos selecionados e efetivamente expostos no Grupo de Trabalho referido, que fez parte do XXVII Encontro Nacional do CONPEDI, cuja temática principal reflexionada tratou do “Direito, Cidade Sustentável e Diversidade Cultural”, no período entre 13 e 15 de junho de 2018, nas dependências da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Participaram pesquisadores de diversas regiões do país, os quais representaram diversos Programas qualificados de Pós-Graduação em Direito, proporcionando ricos e expressivos debates no Grupo de Trabalho, o que possibilitou genuína troca de experiências, investigações científicas e estudos, fortalecendo a pesquisa acadêmica e a orientação da prática jurídica.

A realidade cotidiana trazida à baila, revelou heterogeneidade em algumas situações relacionadas à efetividade dos direitos sociais e, homogeneidade em outras, listadas pelas políticas públicas regionais. Concluíram os debates, de um lado, que vários direitos fundamentais sociais não são efetivados nas diversas regiões do país, devido, notadamente, a ausência e/ou ineficiência das políticas públicas desenvolvidas e/ou praticadas pelos governantes e, de outro lado, foram trazidas algumas poucas experiências que demonstraram a existência de políticas de práticas integrativas e complementares, concretizadoras de direitos sociais.

É árduo e incomum o esforço de conciliar os direitos sociais com as políticas públicas, fato este que impõe um grande desafio aos operadores do Direito, aos governantes e gestores dos sistemas legislativo, judiciário e executivo, às instituições jurídicas e sociais, aos contribuintes e não contribuintes do sistema tributário, entre outros, que compõem o Estado Socioambiental Democrático de Direito, razão pela qual todos os esforços que buscam colaborar com a efetividade dos direitos, como o que, ora, a academia realiza, é sempre muito bem-vindo.

Nesse sentido, o GT Direitos Sociais e Políticas Públicas II, corroborou com alegria essa tarefa acadêmica, identificando, selecionando e debatendo temáticas relativas aos Direitos Sociais, as Políticas Públicas e seus variados matizes, estimulando debates ricos e concernentes aos temas das investigações.

As exposições respeitaram, inicialmente, uma divisão em Grupos, orientada pelos Coordenadores, que aproximaram trabalhos com temáticas semelhantes, buscando tornar os debates mais profícuos, proveitosos e interessantes aos participantes. O tempo foi organizado de maneira a possibilitar a cada um dos autores-expositores “per se”, não mais que oito minutos para a exposição dos seus textos, abrindo-se, assim, a oportunidade de realização de debates, no final das exposições de cada Grupo, ocorrendo, em seguida, o fechamento dos debates pelos Coordenadores do GT.

Inicialmente, foram aprovados e selecionados para participarem do “GT Direitos Sociais e Políticas Públicas II” vinte e dois trabalhos, dos quais somente dezenove foram expostos no evento. Fazem parte deste volume do Livro, os dezenove textos apreciados, aprovados e efetivamente apresentados no CONOPEDI Salvador, conforme anotado, a seguir.

Seguido relação apresentada, abaixo, os primeiros textos trazem à baila temática relacionada às pessoas com deficiência, incluindo nos debates idosos, pessoas com fissura labiopalatina e dificuldades existentes em torno da nomenclatura adequada para essa minoria. Os textos seguintes discutem sobre os direitos: à alimentação adequada, ao saneamento básico, à saúde pública sustentável, à informação realizando o direito à saúde, e à judicialização da saúde pública no Brasil. A seguir, discute o artigo sobre a implementação da política pública do livro didático no Brasil, efetivando o Programa Nacional do Livro Didático e questionando o processo de escolha das publicações. Outro texto estuda os subsistemas normativos e a proteção de minorias, valendo-se dos princípios de justiça de Rawls. Em seguida, revelam-se políticas públicas de proteção social no Brasil e o programa de transferência de renda (bolsa família). O próximo texto leciona sobre os impactos da Lei nº 13.019/2014, lei das organizações da sociedade civil na participação popular e na efetivação de políticas públicas sociais, este seguido por artigo que aponta o registro civil das pessoas naturais como instrumento do biopoder e de auxílio ao planejamento urbano. Os textos expostos ao final discutem sobre: o controle judicial das políticas públicas no Brasil e o projeto de Lei nº 8.058 /15; os incentivos fiscais como alternativa à discriminação e ao preconceito sofrido pelas pessoas com HIV; a política sobre gênero, sexualidade e orientação sexual diante da base nacional comum curricular (BNCC) e consequências trazidas ao movimento LGBTTQIS; a importância da diversidade étnico-racial nas universidades e poder judiciário; o controle judicial das políticas públicas ambientais; e a importância dos mecanismos de aferição de

resultados e apuração de violações dos direitos sociais relacionadas à definição das políticas públicas.

Seguindo referida divisão temática, por derradeiro, se relaciona, abaixo, os nomes dos autores, coautores, títulos dos trabalhos, e um brevíssimo resumo do conteúdo principal extraído de cada texto, todos eles em conjunto, compondo a presente Obra.

1-Regina Vera Villas Bôas e Gilmar Palomino dos Santos

Título: O direito fundamental à moradia do idoso e as necessárias adaptações arquitetônicas do meio ambiente concretizando uma vida digna

O texto reflete sobre situações enfrentadas pelo idoso, apontando a importância da aplicação do desenho universal nos projetos arquitetônicos, de maneira a corroborar a sua dignidade, ofertando-lhe uma moradia adequada, com espaços compatíveis e acessíveis. Mostra que o direito fundamental à moradia adequada ganha força quando se aplica aos projetos arquitetônicos as regras do desenho universal, concretizando, assim, a dignidade humana, respeitando-se as normas jurídicas infraconstitucionais e o texto constitucional. Para tanto, traz à baila, também, um rico diálogo entre o Direito e o cinema, anotando algumas passagens do Filme “Um amor de estimação”, produzido em 2014, na Inglaterra.

2-Cláudia dos Santos Costa

Título: A proteção social do estado à pessoa com deficiência: uma análise comparada entre Brasil e Portugal

O texto revela que a garantia dos direitos das pessoas com deficiência é uma temática mundial, abrigada pelas convenções e tratados internacionais, referindo-se à luta historicamente marcada por situações de indiferença e de desrespeito. Procura discutir as questões sobre: qual é a nomenclatura adequada a ser adotada: deficiente, portador de deficiência ou pessoa com deficiência?; qual é o local adequado para o atendimento educacional das crianças: as escolas regulares ou especializadas?; qual o papel do Estado na garantia da condição de cidadania às pessoas com deficiência? Traz, ao final, um debate a respeito do direito à Educação, comparando o texto constitucional brasileiro e o português.

3-Renata Cezar, Thyago Cezar

Título: Deficiência seletiva: a dificuldade do reconhecimento das deficiências reabilitáveis - análise de caso da fissura labiopalatina

Procura demonstrar a necessidade de quebrar as barreiras seletivas do reconhecimento da deficiência reabilitável, sua conceituação e importância no tratamento, possibilitando atendimento prioritário e outros benefícios ao portador de fissura labiopalatina. Realiza uma análise de caso da fissura labiopalatina, com base no Estatuto da Pessoa com Deficiência, e nas legislações estaduais, buscando o reconhecimento da fissura labiopalatina como uma deficiência, passível, ou não, de reabilitação, devido ao longo tempo exigido para o seu de tratamento.

4-Thais Xavier Ferreira Da Costa, Edna Nascimento dos Anjos

Título: O direito fundamental à alimentação escolar como meio de realização da dignidade da pessoa humana - aspectos legais, sociais e doutrinários

Trata a pesquisa do direito à alimentação escolar como um direito fundamental social e desdobramento do direito humano à alimentação adequada, objetivando demonstrar o caráter social brasileiro da merenda escolar, e a sua importância para realização da dignidade da pessoa humana.

5-Luiz Gustavo Gonçalves Ribeiro e Cristiane Araújo Mendonça Saliba

Título: O saneamento básico como direito fundamental: a eficácia da política pública pela judicialização

Ao se referir aos direitos sociais e baseado nas lições de Norberto Bobbio, afirma que o Estado tem o dever de promover os direitos humanos, concedendo a todos uma vida digna que se realiza pela saúde e pelo saneamento básico, entre outros direitos. Os direitos a serem efetivados devem estar inseridos nas Constituições, estendendo-se a todos os seres humanos. Lembra que, todavia, os responsáveis pela sua concretização, muitas vezes, não cumprem o mínimo almejado. Lembra a importância do direito ao saneamento básico como direito fundamenta, alertando para o fato de que, diante da não efetivação das políticas públicas, o poder judiciário cumpre papel de muita relevância.

6-Laura Lúcia da Silva Amorim

Título: Doze anos da política de práticas integrativas e complementares no sus – uma questão de direito e saúde pública sustentável

Analisa os motivos que levaram a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares para o Sistema Único de Saúde (SUS), há doze anos, e reflete sobre o porquê de as mesmas não serem, ainda, oportunizadas ao cidadão brasileiro, de maneira ampla e efetiva, trazendo à baila as práticas da yoga, reiki, entre outras.

7-Janaina Machado Sturza e Karen Cristina Correa de Melo

Título: O direito à informação e o princípio da publicidade: interlocuções com as políticas públicas para a efetivação do direito à saúde

Demonstra o papel indispensável do acesso à informação e do princípio da publicidade na Administração Pública, estabelecendo interlocuções com as políticas públicas de fomento ao direito à saúde. Afirma que as políticas públicas em matéria de saúde, na persecução do cumprimento de sua previsão constitucional, podem restar inócuas se não forem prestadas informações adequadas e compreensíveis à população e a correspondente publicidade que atinja a população-alvo a que se destina a medida no direito fundamental à saúde.

8-Andre Geraldo Santos Cardoso De Mesquita

Título: Judicialização da saúde pública no Brasil: caminhos que se cruzam na busca da efetivação de direitos

Objetiva debater sobre a judicialização da saúde pública no Brasil e o atual protagonismo judicial do Poder Judiciário, sobretudo, sobre os limites das decisões judiciais em relação a aplicação anômala de políticas públicas, no contexto do Estado Democrático de Direito.

9- Vanessa Pinzon, Letícia Lassen Petersen

Título: Política pública do livro didático: arquitetura e implementação no estado brasileiro

Refere-se à educação, clamando pela implementação da Política Pública do Livro Didático no Brasil, a qual se efetiva pelo Programa Nacional do Livro Didático (PNLD). Discute o processo de escolha das publicações, pressupondo ser determinante a opinião do educador

que fará uso do livro didático. Traz a opinião dos profissionais da educação em relação ao PNLD, bem como constata que a formação crítica-cidadã do educando fica comprometida devido ao desconhecimento do contexto social/cultural.

10-Dalton Rodrigues Franco, Carolina Rodrigues de Souza

Título: Os subsistemas normativos e a proteção de minorias

Aprecia e identifica a cobertura endógena de proteção das minorias nos subsistemas normativos. Vale-se de dois princípios de justiça de Rawls para discutir a sensibilidade das cidades de Nova Iguaçu e Rio de Janeiro, por meio de subsistemas comparados, em relação à proteção da mulher e da mulher negra. Constata que as cidades analisadas não localizam teórica e operacionalmente as minorias prioritárias, e que os documentos revelam a existência de falta de clareza no esquema de proteção da vida e do bem-estar das categorias estudadas; além de que os instrumentos apreciados revelam a ignorância relativa ao dinamismo das posições minoritárias no tempo.

11 -Ismael Francisco de Souza

Título: Políticas públicas de proteção social no Brasil: apontamentos sobre o programa de transferência de renda - bolsa família

Apresenta a construção histórica das políticas de proteção social no Brasil até a sua materialização no ordenamento constitucional, como direitos socioassistenciais, dialogando com o Programa de transferência de renda – Bolsa Família, como fio condutor das garantias de renda, necessário às famílias vulneráveis, economicamente. Entende que o Programa enquanto integrante das políticas públicas de assistência social perpassa o reconhecimento enquanto direito social, direito imprescindível ao reconhecimento da cidadania daqueles em situação de exclusão e vulnerabilidade.

12 -Camila Barreto Pinto Silva, Cristina Barbosa Rodrigues

Título: Os impactos da lei n. 13.019/2014, lei das organizações da sociedade civil na participação popular e na efetivação de políticas públicas sociais

Analisa a atuação integrada do Estado e das entidades do Terceiro Setor, realizando atividades de interesse público, em especial as entidades sem fins lucrativos, agora disciplinadas pela Lei n. 13.019/2014 (O.S.C's – Organizações da Sociedade Civil), que

celebram com o Poder Público instrumentos bilaterais para implantação de políticas públicas, com repasse de recursos, observado os princípios da eficiência, moralidade administrativa e da participação popular, objetivando verificar as inovações trazidas pela Lei referida.

13-Jefferson Aparecido Dias, Olavo Figueiredo Cardoso Junior

Título: O registro civil das pessoas naturais: instrumento do biopoder e de auxílio ao planejamento urbano

Analisa o Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN) como instrumento do biopoder em proveito de um melhor planejamento urbano. O RCPN, além de ser fundamental à sociedade para a segurança e a estabilidade das relações jurídicas, também possui potencialidade para servir ao melhor planejamento urbano e à eficiência do Estado, a partir de sua concepção como importante mecanismo de controle, decorrente do biopoder.

14 - Bruno de Farias Favaro, Reginaldo de Souza Vieira

Título: O controle judicial de políticas públicas no Brasil: uma análise do projeto de Lei nº 8.058/15

Revela que, atualmente, os fóruns e tribunais brasileiros realizam atividades intrínsecas à Administração Pública de maneira rotineira na via judicial, tais quais estabelecerem critérios para o fornecimento de medicamentos, gerenciamento de recursos educacionais e administração das pretensões previdenciárias. Mostra que o Projeto de Lei nº 8.058/2014, em trâmite na Câmara de Deputados, objetiva instituir processo especial para o controle e intervenção judicial nas políticas públicas. Analisa o Projeto para perquirir sobre a sua adequação à atual encruzilhada institucional em que se encontra o país.

15- Luana Petry Valentim

Título: Incentivos fiscais como uma alternativa à discriminação e ao preconceito sofrido pelas pessoas vivendo com HIV

Analisa possíveis contradições e/ou divergências entre decisões judiciais prolatadas pelos Tribunais Regionais Federais, nos casos envolvendo pretensões de aposentadoria das pessoas com HIV/AIDS, devido ao preconceito. Utiliza a teoria alexyana, para concluir que decisões judiciais que envolvem colisão entre princípios relacionados a direitos fundamentais devem ser solucionadas à luz do caso concreto. Revela a necessidade de se buscar a

uniformização de pressupostos teóricos e pragmáticos que sustentem o processo decisório do Poder Judiciário, além de políticas públicas voltadas a esse grupo de pessoas.

16 - Paulo Roberto De Souza Junior

Título: Análise da política sobre gênero, sexualidade e orientação sexual na atual base nacional comum curricular (BNCC) e suas consequências ao movimento LGBTTTQIS.

Afirma que a violência contra o movimento LGBTTTQIs ignora fronteiras, princípios e leis, e que até a edição da atual BNCC, no âmbito escolar, haviam políticas sobre o gênero, sexualidades e orientação sexual atendendo-lhes. Diz que referida publicação faz nascer um retrocesso devido à omissão de matérias importante, analisa, nesta perspectiva, o atual cenário político, objetivando identificar caminhos que autorizem a revisão desta política, além de constatar a necessidade de se estabelecer encontros que garantam a prática de políticas públicas que preservem a diversidade e o respeito às diferenças.

17-Ana Graciema Gonçalves Pereira

Título: A importância da diversidade etno-racial nas universidades e no poder judiciário

Revela a importância social da representatividade da diversidade étnica-racial tanto nas universidades, como no poder judiciário. Cita decisões da Suprema Corte Americana e sob a ótica nacional, reflexiona sobre as políticas afirmativas inclusivas, agregando expectativas nas instituições públicas e na iniciativa privada, tendentes a promoção de maior diversidade nos ambientes de trabalho, com ganhos institucionais e sociais inerentes ao incremento desta diversidade e do pluralismo. Leciona que a representatividade das etnias-raciais no corpo docente das universidades e no poder judiciário garante a representatividade da população e o protagonismo no processo de transformação social.

18-Cecília Lettninn Torres, Liane Francisca Hüning Pazinato

Título: Controle judicial das políticas públicas ambientais. uma análise jurisprudencial contemporânea

Reflete sobre a carência de atenção redobrada por que passa o meio ambiente, esta consubstanciada no viés constitucional da preservação ambiental para presentes e futuras gerações. Objetiva, nessa ótica, apreciar situações de controle judicial na intervenção dos atos do poder executivo, compelindo à implementação de políticas públicas ambientais. Propõe a

discussão a respeito da maneira como o judiciário colabora, nos limites da lei, estimulando, assim, a preservação ambiental.

19-Monique Fernandes Santos Matos

Título: A importância dos mecanismos de aferição de resultados e apuração de violações a direitos sociais cometidas pelos estados para a definição de políticas públicas

O texto traz a importância dos mecanismos de aferição de resultados e de apuração de violações cometidas pelos Estados para o desenvolvimento de políticas públicas de aplicação de direitos sociais. Informa que por métodos e técnicas de pesquisa realizados pelo raciocínio dedutivo e com revisão bibliográfica da teoria jurídica e filosófica, pode concluir que o regime jurídico dos direitos sociais e as dificuldades de concretização apontam incontornabilidade do desenvolvimento de mecanismos de aferição de resultados e apuração de violações ao avanço das políticas públicas.

Pois bem. São esses os resumos dos textos que compõem o presente Livro. As temáticas debatidas são atuais, relevantes e de grande interesse nacional e internacional, razão pela qual estão todos convidados a mergulharem nos referidos textos, realizando uma profícua, atenta e saborosa leitura.

Salvador, 15 de junho de 2018.

Coordenadoras do GT Direitos Sociais e Políticas Públicas II

Professora Doutora: Regina Vera Villas Bôas

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e UNISAL (Lorena)

Professora Doutora: Maria Aparecida Alkimin

Centro Universitário Salesiano de São Paulo – Unidade Lorena (UNISAL)

Professora Doutora Janaína Machado Sturza

Universidade Regional do Noroeste do E. do Rio Grande do Sul (UNIJUI)

Nota Técnica: Os artigos que não constam nestes Anais foram selecionados para publicação na Plataforma Index Law Journals, conforme previsto no artigo 8.1 do edital do evento.
Equipe Editorial Index Law Journal - publicacao@conpedi.org.br.

**DOZE ANOS DA POLITICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO SUS – UMA QUESTÃO DE DIREITO E SAÚDE
PÚBLICA SUSTENTÁVEL.**

**TWELVE YEARS OF THE POLICY OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY
PRACTICES IN THE SUS - A MATTER OF RIGHT AND SUSTAINABLE PUBLIC
HEALTH.**

Laura Lúcia da Silva Amorim ¹

Resumo

Análise dos motivos que levaram a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares para o Sistema Único de Saúde há doze anos e, o porquê de as mesmas ainda não serem oportunizadas ao cidadão brasileiro de forma ampla e efetiva.

Palavras-chave: Reiki, Yoga, Terapias, Integrativas, Sus

Abstract/Resumen/Résumé

An analysis will be made of the real reasons that led to the publication of the National Policy on Integrative and Complementary Practices for the Unified Health System twelve years ago, and why they are not yet widely available to the Brazilian citizen.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Reiki, Yoga, Therapies, Integrative, Sus

¹ Doutora em Ciências Jurídicas e Sociais -UMSA/AR , Mestra em Direito -UCS/RS, advogada e professora.

INTRODUÇÃO

A abordagem inicial deste tema foi objeto de pesquisa de dissertação sob o título Saúde e meio ambiente- a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no sistema único de saúde – atitude e ampliação do acesso: uma questão de direito em 2009. Na ocasião discutiu-se o motivo pelo qual não se ampliava o acesso às PICs, trazendo soluções viáveis e jurídicas a tal.

Nesta oportunidade se analisa os doze anos de PNPIC sua ampliação e se reitera a atitude de ampliação de acesso não só como direito social, mas como uma condição holística e sustentável ao cidadão brasileiro e, portanto, sob a ótica de saúde pública sustentável.

Para alcançar o objetivo deste trabalho far-se-á uma análise dos motivos reais que levaram a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares para o Sistema Único de Saúde discorrendo sobre algumas considerações da saúde pública e a legislação brasileira; algumas notas sobre políticas públicas de saúde e afins, apresentar-se-á os setores de assistência à saúde e como são implementadas as políticas públicas de saúde nas redes terapêuticas brasileira, culminando com a forma de ampliação e acesso como necessidade, já que as PIC ainda não são oportunizadas ao cidadão brasileiro de forma ampla e efetiva.

A presente pesquisa possuiu por objetivo fundamental a análise das possibilidades e da ampliação e acesso a PNPIC no SUS. Para se chegar ao resultado pretendido foram adotadas técnicas procedimentais como a pesquisa bibliográfica e pesquisa documental, livros revistas científicas e jurídicas e leis.

1- PNPIC NO SUS – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.

A Portaria 971 do Ministério da Saúde, publicada em de 3 de maio de 2006, instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e autorizou o uso de práticas de terapias da Medicina Tradicional (MT), Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Medicina Complementar (MC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Esta portaria teve sua última atualização em 2017, incorporando mais quatorze práticas.

A iniciativa tem implicações, exige dos gestores estaduais e municipais que viabilizem a ampliação e o acesso das práticas integrativas e complementares (PIC) no SUS, estabelecendo critérios, mas não o modo como essas ações deverão ser implementadas. A falta de clareza e esclarecimento da sociedade quanto às técnicas de terapia da Medicina

Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar, bem como a falta de informação sobre quem pode, legalmente, aplicar essas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser sanada, sob pena de a Política Pública permanecer somente no plano das ideias para a grande maioria dos municípios brasileiros, já que somente 18% aplica aos menos uma das PICs. Houve crescimento, é inegável, mas alcança as necessidades do SUS e dos cidadãos?

[...] enquanto não for repensada a nossa relação com a natureza e enquanto não formos capazes de descobrir o que dela nos distingue e o que a ela nos liga, nossos esforços serão em vão, como o testemunha a tão relativa efetividade do direito ambiental e a tão modesta eficácia das políticas públicas neste domínio. (OST, 1997, p.9)

O jurista não pode furtar-se de discutir o que, inclusive no âmbito da saúde pública, já foi regulamentado através da Portaria 971/2006MS e a Portaria nº145/2017, que autorizam e determinam, respectivamente, que a fitoterapia, a hidroterapia, o termalismo, a crenoterapia, reiki, biodança, Yoga e Arteterapia, meditação, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático, tratamento quiroprático e Reiki passam a integrar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e, estarão asseguradas aos cidadãos através do Sistema Único de Saúde.

No SUS o Departamento de Atenção Básica (DAB) integra a Secretaria de Atenção à Saúde e tem atribuições e competências definidas pelo Decreto 7530/2011, que estabelece a estrutura regimental do Ministério da Saúde, e também pela Portaria 2488/2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica. Entre as suas principais funções estão a normatizar e coordenar a implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Noticiam no “Diário Oficial¹- Em 2016, segundo os dados coletados a partir do sistema informatizado e-SUS e do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), foram registrados mais de dois milhões de atendimentos das PICs nas Unidades Básicas de Saúde UBS”.

Dizem ainda, que como Práticas Integrativas e Complementares “mais de 770 mil foram de Medicina Tradicional Chinesa que inclui acupuntura, 85 mil foram de fitoterapia, 13 mil de homeopatia. Já mais de 926 mil atendimentos são de outras práticas integrativas que não possuíam código próprio para registro, que com a publicação da portaria nº145/2017 passam a ter.”

¹ Ler mais sobre o tema em DAB Saúde. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2297>>. Acesso em 01 abr.2018

O cidadão brasileiro tem consciência, é educado, esclarecido para compreender seu corpo energético? Compreende que sua condição energética lhe acarreta a doença?

A Prática Integrativa e suas técnicas são conhecidas e utilizadas a milhares de anos nos países do oriente, onde as pessoas tem a consciência de sua eficácia e eficiência, porque compreendem seu corpo energético.

No ocidente, mais especificamente no Brasil, a maioria da população não tem o conhecimento necessário para entregar-se a práticas alternativas de cura. Pois estão acostumados e viciados em medicamentos.

Falta a cultura do corpo como um todo, holístico, interagindo com o meio onde vive. Utilizando formas sustentáveis de vida e, portanto, de saúde.

Tal desconhecimento afeta diretamente a sustentabilidade da saúde pública e a efetividade do direito a saúde no Brasil.

2- SAÚDE PÚBLICA E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: BREVE HISTÓRICO

Discorrer sobre saúde não é tarefa fácil, muito embora o conceito é conhecido e utilizado por muitos que pesquisam o tema. O conceito, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgado na Carta de Princípios de 7 de abril de 1948, é: “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”.

Parafraseando Scliar (2007, p. 38), de acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange: a biologia humana, que compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento; o meio ambiente, que inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho; o estilo de vida, do qual resultam decisões que afetam a saúde; acrescenta-se o estado de espírito.

A República Federativa do Brasil é formada pela união de seus 26 estados, por 5.435 municípios e pelo Distrito Federal, todos com autonomia política, fiscal e administrativa. Para uma população de mais de 206 milhões de habitantes (IBGE julh. 2016) para os quais estende-se o Sistema Único de Saúde (SUS).

Coube aos Constituintes repreender e retificar o velho paradigma de saúde como recuperação da doença, substituindo-o por outro mais sensível ao direito das futuras gerações, isto é, saúde como prevenção.

Nesse contexto, além do compromisso ético de não empobrecer a Terra e sua biodiversidade, retratam na Constituição a preocupação com temas que ainda hoje, vinte e nove anos após a promulgação da Carta Magna, são atuais, e motivo de debate em foros internacionais, quais sejam: compreensão holística e visão de sustentabilidade.

O direito fundamental à saúde, como direito de todos, ressalvado na Constituição brasileira de 1988 foi efetivado e regulamentado pela Lei 8.080/90, conhecida por Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), que expressamente conceitua SUS como: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Antes da regulamentação do disposto constitucional pela Lei do SUS, suas ações para a recuperação da saúde e assistência médica eram prestadas pelo Ministério da Saúde, criado pela Lei 1.920, de 25 de julho de 1953. E, muito embora sua criação fosse para tratar problemas atinentes à saúde humana, em geral na época eram poucos os atendimentos nos postos de saúde e as campanhas de saúde pública em caráter universal estavam voltadas à prevenção de doenças por meio de vacinação.

Em 1972, em âmbito internacional, ocorreu a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento e Ambiente Humano em Estocolmo, estabelecendo entre outros: I – O homem é ao mesmo tempo criatura e criador do meio ambiente, que lhe dá sustento físico e lhe oferece a oportunidade de desenvolver-se intelectual, moral, social e espiritualmente. A longa e difícil evolução da raça humana no planeta levou-a a um estágio em que, com o rápido progresso da Ciência e da Tecnologia, conquistou o poder de transformar de inúmeras maneiras e em escala sem precedentes o meio ambiente. Natural ou criado pelo homem, é o meio ambiente essencial para o bem-estar e para gozo dos direitos humanos fundamentais, até mesmo o direito à própria vida. II- A proteção e a melhoria do meio ambiente humano constituem desejo premente dos povos do globo e dever de todos os Governos, por constituírem o aspecto mais relevante que afeta o bem-estar dos povos e o desenvolvimento do mundo inteiro.

No final da década de 70, em 1978 precisamente, em âmbito internacional, ocorre a Conferência Internacional de Alma Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a atenção primária à saúde (APS) é definida então como a estratégia principal para a expansão das coberturas dos serviços de saúde a toda a população (Saúde Para Todos – SPT), e a participação comunitária é incorporada como um dos princípios fundamentais.

Pela declaração Alma Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) concita todos os países a terem cuidados primários à saúde, criando o Programa de Medicina Tradicional (MT), objetivando a formulação de políticas na área da saúde para todos, até 2000.

Terapia alternativa significa que ela é utilizada em substituição às práticas da medicina convencional, já a terapia complementar é utilizada em associação

com a medicina convencional, e não para substituí-la. O termo integrativa é usado quando há associação da terapia médica convencional aos métodos complementares ou alternativos a partir de evidências científicas. (OMS)²

A declaração visava à integração da medicina tradicional (MT) e da medicina complementar (MC) nos sistemas nacionais de atenção à saúde, assim como promover o uso racional dessa integração.

Atenção básica, Saúde da Família são programas voltados à promoção da saúde, à prevenção de agravos, a diagnósticos e tratamentos, e esses dois programas têm importância ímpar a este trabalho, pois é na atenção básica que se encontram as práticas integrativas e complementares da medicina tradicional.

A importância da prevenção, na atenção básica, “como condição tanto para evitar, postergar ou atenuar doenças, quanto para economicidade da alocação de recursos à saúde” (SERRA, 2002, p. 25) é evidente, muito embora não tão evidentes aos gestores municipais que relutam em investir em atenção básica e implementação das práticas integrativas, conforme as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS).

3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E AFINS – ALGUMAS NOTAS

A Saúde no Brasil é um dever do Estado e um direito do cidadão; é, portanto, um direito social. E para pôr em prática o dever de zelar e promover saúde, dirimindo os agravos de doenças, o governo brasileiro por meio do Ministério da Saúde, edita políticas públicas de saúde. “A função de governar – o uso do poder coativo do Estado a serviço da coesão social – seria, portanto, o fundamento imediato das políticas públicas”. (BUCCI, 1997, p. 3).

Para Barcellos (2007, p. 22), políticas públicas é o meio escolhido pelo Poder Público para realizar as metas constitucionais. “As políticas públicas constituem o meio pelo qual os fins constitucionais podem ser realizados de forma sistemática e abrangente, mas envolvem gastos de dinheiro público” (p.28), motivo que permite controle jurídico-constitucional das políticas públicas. Mas, diz que o controle depende da construção de parâmetros que serão utilizados; da informação acerca da receita e despesas, e, por fim, de instrumentos de controle legais, legislações, em especial da lei de responsabilidade fiscal e improbidade administrativa.

Bucci (1997, p. 90) afirma:

² Ler mais em:< <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/01/sus-passa-a-oferecer-terapias-alternativas-para-a-populacao/#acontent>>. Acesso em 01 abr.2018.

[...]o aparecimento das políticas públicas tem fundamento nos direitos sociais, “ditos de segunda geração, consistem em poderes, que só podem ser realizados se for imposto a outros (incluídos aqui os órgãos públicos) um certo número de obrigações positivas”. A função estatal de coordenar as ações públicas (serviços públicos) e privadas para a realização de direitos dos cidadãos – à saúde, à habitação, à previdência, à educação – legitima-se pelo convencimento da sociedade quanto à necessidade de realização desses direitos sociais.

As políticas públicas não são meras indicações ou recomendações, são normas provenientes do Poder Legislativo e se expressam por meio de leis. “A origem normativa da política pública, mesmo que resulte da iniciativa legislativa do governo, Poder Executivo, é o Poder Legislativo. No sistema constitucional brasileiro, as políticas públicas mais comumente se expressam por meio de leis”.³ (BUCCI, 1997, p. 7).

Para Lucchese (2002, p. 3), políticas públicas caracterizam-se como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público.

Nesse sentido, é possível se conceituar políticas públicas, como: um conjunto de ações, de atos, por parte do Poder Público, que influenciam em diversas áreas da vida dos cidadãos, e que têm por objetivo suprir uma obrigação constitucional.

Entre os direitos sociais constitucionais já citados estão a saúde e o meio ambiente. E muito embora termos distintos, saúde e meio ambiente, como se viu, estão intimamente ligados. Não existe saúde sem um meio ambiente natural ou artificial saudável. (MILARE, 2001, p. 64). E foi a partir da Constituição de 1988, que as políticas públicas passaram a integrar o campo de ação social.

As políticas públicas em saúde pública integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. (LUCCHESI 2002, p. 4).

Logo, quando editada uma política pública voltada à saúde, terá íntima relação com o caráter holístico do homem com o meio ambiente onde está inserido.

³Veja-se, a propósito, o art. 165 da Constituição de 1988, que define os orçamentos públicos como instrumentos de fixação das “diretrizes, objetivos e metas”(§ 1º), além das “prioridades”(§ 2º) da administração pública. O mesmo artigo fala também em “planos e programas”, confirmando a multiplicidade de formas que podem assumir as políticas públicas. Há, no entanto, políticas que se traduzem em programas de ação, em sentido estrito, como o Programa de Material Escolar, o Programa do Álcool, cujo detalhamento se exprime por meio de formas normativas infralegais, como decretos, portarias ou resoluções, resultados da atividade regulamentar do Poder Executivo. Lembre-se que, no Brasil, inexistem os decretos autônomos, de tal forma que a função normativa da administração se exerce sempre a partir de previsão legal.

A Portaria 971/2006 do Ministério da Saúde foi editada para justificar e aprovar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Nela, o governo, observando o que aconselha a OMS, quanto à quantidade de doentes e gastos e a qualidade de tratamento e saúde nos países pobres, aceita a orientação de que a utilização da medicina tradicional e da medicina tradicional chinesa de outras terapias serão viáveis para o país, se implantadas no SUS.

A política pública, que tem caráter normativo de lei, tem por objetivo viabilizar, programar e alcançar os ditames do parágrafo único do art. 3º da Lei 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Bem-estar físico, mental e social é saúde integral, é a compreensão holística do ser, o ser como um todo. E essa visão de saúde, que considera o homem saudável de forma integral, é o que se chama visão holística de saúde. Para tal, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica as Medicinas Tradicionais e Chinesas, nas quais práticas terapêuticas milenares objetivam a prevenção da saúde humana, tratando o indivíduo como um todo e não de forma fragmentada.

É preciso compreender, com efeito, que “a organização do mundo está inscrita no interior da nossa própria organização viva. Assim, o ritmo cósmico da rotação da Terra sobre si mesma, que faz alternar o dia e a noite, encontra-se também no interior de nós, sob a forma de um relógio biológico interno”. in E Morin, *La pensée écologisé*. (OST, 1997, p. 292).

Em relação a esse tipo de saúde, holística, preventiva, seguindo e aderindo ao clamor de vários grupos nacionais e internacionais e nos moldes do que preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), foi editada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS). O Departamento de Atenção Básica - DAB informa que “atualmente, 1.708 municípios oferecem práticas integrativas e complementares e a distribuição dos serviços está concentrada em 78% na atenção básica, principal porta de entrada do SUS, 18% na atenção especializada e 4% na atenção hospitalar”.⁴

Observa-se que é uma pequena abrangência do território nacional que recebe este tipo de tratamento, já que temos 5.435 municípios e o Distrito Federal.

⁴ Disponível em: < [http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo= &cod=2297](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2297)>. Acesso 01 abr. 2018.

Onde está o entrave ao desenvolvimento efetivo deste tipo de terapia eficaz e não dispendiosa? Porque só alguns municípios oferecem tais práticas?

A informação de que mais de 7.700 estabelecimentos de saúde ofertam alguma prática integrativa e complementar, o que representa cerca de 28% das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Demonstra que em 12 anos quase nada avançou a proposta da Política Pública. O que falta, maior informação sobre elas? Esclarecimento à população? Encaminhamento dos médicos das UBS? Trabalhadores terapeutas interessados a trabalhar para o SUS? Um conhecimento do gestor público municipal?

E a Medicina que, ao longo dos séculos, perdeu ou distorceu a ideia de seu criador, Hipócrates,⁵ busca até hoje assumir tudo e todos os comandos que dizem respeito à cura dos indivíduos. Mas nem todos os profissionais persistem com a visão materialista e racional de Medicina, tanto que essa visão vem aos poucos mudando. Entre o corpo médico de alguns postos de saúde se encontram profissionais que não buscam mais do que a cura de doenças, mas a saúde integral do paciente.

⁵FREIRE, Gilson; SALGADO., Mauro Ivan. Hipócrates (460-377 a.C.) fundou, na ilha grega de Cos, a primeira escola formalmente instituída de Medicina da história. Reconhecido como o Pai da medicina, ele estabeleceu uma ciência médica fundamentada na existência da alma, conferindo ao enfermo o perfeito critério de unidade. Embora admitisse a participação dos humores, para Hipócrates a doença era uma perturbação do espírito e não processos independentes dos órgãos físicos. A Escola de Cos, como ficou conhecida a instituição por ele criada, procurava ressaltar os aspectos do temperamento e da constituição na concepção e na gênese da enfermidade, preconizando a existência de doentes e não de doenças. Essa escola esboçou a primeira ideia de um princípio unificador e diretor do organismo, chamado *eidolon*, considerado uma psique individual, trazendo já a mesma conceituação que hoje se dá à alma.

Tal força atuaria pelo cérebro, nutrindo e animando os corpos biológicos, conferindo-lhes a vida, sendo então compreendida como a própria alma dos seres viventes. Essa alma, que se desprenderia com a morte, advinha de um sopro vital (*pneuma*), uma espécie de ar que penetrava no corpo ao nascer, vitalizando-o e preenchendo, em graus de diferenciadas qualidades os seus diversos órgãos, sendo mais puro no cérebro, onde operavam as maravilhas do pensamento. Assim, segundo esse pensador, a vida seria um campo energético a irradiar-se da alma. Para Hipócrates, a alma e a sua força vital eram um só princípio, compondo o pensamento animista, o qual admitia a existência de um domínio imaterial que organiza, movimenta, vivifica e confere unidade ao todo orgânico. E, nos seres humanos, proporcionaria ainda as propriedades do pensamento e das emoções. Assim, pode-se considerar Hipócrates como o pai da moderna teoria espiritualista da vida e, inclusive, do pensamento homeopático, que igualmente se vale de suas originais ideias. E, de fato, revela a história que Samuel Hahnemann, o fundador da homeopatia, alicerçou seus ensinamentos no *Corpus Hippocraticum*, a principal das poucas obras do grande pensador grego que chegou aos nossos dias.

Estabeleceu ainda o Pai da medicina a noção de um princípio organizador – a *Physys* – um comando inerente às potências da alma, oriundo de sua intrínseca sabedoria, que se responsabilizava pela manutenção da saúde, trazendo em si a possibilidade da própria cura. Compreendia, assim, o grande sábio que o organismo seguia uma via natural da cura (*vis medicatrix naturae*), que o médico deveria conhecer e limitar-se a seguir. “A *Physys* é o médico das enfermidades, fazendo sem auxílio o que convém” – dizia, induzindo o terapeuta a agir simplesmente como um servidor dessa natural e inteligente pulsão diretora. “A natureza é o médico, ela encontra uma maneira e age sem os médicos” – completava, renunciando que a medicina intervencionista do futuro corria o risco de acarretar sérios prejuízos para os enfermos. E, recomendando ao homem servir-se da natureza como o manancial por excelência de recursos terapêuticos para seus males, deixou claro: “Seja o teu alimento o teu medicamento, e o teu medicamento, o teu alimento”.

Acredita-se que a mudança de postura será gradual, pois tanto os gestores como os médicos do Sistema Único de Saúde (SUS) precisam conhecer e aceitar as Práticas Integrativas. Infelizmente, para o usuário, ainda existe resistência de alguns médicos do SUS para as terapias de práticas integrativas e há incentivo a essa resistência por parte dos órgãos de classe dos médicos.

A Medicina, ou arte de prevenir, atenuar os agravos e restabelecer a saúde é uma ciência que nasceu empírica com Hipócrates e, ao longo dos séculos, pela vontade dos homens em racionalizar tudo e todas as coisas, passou a ser uma ciência – biociência, tecnológica, onerosa aos cofres públicos, nem sempre eficaz e muitas vezes desumana nos seus efeitos. “A técnica produzida pelas ciências transforma a sociedade, mas também, retroativamente, a sociedade tecnologizada transforma a própria ciência.” (MORIN, 2005, p, 20).

A Medicina ocidental, biociência, por seus profissionais, trabalha com o corpo humano de forma fragmentada, em partes, por especializações, utilizando-se de exames de alta complexidade tecnológica, o que é um mérito dos cientistas brasileiros e do mundo que fazem todo o possível para descobrir a cura das doenças, mas que, na maioria das vezes,, exigem dos pacientes tratamentos prolongados, especializados com medicamentos caros sem contudo, oferecer ao paciente a informação de que ele, paciente, é o ator principal no ato cura e não o coadjuvante, e esse é um dos motivos da preocupação do SUS, que tem sob sua responsabilidade um custo mensal alto e nem sempre eficaz.

Essa realidade, no SUS, onera os cofres públicos e se reflete em toda a população, logo, onerando o cidadão brasileiro.

O SUS, que é um sistema de saúde pública, gasta milhões de reais por ano para assistir todos os que ao sistema recorrem, e nem sempre consegue dar a assistência almejada – saúde para todos – ou o fim específico “atenção básica” e “prevenção de agravos”.

Diz Mendes (Apud SIMERS VII, 2009, p. 15) que a Medicina está em crise, tanto por culpa de alguns médicos, como por formação deficiente oferecida em Faculdades de Medicina que proliferam no Brasil.

A crise na Medicina hoje praticada pode ser medida pela insatisfação dos pacientes; pelo número crescente de litígios e pedidos de reparações ou indenizações por serviços médicos; pela busca judicial por medicamentos, tratamentos, exames e pela crescente procura aos métodos de terapias tradicionais. “Ainda que a biomedicina seja a ideologia de tratamento e de cura dominante no mundo todo, muitos acreditam que ela esteja em crise – ao menos no mundo ocidental”.(HELMAN 2003, p.93).

Mas, paradoxalmente, foi por meio da ciência, da biomedicina, por sua biotecnologia aliada aos conhecimentos da psicanálise, da física quântica, e de outras faces do conhecimento científico, que se “descobriu” ou “aceitou” a característica espiritual (não física) da saúde. “A Associação Britânica de Medicina Holística vê o surgimento e o crescimento da medicina holística como algo que “representa uma tentativa de curar a própria ciência médica por meio da re-integração das dimensões psicológicas e espirituais ao cuidado à saúde.” (HELMAN 2003, p. 101).

Infelizmente, com Política Pública de Saúde as PICs estão presentes em menos de 30% dos municípios brasileiros, distribuídos pelos 26 estados e Distrito Federal e todas as capitais brasileiras.

4 SETORES DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE

Helman (2003, p. 72) diz que, em uma sociedade complexa, é possível se identificar três setores sobrepostos e interligados à assistência à saúde: o setor informal, o setor popular (*folk*) e o setor profissional.

O Brasil tem uma sociedade complexa, multicultural, com um sistema público de saúde voltado à atenção básica e que tem como foco a prevenção e minimização de agravos em saúde como já visto anteriormente.

Essa sociedade multicultural também tem, em sua estrutura, setores de assistência à saúde.

4.1.1 Setor informal

Esse setor é o do leigo, não profissional, não especializado. E nesse setor que efetivamente começa a atenção à saúde. E a mulher, mãe, avó, tia, amiga são as provedoras desse serviço de cuidado primário em saúde. Geralmente são as mulheres da família que “diagnosticam a maior parte das enfermidades comuns e as tratam com os materiais disponíveis”. (HELMAN, 2003, p.73).

Neste setor informal ocidental ou oriental: família, amigos, vizinhos é onde se dá a efetiva assistência a saúde, pois todos aqueles que de uma maneira ou outra dão o cuidado primário a pessoa que está sob seu cuidado ou que é de seu círculo de parentesco ou amizade, proporciona aquela a atenção básica de saúde.

No setor informal também se encontram as organizações religiosas, os rituais, as orações sem custo para o enfermo.

Nesse setor, a benzedura das benzedadeiras, na sua maioria pessoas com pouco ou nenhum estudo e que não cobram, pois se consideram portadoras de um especial poder de cura, são práticas tradicionais reconhecida por “alguns médicos, principalmente da área rural do Estado, porque faz parte do dia-a-dia do nosso povo e não intervém nas suas decisões”. (S’ANTANA, 2007, P. 11-13).

Dentre essas práticas utilizadas até os dias atuais, inclui-se um conjunto de crenças sobre a manutenção da saúde.

Essas crenças são, normalmente, um conjunto de diretrizes específicas a cada grupo cultural, que tratam do comportamento ‘correto’ para evitar a falta de saúde no próprio indivíduo e nos outros. Elas incluem crenças sobre o modo saudável de comer, beber, dormir, vestir-se, trabalhar, rezar e conduzir a vida em geral. Em algumas sociedades, a saúde também é mantida pelo uso de talismãs, amuletos e emblemas religiosos para afastar o azar, inclusive as enfermidades inesperadas, e atrair sorte e saúde. (HELMAN, 2003, p. 73).

No contraponto, os efeitos negativos desse setor informal cria um dos fatos mais comuns dos dias atuais e mais perniciosos à saúde física e mental, que é a automedicação e a dependência química medicamentosa.

4.1.2 Setor popular

Segundo Helman (2003, p.75), é no setor popular, que é especialmente extenso em sociedades industrializadas e não industrializadas, que se encontram indivíduos que se especializam em formas de cura *sagradas* ou *seculares* ou em uma mistura de ambas. Esses curandeiros não pertencem ao sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre os setores informal e profissional. Dependendo da sociedade, “existe grande variação nos tipos de curandeiro popular, desde especialistas puramente seculares e técnicos até curandeiros espiritualistas, clarividentes e xamãs”, cada um com seu estilo e ponto de vista.

Em toda comunidade, rural ou urbana, indígenas, quilombolas, do Brasil ou do mundo, existe um curandeiro, técnico ou espiritualista, um guru, um xamã, um mago, um herborista, um terapeuta tradicional. Estes praticam a Medicina Tradicional, e o fazem por dom ou porque aprenderam com seus antepassados e têm a responsabilidade de transmitir os conhecimentos culturais às futuras gerações.

Mas não só benzeduras e benzedadeiras fazem parte desse segmento, também parteiras, mulheres que “tinham que ter uma vocação para a espera e solidariedade. Talvez a relação da força dessas parteiras e o ato em si de fazer o parto seja a melhor tradução do que significa obstetrícia, que vem do verbo *obstário*, do latim, que significa esperar, aguardar”.

(S'ANTANA, 2006, p. 12). Ainda, arrumadores de ossos quebrados ou deslocados, raizeiros, mambos do vodu, sacerdotes, profetas, pessoas que curam pela fé, integram o setor popular.

Nesse grupo, também se encontram os técnicos em terapias da Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Complementar (fitoterápicos, homeopatia, crenoterapia) que, na grande maioria, não são médicos ou outro profissional de saúde, mas indivíduos que, por afinidade com tratamentos naturais, buscaram conhecimento com quem já detinha a técnica milenar.

Helman (2003, p. 78) argumenta que a cautela é a melhor forma de encarar as escolhas. Comenta ainda que os curandeiros têm poderes de cura natos ou adquiridos, e descrevem as formas de escolha do indivíduo, que nasce sem o “dom” para que seja um escolhido a futuro curandeiro, alertando “é importante ver os curandeiros populares de forma equilibrada e evitar tanto uma superidealização quanto um excesso de crítica. A maior parte dos médicos tendem a ver os curandeiros tradicionais como trapaceiros, charlatões, feiticeiros ou midicastos, que representam um perigo à saúde dos seus pacientes”. (p.79). Aborda esse autor as intenções da Declaração de Alma-Ata e diz que a OMS passou a recomendar que a Medicina Tradicional, que foi redefinida como aliada em potencial ao invés de inimiga, fosse promovida, desenvolvida e integrada onde quer que fosse possível com a Medicina Científica moderna, mas enfatizou a necessidade de se garantir respeito, reconhecimento e colaboração entre os representantes dos vários sistemas envolvidos.

Posteriormente, far-se-á uma abordagem específica de cada terapia descrita na política pública quando especificamente se tratar das Medicinas Tradicionais e Complementares.

4.1.3 Setor profissional

Neste item restringe-se a abordagem às ações de profissionais do SUS.

O Sistema Único de Saúde, para alcançar seu objetivo que é a Atenção Básica, implementa algumas ações por meio de estratégias que visam a alcançar grupos específicos, como adolescentes, DST, Saúde da Família, Drogadição, entre outras.

São muitas as ações dos profissionais ligados ao SUS, no cumprimento das mais diversas políticas públicas, mas, considerando o objetivo “atenção básica à saúde” elege-se a para esta análise poucos programas com o mesmo objetivo da PNPIC – prevenção de agravos e atenção básica e que se valem de indivíduos com atividades voltadas à saúde – os agentes de saúde.

Para tanto, a prevenção de doenças, por meio do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS); a desnutrição, no Programa de

Recuperação Nutricional, e o mais recente que visa não só à prevenção de agravos, mas também fornecer informação e conscientização a crianças, pelo Programa de Saúde na Escola, foram os programas eleitos para análise.

O Programa de Saúde da Família (PSF) teve, como um dos criadores e estrategistas o médico Adib Jatene (SAÚDE DA FAMÍLIA, 2008, p. 6 – 7), diretor do HCor e ex-ministro da Saúde. O programa que era de Médico de Família, desde 1993 reconhecia que no setor informal com o auxílio e participação da família e comunidade, é possível fazer prevenção em saúde. O Programa de Saúde da Família (PSF) tem por objetivo atuar na manutenção da saúde e na prevenção de doenças, alterando, assim, o modelo de saúde centrado em hospitais.

Para tanto, capacita pessoas da comunidade – agentes de saúde⁶ – pois estas convivem diretamente com a comunidade, conhecem as deficiências e necessidades da família e do meio onde vivem, propiciando assim uma assistência básica em saúde mais efetiva.

5 REDES TERAPÊUTICAS

No Brasil, há duas redes terapêuticas de saúde: a rede pública de saúde – SUS e a rede particular de saúde.

A rede terapêutica particular de saúde abrange diversos serviços médicos e serviços terapêuticos, cobertos ou não por convênios, e que garantem o pagamento de exames, internações e terapias.

Com a globalização, veio o conhecimento dos métodos de prevenção da saúde, por meio de Medicinas Orientais e não raro os planos de saúde oferecem cobertura à acupuntura, termalismo e crenoterapia.

Em ambas, geralmente, os pacientes são atendidos primeiramente por um médico generalista, que, caso julgue necessário, encaminha o paciente para uma consulta com um especialista.

No Reino Unido, o Serviço Nacional de Saúde, desde 1948, oferece acesso livre e irrestrito ao tratamento de saúde, tanto em clínicas quanto em hospitais com médicos generalistas. As formas de assistência, clínica e generalista, são distintas. Helman (2003), comenta que, pondo em perspectiva os sistemas de assistência à saúde no Reino Unido, a maioria das fontes de atendimento ou aconselhamento de saúde são feitas por curandeiros profissionais, informais e populares, e a expressão “agente de cura” diz respeito a todos aqueles que, formal ou informalmente, oferecem aconselhamento aos que sofrem algum

⁶ Lei 11.350/2006. Regulamenta as atividades dos agentes comunitários de saúde.

desconforto físico e/ou aflição psicológica, ou a todos aqueles que prestam aconselhamento sobre como manter a boa saúde ou ter um sentimento de bem-estar. (p. 106).

No Brasil, as profissões ligadas à saúde são regulamentadas por lei, e o exercício da profissão dos profissionais é limitada.

Os profissionais que atuam no SUS são concursados e estão habilitados por lei à prática de suas atividades. Os não provenientes de cursos de graduação superior, na área da saúde, são os agentes de saúde, que viabilizam um atendimento nas residências. Estes têm acesso ao quadro dos profissionais do SUS, porque tiveram pela Lei 11.350 de 05 de outubro de 2006 regulamentadas suas atividades de agentes comunitários de saúde.

Assim, as realidades entre Reino Unido e Brasil são distintas. Naquele, médicos e práticos em medicina prestam atendimento à saúde, sendo restrito a médicos a hospitalização. Neste, tem-se uma legislação ampla quanto aos profissionais que podem atuar junto a pessoas que necessitem de atendimento no SUS.

No SUS, o paciente que necessita de atendimento, passa por uma avaliação (ambulatorial) que ocorre nos postos de atendimento e se necessitar é encaminhado a hospitalização.

Se os objetivos do SUS, que é um exercício do direito social constitucional, são assistência e prevenção de agravos na atenção básica à saúde, e isso ocorre nos Postos de Saúde com o gerenciamento municipal, e o encaminhamento ao setor hospitalar só ocorre após o médico-clínico geral ou especialista fazer a devida orientação à baixa hospitalar, então pode-se, teoricamente dizer que, no SUS, que é um Sistema Único de Saúde, há a presença latente de subsistemas, ou seja, o sistema primário – de atenção básica, e o sistema secundário – o de atenção especializada (exames, hospitalização).

Na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) está explícito que “o campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos” e ainda explica citando que o sistema médico complexo compreende abordagens do campo das PIC, que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica. (BRASIL 2006, p.10)

Quanto a recursos terapêuticos, remete ao conceito da OMS que denomina-os por Medicina Tradicional e Complementar e diz que compreende-se por aqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos. (BRASIL, 2006, p.10)

Neste diapasão, o subsistema – sistema primário –, que recebe o cidadão ao primeiro atendimento, e que dá “atenção básica” e ao qual se destina a política pública de práticas integrativas e complementares, terá como frente o médico clínico-geral.

O clínico-geral, que também pode ser um especialista, será o responsável pelo encaminhamento do paciente ao sistema médico complexo ou ao recurso terapêutico de prática complementar, que melhor entender adequado à situação e necessidade daquela pessoa.

Mas, até o presente momento, poucos são os profissionais, funcionários públicos do SUS que conhecem ou trabalham com práticas integrativas de Medicina Tradicional ou de Medicina Tradicional Chinesa ou Complementar.

Enquanto isso, a maioria dos detentores de conhecimentos de Medicina Tradicional e de Medicina Tradicional Chinesa e Complementar, que não têm formação acadêmica de grau superior, reconhecida pelo Ministério de Educação (ME) e que poderiam ser utilizados a esse tipo de atenção básica, viabilizando a ampliação do uso das PIC no SUS, não o são por falta de regulamentação dessa atividade.

Ora, se foi regulamentada a atividade dos agentes comunitarios de saúde, para que pudessem trabalhar no SUS, sem tornar com essa profissão regulamentada, por que não regularizar as atividades dos Terapeutas de Medicina Tradicional, Medicina Tradicional Chinesa e Complementar?

Esses terapeutas de PIC, que não são médicos, atuariam conforme as orientações dos médicos e dentro dos limites de sua atuação.

Os benefícios? Ainda não são conhecidos; mas poderiam ser muitos.

Para os pacientes haveria a oportunidade de autoconhecimento; de serem cooparticipantes no ato de cura; de não auto medicação; de haver uso regrado e apropriado de medicamentos – se necessários, após tentativa de desagravo por meio de práticas de MT/MTC/C. Ainda há educação para saúde presente e futura, com o resgate da autoestima e com o controle do próprio corpo, responsabilidade com o seu corpo.

Já para o SUS: diminuição de gastos públicos, medicamentos só quando necessários, humanização da saúde, diminuição de atendimentos ambulatoriais (postos de saúde), diminuição de internações hospitalares, melhor atendimento, ampliação às PIC.

Para a economia nacional: emprego formal e regular de atividades e práticas de MT/MTC/C.

Ainda, a segurança de regulamentar atividade desses terapeutas traria na contrapartida a segurança de responsabilização dos atos e dos serviços prestados por esses terapeutas, de forma regular e regulamentada, o que daria maior segurança jurídica a essas pessoas que, hoje, ainda em termos de legislação penal, podem ser denunciados como charlatãs.

A vontade política para regular a situação deve ser do gestor municipal, já que o subsistema primário – atenção básica – ocorre nos postos de saúde que são municipais.

6- AMPLIAÇÃO DE ACESSO – LEI MUNICIPAL

A PNPIC determina, em suas diretrizes, que os gestores municipais regulamentem, viabilizando ampliação e acesso às práticas integrativas nela elencadas, Medicina Tradicional (MT), Medicina Tradicional Chinesa (MTC) e Medicina Complementar (MC). A regulamentação deve se fazer por lei que garanta: ampliação e acesso às práticas integrativas e complementares no SUS, motivando o conhecimento transdisciplinar; direito integral de saúde no âmbito do SUS; direito dos terapeutas de terem a atividade regulamentada para sua segurança e dos pacientes; sustentabilidade cultural.

O direito dos cidadãos ao acesso às Práticas Integrativas e Complementares no SUS deve ser implementado como prevê a política pública e uma das formas possíveis é por lei municipal que regulamente a atividade dos terapeutas naturistas. Por esse motivo, cria-se um projeto de lei que deve ser de competência do Poder Executivo Municipal – prevê dotação orçamentária–, para que o mesmo possa cumprir as diretrizes traçadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, como gestor municipal.

Por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) , o Ministério da Saúde⁷ reconhece oficialmente a importância das manifestações populares em saúde e a chamada medicina não convencional, considerada como prática voltada à saúde e ao equilíbrio vital do homem. (BRASIL, 2018)

Segundo informação do Ministério da Saúde, os serviços de terapias são oferecidos por iniciativa local, ou seja, é do gestor municipal a incumbência de dar mais informação ao cidadão sobre as terapias e de proporcionar aos mesmos o acesso, já que poderão receber financiamento do Ministério da Saúde por meio do Piso de Atenção Básica (PAB) de cada município.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas não são meras indicações ou recomendações, são normas provenientes do Poder Legislativo e se expressam por meio de leis, são o reflexo do desejo do

⁷ Ler mais em:< <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/01/sus-passa-a-oferecer-terapias-alternativas-para-a-populacao/#acontent>>. Acesso em 01 abr.2018.

legislador, tanto em nível constitucional como no caso das voltadas à saúde e ao meio ambiente, quanto às voltadas a assuntos regulados por leis infraconstitucionais; logo, são a cristalização ou a materialização do desejo do cidadão.

Quanto a Política de Práticas Integrativas e Complementares, por ser voltada ao atendimento de atenção básica do Sistema Único de Saúde – SUS, logo no município, motivo que impõe a seus gestores que as cumpram na integralidade, e, não sendo possível que se implemente de imediato, que viabilizem condições de implementação e de acesso à comunidade.

Ora, para que a grande maioria da população brasileira, coberta pelo SUS, possa ter acesso as práticas integrativas e complementares, beneficiando-se de terapias que auxiliam os pacientes a restabelecerem a saúde física e mental com o mínimo de medicamentos e, portanto, com menos gasto público, é necessário ampliar o número de terapeutas, para atingir o maior número possível de municípios brasileiros e permitir o acesso às práticas ressaltadas na PNPIC, é necessário que os gestores municipais façam por meio de regulamentação de lei. Lei municipal, do Executivo pois o tema altera dotação orçamentaria.

Doze anos de PNPI no SUS, pouca divulgação, pequena abrangência, efetividade imperceptível e uma perda razoável de erário público, porque a atenção básica de saúde na maioria dos municípios está em descompasso com as orientações da Organização Mundial de Saúde- OMS.

Portanto, a análise sobre o tema permanece no sentido de afirmar que basta conhecimento e vontade do gestor municipal para ampliar o acesso às práticas integrativas no SUS efetivando direito dos cidadãos.

BIBLIOGRAFIA

AMORIM, L. L., Saúde e Meio Ambiente- **A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único De Saúde – Atitude e Ampliação do Acesso: Uma Questão De Direito**. Dissertação. UCS, 2009.

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. **Legislação**
Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em 5 mai. 2008.

AUGUSTO, L. G. Saúde e Ambiente. In: M. d. BRASIL, **Saude no Brasil - contribuições para a Agenda de Prioridades de pesquisa** (pp. 221-254). Brasilia: MS. 2004.

BARCELLOS, A. P. *Neoconstitucionalismo, direitos fundamentais e controle das políticas públicas*. Revista Diálogo Jurídico nº 15 Janeiro/fevereiro/ março de 2007 -Salvador - Bahia . 2007.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Ministério de Meio Ambiente (2000a). **A Convenção sobre Diversidade Biológica - CDB**. Brasília: MMA.

BRASIL. Ministério da Saúde(2006d). **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Brasil. (2006d).

_____ *Entendendo o SUS*. Brasília. (2006a).

_____ **Saúde da Família**. (2004). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em 18 set 2009.

_____ **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS- PNPIC-SUS**. Brasil: MS. (2006b).

BUCCI, M. P. **Políticas públicas e direito administrativo**. Revista de Informação Legislativa , 90. ano 34 nº 133, 1997.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença** / Cecil G. Helmann; trad. Claudia Buchweitz e Pedro Garcez. - 4. ed. Porto Alegre: Artmed. 2003.

LUCCHESI, P. T. **Como era a ação governamental em saúde antes do Sistema Único de Saúde? Políticas Públicas**. Disponível em: < <http://itd.bvs.br>> Acesso em 6 set 2009.

LUCCHESI, P. T. **Políticas Públicas em Saúde Pública. Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública** - Projeto ITD . Biblioteca Virtual em saúde - Saúde Pública Brasil. 2002.

MARQUES, V. R. **A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico**. Campinas: UNICAMP. 1994.

MILARE, É. **Direito do Ambiente: doutrina, prática, jurisprudência**, glossário. São Paulo: Revista dos Tribunais. 2001.

MORIN, E., & Dória, t. d. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 2005.

OMS, O. M. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS. 2002.

ONU, A. G. **Declaração de Estocolmo sobre o ambiente humano/ Junho 1972**. Disponível em: <http://www.silex.com.br/leis/normas/estocolmo.htm>. Acesso em: 4 set 2009.

OST, F. T. **A NATUREZA À MARGEM DA LEI: a ecologia à prova do direito**. Lisboa: Instituto Piaget. 1997.

SCLIAR, M. **História do Conceito de Saúde**. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva* nº 17 (1): , 29-41. 2007.

SERRA, J. **Ampliando o Possível - A Política de Saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Campus. 2002.

SIMERS, S. d. **Medicina só com CRM**. *VOX Médica* - Ano VII - Nº 48 .2009.