

**XXVII CONGRESSO NACIONAL DO  
CONPEDI PORTO ALEGRE – RS**

**DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA  
SOCIAL I**

**JOSÉ RICARDO CAETANO COSTA**

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte deste anal 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 Napolini - 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 – Rio Grande do Sul

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

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - ESDHC – Minas Gerais

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

---

D597

Direitos sociais, seguridade e previdência social I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/ UNISINOS

Coordenadores: José Ricardo Caetano Costa. – Florianópolis: CONPEDI, 2018.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-735-9

Modo de acesso: [www.conpedi.org.br](http://www.conpedi.org.br) em publicações

Tema: Tecnologia, Comunicação e Inovação no Direito

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

CDU: 34



# XXVII CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI PORTO ALEGRE – RS

## DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL I

---

### **Apresentação**

No XXVII Congresso Nacional do CONPEDI, ocorrido em Porto Alegre nos dias 14, 15 e 16 de Novembro de 2018, o GT de DIREITOS SOCIAIS, SEGURIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL, tivemos no GT n. 1, uma vez que foram dois GTs para dar conta das dezenas de trabalhos aprovados, a apresentação dos 16 trabalhos aprovados. Estão contempladas as três áreas da Seguridade Social (Saúde, Previdência e Assistência Social), bem como outros direitos sociais constantes no artigo 6º da Carta Maior de 2018, que completou 30 anos em 05/10/88.

Fizemos, a seguir, uma breve sinopse destes trabalhos, todos de elevada qualidade, contribuindo ao processo de debate e reflexão crítica acerca dos direitos sociais nesta seara.

Vejamos:

No primeiro artigo “TRANSGENERIDADE E PREVIDÊNCIA SOCIAL: NOVOS HORIZONTES PARA SEGURADOS(AS) TRANS FRENTE ÀS MUDANÇAS JURÍDICAS NO CONTEXTO NACIONAL”, de Beatriz Lourenço Mendes , José Ricardo Caetano Costa, os autores enfocam os reflexos das mudanças jurídicas civis recentes para as pessoas trans no campo previdenciário, a partir da possibilidade de mudança do prenome e gênero diretamente no cartório civil, independente da realização de cirurgia de transgenitalização e de autorização judicial, diante da ADIN n. 4.275, pelo STF, enfocando os reflexos desta nos direitos previdenciários.

No artigo “A (I)LEGALIDADE DO INDEFERIMENTO PELA AUTARQUIA FEDERAL DO BENEFÍCIO RURAL EM RAZÃO DO LABOR URBANO DO CONJUGE!”, de Nisslane Magalhaes De Siqueira, a autora analisa a situação do trabalhador rural, que desenvolve seu labor em conjunto com o seu núcleo familiar, contudo face a escassez de recursos, um dos cônjuges desloca-se para centros urbanos aventurando melhores condições de vida, sem que isso implique na mudança dos demais membros da família, que continuam laborando no campo.

No artigo “A APOSENTADORIA ESPECIAL DO GUARDA CIVIL MUNICIPAL”, de Luiz Gustavo Boiam Pancotti , Jesus Nagib Beschizza Feres, os autores analisam o direito

dos guardas municipais à aposentadoria especial, diante da omissão legislativa, enfocando o ajuizamento dos inúmeros Mandados de Injunção que foram impetrados visando a aplicação dos requisitos previstos na LC 51/85 que trata da aposentadoria dos policiais.

No artigo “A OPACIDADE DO DIREITO PREVIDENCIÁRIO”, de Guillermo Rojas De Cerqueira César, o autor pretende compreender a tensão existente na concessão de benefícios através do fenômeno da opacidade do direito previdenciário, concluindo que a opção política é a manutenção da segregação informacional e esvaziamento do sistema previdenciário.

No artigo “A COERÊNCIA DO DIREITO AO ADICIONAL DE 25% EM OUTRAS ESPÉCIES DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS EM ATENDIMENTO À ISONOMIA DE TRATAMENTO AOS SEGURADOS”, de João Carlos Fazano Sciarini, o autor aborda a possibilidade de estender a outros benefícios previdenciários o acréscimo de 25%, já que a lei apenas assegura tal benesse a aposentadoria por invalidez, utilizando para tanto, da doutrina e jurisprudência, observando recente decisão do STJ.

No artigo “AUXÍLIO-RECLUSÃO: ANÁLISE CRÍTICA DOS REQUISITOS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO E JURISPRUDÊNCIA”, de Joana Cristina Paulino Bernardes, a autora analisa o benefício do auxílio-reclusão, enquanto benefício previdenciário concedido ao conjunto de dependentes de segurado recolhido à prisão, avaliando as questões controvertidas que devem ser analisadas em relação a este benefício.

No artigo “A EFICÁCIA DO DIREITO À SAÚDE E A TERATOLOGIA DA TEORIA DAS ESCOLHAS TRÁGICAS”, de Ana Paula De Jesus Souza , Augusto Cesar Leite de Resende, os autores buscam promover uma análise teórica acerca do direito à saúde na Constituição Federal, explorando os mecanismos de efetivação desse direito, apontando pela necessidade de implementação por meio de políticas públicas para a real concretização destes direitos.

No artigo “AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DO SUS COMO ALTERNATIVA À JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE À LUZ DA BIOÉTICA”, de Maria Claudia Crespo Brauner , Rodrigo Gomes Flores, os autores objetivam analisar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) como alternativa à judicialização do acesso à saúde pública à luz da bioética.

No artigo “AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM PROL DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL”, de Cássia Daiane Maier Gloger , Alan Peixoto de Oliveira, os autores buscam analisar as Políticas Públicas implementadas no Brasil em prol das Pessoas com Deficiência,

tendo como suporte a obra de Erus Roberto Grau, além da legislação constitucional e infraconstitucional que embasam as normas sociais inclusivas no Brasil.

No artigo “DIREITO FUNDAMENTAL À ASSISTÊNCIA SOCIAL NA CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988: INCLUSÃO E EXCLUSÃO DOS SUBINTEGRADOS”, de Leonardo Furian, é analisado o direito a um salário mínimo do artigo 203, V, da Constituição brasileira de 1988, aos deficientes ou idosos em situação de miserabilidade, pela perspectiva sistêmica e o meta-código inclusão/exclusão, questionando se essa “garantia” é suficiente para inclusão das pessoas.

No artigo “A VULNERABILIDADE SOCIAL COMO REQUISITO PARA A CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA – BPC: O ANTAGONISMO DO CONCEITO ENTRE A LEI E A PRÁTICA”, de Joicemar Paulo Van Der Sand, o autor faz uma reflexão sobre o conceito de vulnerabilidade social, considerado requisito para a concessão do benefício de Prestação Continuada – BPC, pela Previdência Social, à luz do princípio da dignidade da pessoa humana.

No artigo “UMA ANÁLISE DO CRITÉRIO ECONÔMICO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA À LUZ DO DIREITO AO MÍNIMO PARA EXISTÊNCIA CONDIGNA”, de Camila Arraes de Alencar Pimenta , Kely Cristina Saraiva Teles Magalhães, as autores buscam investigar a aplicação do critério econômico previsto na Lei Orgânica de Assistência Social para a concessão do BPC, bem como os projetos de lei que propõem a sua alteração.

No artigo “DIREITOS SOCIAIS EM GERARDO PISARELLO: DESCONSTRUINDO MITOS E RECONSTRUINDO GARANTIAS”, de André Luís dos Santos Mottin, o autor utiliza a obra “Los derechos sociales y sus garantías. Elementos para una reconstrucción”, de Gerardo Pisarello, buscando analisar de forma crítica alguns dos “mitos” difundidos sobre os direitos sociais tendentes a mitigar a força histórica, axiológica, teórica e dogmática desses direitos.

No artigo “O DEBATE BRASILEIRO SOBRE O CUSTO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS SOCIAIS NA CONSTITUIÇÃO DE 1988: ALGUMAS APROXIMAÇÕES”, de Renan Zucchi , Matheus Felipe De Castro, os autores exploram o debate brasileiro sobre o custo dos direitos fundamentais sociais na Constituição vigente a partir de considerações atuais, para além do argumento econômico, destacando as tendências na relação indissociável entre a efetivação dos direitos fundamentais e os custos.

No artigo “O DIREITO À EDUCAÇÃO, MULTIMÍDIA E EVASÃO ESCOLAR”, de Sonia Maria Cardozo Dos Santos , Gilberto Tomazi, os autores investigam o uso da multimídia na Educação, como estímulo à frequência e diminuição da evasão escolar.

No último artigo apresentado, “O DIREITO ADQUIRIDO NA PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR: ANÁLISE DA JURISPRUDÊNCIA DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA”, de Cauã Baptista Pereira de Resende, o autor apresenta as noções jurídicas doutrinárias basilares acerca do instituto para uma melhor compreensão do tema, examinando os julgados do Superior Tribunal de Justiça envolvendo o direito adquirido na previdência complementar.

Certo que essas pesquisas, que resultaram nos excelentes artigos selecionados e apresentados neste GT 1, de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social, contribuíram ao debate e aprofundamento destes direitos, desejamos a todos e todas uma ótima leitura e aproveitamento dos referidos.

Prof. Dr. José Ricardo Caetano Costa – FURG

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](mailto:publicacao@conpedi.org.br).

# AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DO SUS COMO ALTERNATIVA À JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE À LUZ DA BIOÉTICA

## INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES OF THE SUS AS AN ALTERNATIVE TO THE JUDICIALIZATION OF ACCESS TO HEALTH IN THE LIGHT OF BIOETHICS

Maria Claudia Crespo Brauner <sup>1</sup>  
Rodrigo Gomes Flores <sup>2</sup>

### Resumo

O objetivo deste artigo é analisar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) como alternativa à judicialização do acesso à saúde pública à luz da bioética. Atualmente o acesso à saúde pública é extremamente judicializado no Brasil. Por sua vez, a bioética preconiza que a saúde da pessoa é uma resultante de condições pessoais, sanitárias e ambientais. Assim, ganha importância a PNPIC que visa fortalecer os mecanismos de prevenção e o autocuidado. Portanto, a PNPIC é fundamental para oferecer uma atenção humanizada como alternativa à judicialização da saúde. O artigo usará metodologia de revisão bibliográfica e jurisprudencial.

**Palavras-chave:** Pnpic, Judicialização, Saúde, Poder judiciário, Práticas integrativas e complementares

### Abstract/Resumen/Résumé

The objective of this paper is to analyze the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC) as an alternative to the judicialization of access to public health in the light of bioethics. Currently access to public health is extremely judicialized in Brazil. However, bioethics advocates that the health of the person is a result of personal, health and environmental conditions. Thus, PNPIC gains importance, which aims to strengthen prevention mechanisms and self-care. Therefore, the PNPIC is fundamental to offer a humanized attention as an alternative to the judicialization of health. The article will use bibliographical and jurisprudential review methodology.

**Keywords/Palabras-claves/Mots-clés:** Npic, Judicialization, Health, Judiciary power, Integrative and complementary practices

---

<sup>1</sup> Professora Adjunta da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Rio Grande-RS. Doutora em Direito pela Université de Rennes I – França.

<sup>2</sup> Procurador do Município de Pelotas Mestre em Direito e Justiça Social pela Fundação Universidade de Rio Grande - RS

## INTRODUÇÃO

O artigo tem por objetivo analisar a proposta da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde (PNPIC) como alternativa à judicialização do acesso à saúde à luz da bioética.

Cumprir dizer que a Constituição Federal consagrou o direito à saúde como "direito de todos e dever do Estado", sendo que o sistema de saúde pública será regido pelos princípios da igualdade e universalidade.

Neste sentido, um sistema de saúde público deve atuar moralmente como um meio de diminuir as desigualdades sociais e regionais, para assegurar a garantia da justa igualdade de oportunidade do indivíduo.

Entretanto, é notória a enorme dificuldade dos países de economia periférica garantirem os direitos sociais, sobretudo aqueles direitos que dependem de certas condições econômicas para que se concretizem, podendo ser citado o direito à saúde.

Desse modo, diante desta dificuldade, no Brasil o Poder Judiciário passou a exercer um papel de protagonista nas políticas públicas de saúde em ações individuais através do fornecimento de remédios, insumos médicos e cirurgias.

Em contraste com o entendimento individualista do Poder Judiciário no que diz respeito ao direito à saúde, a bioética moderna mostrou à medicina a utilidade do pensamento filosófico a respeito de problemas éticos num contexto de necessidades pessoais, preferências e direitos. A bioética da saúde da população exige priorizar os excluídos do mundo em desenvolvimento. Assim, é imprescindível uma visão ampla da estrutura, do financiamento e pela gestão do sistema de saúde.

Neste cenário, surge a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde. As Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) atendem, especialmente, a necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já desenvolvidas na rede pública, dentre as quais se destacam a medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia e a fitoterapia.

Portanto, utilizando o método de revisão de revisão bibliográfica e jurisprudencial, o artigo primeiramente discorrerá sobre o fenômeno do protagonismo do Poder Judiciário no acesso à saúde. Depois, analisará a concepção de saúde pública à luz da bioética. Em seguida serão investigadas as práticas integrativas e complementares mais conhecidas aplicadas no Sistema Único de Saúde e ao fim o artigo refletirá sobre a adoção de um modelo de atenção humanizada como alternativa à judicialização da saúde.



## **1 A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: O PROTAGONISMO DO JUDICIÁRIO NA ÁREA DA SAÚDE**

A Constituição do Brasil prevê que um dos objetivos fundamentais da nossa República é “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais” (CF, art. 3º, III), razão pela qual todas as decisões de políticas públicas do devem observar também estes fundamentos, em especial, pela sua importância fundamental, as políticas públicas de saúde.

Nesta mesma linha de objetivos fundamentais com o fim de erradicar a pobreza e a redução das desigualdades sociais e regionais, o Sistema Único de Saúde, modelo adotado na Constituição de 1988, consagrou uma proteção social abrangente, fundada na universalidade e igualdade da cobertura e do atendimento. Neste sentido, a Constituição Federal declara que:

Art. 196. 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.

Com efeito, as instituições de saúde devem ser administradas pela justa igualdade de oportunidades obtida através de duas condições: uma teoria geral da justiça que inclua o princípio que exija que as instituições básicas assegurem justa igualdade e oportunidade, sendo que estas garantias agirão como freio à desigualdade econômica. Assim, uma teoria de um sistema de saúde justa só pode seguir este caminho. A justa igualdade de oportunidade é o princípio apropriado que governa as macros decisões sobre a estrutura do sistema de saúde. Estes princípios definem, sob a perspectiva da justiça, qual é a função moral que um sistema de saúde deve ter: para ajudar na garantia da justa igualdade de oportunidade do indivíduo (DANIELS, 1995, p. 41).

Neste sentido, a universalidade e igualdade do acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde consistem na garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou impedimentos, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema. O acesso aos serviços será garantido por uma rede de serviços hierarquizada (do menor nível de complexidade para o maior) e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo o cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite que o sistema pode oferecer para todos (BAPTISTA, 2007, p. 56).

Todavia, conforme Norberto Bobbio, a realização dos direitos fundamentais não depende apenas de justificativas e boa vontade. É preciso de condições para que aconteçam. O grande problema do nosso tempo com relação aos direitos do homem não se trata de fundamentá-los e sim o de protegê-los. O problema não é filosófico, mas jurídico, num sentido mais amplo, político, isto é, o modo mais seguro para garanti-los, para impedir que, apesar das solenes declarações, eles sejam continuamente violados. Anote-se que nem tudo o que é desejável e merecedor de ser perseguido é realizável. Para a realização dos direitos do homem são frequentemente necessárias condições objetivas que não dependem da boa vontade dos que proclamam, nem das boas disposições dos que possuem os meios para protegê-los. Sabe-se do enorme problema diante do qual estão hoje os países em desenvolvimento de encontrarem as condições econômicas que, apesar dos programas ideais, permitam desenvolver a proteção da maioria dos direitos sociais. Assim, uma discussão sobre os direitos humanos deve hoje levar em conta, para não correr o risco de se tornar acadêmica, todas as dificuldades procedimentais e substantivas. A efetivação de uma maior proteção dos direitos do homem está ligada ao desenvolvimento global da civilização humana. É um problema que não pode ser isolado, sob pena de sequer compreendê-lo em sua real dimensão. Quem o isola já perdeu. (BOBBIO, 2004, p. 43-44).

Dessarte, a realidade do nosso país de economia periférica, coincide com a advertência de Bobbio, porquanto apesar da solene promessa constitucional da existência de inúmeros direitos, em especial o direito à saúde, como “direito de todos e dever do Estado” (CF, art. 196, caput), verifica-se que na nossa sociedade infelizmente o reconhecimento do acesso universal à saúde em favor ao cidadão resultou em frustração, em especial nas localidades cuja concretização destes direitos depende muito mais das condições econômicas para que ocorram.

Fato que agrava a situação é a presença de um “poder invisível”, atuando contra os valores democráticos, o que coloca em risco a própria eficácia da democracia (BOBBIO, 2011, p. 43). Conforme bem lembrado por Baptista:

O Brasil é um país de grande heterogeneidade: convivem estados ricos e pobres, municípios de grande e também de pequena extensão territorial, tem secretário de saúde que vira ministro e secretário de saúde que mal escreve o próprio nome, tem cidade com mais de 1.000 unidades de saúde e cidade sem médico. Por trás da disparidade entre regiões e até mesmo entre municípios de um mesmo estado está a trajetória de organização política e dos interesses daqueles que se mantiveram no poder (BAPTISTA, 2007, p. 56).

Dessarte, o direito à saúde, assim como outros direitos fundamentais encontram o problema na sua concretização, seja em razão da falta de condições de ideais para que eles aconteçam, seja em razão pelo “poder invisível” dos interesses daqueles que mantêm o poder.

Anote-se que as deficiências das políticas públicas, ao se limitarem apenas ao “reconhecimento” do direito ao acesso universal, resultaram no fenômeno da “judicialização da saúde”, isto é, o considerável número de demandas levadas ao Poder Judiciário requerendo alguma prestação estatal referente ao direito à saúde, envolvendo pedidos de medicamentos, cirurgias e insumos relacionados ao bem-estar da população.

Assim, o direito à saúde mereceu uma análise diferenciada pelo Poder Judiciário, eis que, de maneira geral, a doutrina admite que em princípio os direitos fundamentais prestacionais não podem ser fornecidos pelos Poder Judiciário, uma vez que dependem da implantação de políticas públicas, promulgação de lei e se submetem ao princípio da reserva do possível, não como elemento integrante dos direitos fundamentais, como se fizesse parte do núcleo essencial, e sim uma espécie de limite jurídico e fático dos direitos fundamentais (SARLET, 2010, p. 325).

Contudo, no que diz respeito à possibilidade de o Poder Judiciário intervir na política pública da saúde, tanto a doutrina e a jurisprudência se posicionam pela admissão no fornecimento das prestações materiais referente ao direito à saúde. Neste sentido, conforme foi decidido no RE nº 271286 AgR/RS – AG. REG:

O direito público subjetivo à saúde representa prerrogativa jurídica indisponível assegurada à generalidade das pessoas pela própria Constituição da República (art. 196) (...). O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional (BRASÍLIA. Supremo Tribunal Federal, 2000).

Desse modo, a dificuldade de concretizar os direitos à saúde num país periférico como o Brasil repercutiu no Poder Judiciário, vindo o Recurso Extraordinário nº 271286 - AgR/RS trata-se de um paradigma que serviu de orientação para outras situações práticas nas quais particulares pedem no Poder Judiciário alguma prestação estatal referente à saúde, consagrando a ideia da possibilidade da intervenção nas políticas públicas de saúde nas ações individuais.

## 2 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA À LUZ DA BIOÉTICA (INTEGRALIDADE)

Em 23 e 24 de setembro de 1992, na Universidade de Washington, Seattle, aconteceu uma conferência que ficou conhecida como o “nascimento da bioética”. A razão desta conferência foi o trigésimo aniversário da publicação de um artigo na revista *Life* intitulado “Eles decidem quem vive e quem morre” em novembro de 1962. O artigo trata da história de um comitê em Seattle cujo objetivo era selecionar pacientes para o programa de hemodiálise, que recentemente tinha sido aberto na cidade. Anote-se que a diálise crônica foi viabilizada apenas em 1961. Assim, logo se percebeu que muitos mais pacientes iriam precisar de diálise crônica do que a capacidade instalada. A solução foi pedir a um pequeno grupo, a maioria composta por profissionais não-médicos, que revisse todos os dossiês dos candidatos elegíveis medicamente para hemodiálise e escolhessem aqueles que iriam receber a tecnologia que salvaria suas vidas. Desse modo, o comitê se defrontou com a tarefa de determinar critérios em questões não-médicas. Quais seriam estes critérios? Riqueza, doença, idade, contribuição para previdência (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 33-34)?

Assim, a bioética surgiu como consequência dos acontecimentos do comitê de Seattle, como um eco da atualidade do antigo juramento de Hipócrates “em toda a casa, aí entrarei para o bem dos doentes”. Ocorre que hoje, o nefrologista moderno, equipado com novas e caras máquinas, não podia entrar em todas as casas em que a ajuda era necessária. Assim, que parâmetros deveriam ser utilizados para determinar a escolha da casa? (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 36-37).

É de se notar que o dilema enfrentado pelos profissionais de saúde de Seattle em 1961 é o mesmo dilema que as autoridades hoje possuem nos países de economia periférica no que diz respeito às opções de escolha de saúde pública. Assim se discute: quem deve receber o tratamento? Quais as opções que possuímos? Qual será a ênfase? Na medicina curativa? Na medicina preventiva? Investir em hábitos saudáveis? As indagações são inúmeras, as quais terão repercussão decisiva nos resultados das políticas públicas de saúde coletiva.

Hoje a bioética moderna mostrou à medicina a utilidade do pensamento filosófico a respeito de problemas éticos. Do mesmo modo, ajudou a colocar os problemas éticos num contexto de necessidades pessoais, preferências e direitos, bem como de carências sociais e possibilidades. Isto se transformou num programa para elaborar em detalhes as implicações de ser “o paciente como pessoa”, muito oportuno quando o paciente se tornou “um órgão”, um “número” ou simplesmente um “consumidor” (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 43).

Uma nova área de reflexão da bioética, extremamente delicada e sentida hoje, é a questão da ética dos negócios na área da saúde que merece inúmeros tópicos, entre os quais destacamos: seguros de saúde, conflitos de interesse, políticas públicas de saúde, ética dos serviços de administração da saúde, ética organizacional nos cuidados da saúde, lucro e comercialização. Essa abordagem na Enciclopédia cresceu a partir da preocupação que surgiu que surgiu nos anos 90 em diante com a transformação da área da saúde num negócio que visa o lucro. Assim, a bioética deve se manter distante de qualquer mancha por conflito de interesses, eis que a sua credibilidade pública está sempre em risco (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 58).

No caso da realidade brasileira, refletir sobre a saúde no nosso país é uma oportunidade de pensá-la à luz dos seus resultados de melhoria da qualidade de vida da população. Este entendimento implica acerca do significado da saúde. Saúde não pode ser entendida apenas como ausência de doença. Antes de tudo, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde. Em resumo, é o produto de condições objetivas de existência. A saúde resulta nas condições de vida e das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, por meio do trabalho (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 195).

Assim, promover a saúde à luz da bioética significa intervir socialmente na garantia dos direitos e nas estruturas econômicas que perpetuam as desigualdades na distribuição de bens e serviços. Desse modo, as políticas de saúde têm por objeto efetivar estratégias governamentais que visam corrigir os desequilíbrios sociais e propiciar a redução das desigualdades sociais (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 195).

Anotese que o estudo da saúde da população supera o modelo tradicional da bioética, antes limitada à conduta profissional da área da saúde, mas envolve toda a sociedade, transcendendo a relação médico-paciente e se fundamenta numa literatura mais abrangente, que envolve as ciências biológicas e sociais, humanidades e ciências de gestão.

Com efeito, o atual estágio da bioética difere das outras fases em razão de, em primeiro lugar, na atual fase a medicina de alta tecnologia perde seu lugar central nas preocupações bioéticas. Atualmente, a bioética está menos fixada em questões de alta tecnologia (dilemas clínicos, por exemplo) e mais enfocada nos múltiplos determinantes da saúde, um dos quais é a medicina de alta tecnologia. Segundo, a bioética enfatiza a saúde, assim como os seus cuidados. Os cuidados da saúde são importantes porque é fonte de emprego e de lucro, representando uma parcela cada vez maior na economia, e também em razão por que todos

queremos ser cuidados quando ficamos doentes, igualmente estamos interessados em permanecer saudáveis. Desse modo, podemos assim perguntar não somente quem tem acesso a determinados serviços de saúde, mas quem está e quem não está doente e quão é equitativa esta relação. Em terceiro lugar, uma bioética da saúde da população exige priorizar os excluídos no mundo em desenvolvimento. Nesta fase a relação médico-paciente e as preocupações do segundo estágio adquirem forma, numa visão ampla da estrutura, do financiamento e pela gestão do sistema de saúde. Novas ideias filosóficas eram necessárias, não se limitando à moral individual, mas a filosofia social e política, particularmente as teorias de justiça distributiva. Portanto, é imprescindível um novo aparato conceitual, no qual novas ideias possibilitem um movimento em direção a uma bioética da população necessitará de novas abordagens e apropriação de conceitos e teorias de outros campos do conhecimento humano (WIKLER, 1997, p. 189-190).

Dessarte, assim pode-se citar mais um conceito que se integra nas políticas de saúde: a saúde pública. A saúde pública é a arte e ciência de promover, proteger e restaurar a saúde dos indivíduos e da coletividade, e obter um ambiente saudável por meio de ações e serviços resultantes de esforços organizados e sistematizados da sociedade. Seu objetivo é o processo saúde-doença da coletividade, observados em suas dimensões biológicas, psíquicas e sócio cultural. Saúde compreende a expressão de maior grau de bem-estar que o indivíduo e a coletividade são capazes de alcançar mediante um equilíbrio existencial dinâmico, mediado por um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 195).

Portanto, a bioética nasceu a partir do dilema que surgiu acerca do uso dos avanços tecnológicos na medicina. Anote-se que a modernidade tecnológica tornou-se tão complexa que os conceitos antigos não mais se aplicam dada a complexidade da nossa sociedade. Cumpre dizer que numa sociedade desigual como a brasileira, o debate acerca do uso da alta tecnologia não é mais tão importante, e sim, quem a ela tem acesso. Ainda, cumpre dizer que o conceito de saúde atualmente não mais coincide com a mera ausência de doença, e sim se mede pelas condições físicas, psíquicas, ambientais e materiais.

Cabe ainda lembrar que na era dos direitos sociais, quando se debate saúde, esta não pode ser reduzida evidentemente à saúde individual. Pelo contrário, é imprescindível, como boa medida da cidadania, estabelecer critérios de gerenciamento dos recursos públicos em favor da saúde pública, auxiliados pela bioética. Cabe lembrar ainda, que a saúde pública é medida por uma série de fatores que buscam um existencial de fatores sociais, econômicos,

políticos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, cujas políticas públicas devem efetivar a promoção, a proteção e a cura dos indivíduos e da coletividade.

### **3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS: PREVENÇÃO DE AGRAVOS, MANUTENÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE**

Os estudos para elaborar uma política de práticas integrativas e complementares (PNPIC) pelo Sistema Único de Saúde iniciaram no ano de 2003 quando foi instituído um grupo de trabalho, coordenado pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Em fevereiro de 2006, o documento final da política foi aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde vindo a consolidar, desse modo, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada pelas portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006, contemplando as áreas de homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social – crenoterapia, promovendo a institucionalização destas práticas no Sistema Único de Saúde-SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 7).

A Política de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), atendem, principalmente, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, entre as quais se destacam aquelas no âmbito da medicina tradicional chinesa/acupuntura, da homeopatia, da fitoterapia, da medicina antroposófica e do termalismo/crenoterapia. Contudo, as experiências das redes públicas estaduais e municipais, devido à ausência de diretrizes específicas, têm ocorrido de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 8).

Anote-se, ainda, que a busca pela ampliação da oferta de ações de saúde tem, na implantação ou implementação da PNPIC no SUS, a abertura de possibilidades de acesso a serviços antes limitados à iniciativa privada. A melhoria dos serviços e o incremento de diferentes abordagens configuram, desse modo, prioridades do Ministério da Saúde, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS. Esta Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares busca, portanto, concretizar tais prioridades, assegurando a necessária segurança, eficácia e qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 8).

O campo da PNPIC contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que tem por objetivo incentivar os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 13).

As práticas integrativas são de várias modalidades apenas para exemplificar, em março deste ano foram incluídas dez novas práticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018), desse modo descreveremos algumas práticas mais conhecidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

### **3.1 MEDICINA TRADICIONAL CHINESA/ACUPUNTURA**

A medicina tradicional chinesa (MTC) trata-se de um sistema médico integral originado há milhares de anos na China. Utiliza linguagem que retrata simbolicamente as leis da natureza e que valoriza a inter-relação harmônica entre as partes visando à integridade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 16). Utiliza como elementos a anamnese, a palpação do pulso, a observação da face e da língua em suas várias modalidades de tratamento (acupuntura, plantas medicinais, práticas corporais e mentais) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 17).

A acupuntura trata-se de uma tecnologia de intervenção em saúde que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos. Originária da MTC, a acupuntura é um conjunto de procedimentos que permitem o estímulo preciso de locais anatômicos definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como para prevenção de agravos e doenças (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 17).

A OMS recomenda a acupuntura para seus estados-membros, já produziu várias publicações sobre sua eficácia e segurança, capacitação de profissionais, bem como métodos de pesquisa e avaliação dos resultados terapêuticos das medicinas complementares e



tradicionais. O *National Institutes of Health* dos Estados Unidos referendou a indicação da acupuntura, de forma isolada ou como coadjuvante, em várias doenças e agravos à saúde, tais como odontalgias pós-operatórias, náuseas e vômitos pós-quimioterapia ou cirurgia em adultos, dependências químicas, reabilitação após acidentes vasculares cerebrais, dismenorreia, cefaleia, epicondilite, fibromialgia, dor miofascial, osteoartrite, lombalgias e asma, entre outros (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 18).

Em 1999, o Ministério da Saúde inseriu na tabela Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) a consulta médica em acupuntura (código 0701234), o que permitiu acompanhar a evolução das consultas por região e em todo o País. Dados desse sistema demonstram um crescimento de consultas médicas em acupuntura em todas as regiões (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 19).

### 3.2 HEMEOPATIA

A homeopatia é um sistema médico complexo de caráter holístico baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates no século IV a.C. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII. Após estudos e reflexões baseados na observação clínica e em experimentos realizados na época, Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas* (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 19).

Com a criação do SUS e a descentralização da gestão, ocorreu ampliação da oferta de atendimento homeopático. Este aumento pode ser observado no número de consultas em homeopatia, que, desde sua inserção como procedimento na tabela SIA/SUS, vem apresentando crescimento anual em torno de 10% (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 20).

A implementação da homeopatia no SUS representa importante estratégia para a construção de um modelo de atenção centrado na saúde uma vez que recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia, a doença é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões. Dessa forma, essa concepção contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde, atua em diversas situações clínicas do adoecimento, por exemplo, nas doenças crônicas não transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e

emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 21).

### **3.3 PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA**

A fitoterapia é uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda de origem vegetal. O uso de plantas medicinais na arte de curar é um tratamento de origens muito antigas, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de conhecimento por sucessivas gerações. Ao longo dos séculos, produtos de origem vegetal constituíram as bases para tratamento de diferentes doenças (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 22).

O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior biodiversidade vegetal do mundo, e o uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e a tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 22).

O Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, aponta a necessidade de se “investir na pesquisa e desenvolvimento de tecnologia para produção de medicamentos homeopáticos e da flora brasileira, favorecendo a produção nacional e a implantação de programas para uso de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde, de acordo com as recomendações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 24).

Como podemos verificar, há vários exemplos de práticas integrativas e complementares, cuja implementação da respectiva política visa apoiar as experiências na rede pública dos estados e municípios, evitando a descontinuidade dos programas, a falta de registro legal, o fornecimento inadequado de insumos e falta de avaliação. Neste sentido, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares confere segurança jurídica e apoio técnico aos Estados e Municípios com o fim de obter uma maior efetividade na concretização do direito fundamental à saúde, através da ênfase na prevenção e o autoconhecimento do indivíduo.

## **4 MODELO DE ATENÇÃO HUMANIZADA COMO ALTERNATIVA À JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE**

A sociedade brasileira vive um processo crescente de medicalização em todas as esferas da vida. Medicalização entendida como o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes matrizes são apresentados como “doenças”, “transtornos” ou “distúrbios” que mascaram questões políticas, sociais, culturais, afetivas que atingem a vida das pessoas. Questões coletivas são entendidas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. As pessoas classificadas como “doentes”, as pessoas tornam-se “pacientes” e conseqüentemente “consumidoras” de tratamentos, terapias e medicamentos, que transformam o seu próprio corpo no alvo dos problemas que, na lógica medicalizante, deverão ser sanados individualmente. Ocorre que muitas vezes, famílias, profissionais, autoridades, governantes e formuladores de políticas eximem-se de sua responsabilidade quanto às questões sociais: as pessoas é que têm “problemas”, são “disfuncionais”, “não se adaptam”, são “doentes” e são, até mesmo, judicializadas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018, p. 13).

Com efeito, no Brasil, como já mencionamos, o acesso à saúde é extremamente judicializado partindo do pressuposto de que se trata de um direito individual. Nesta lógica de judicialização, a saúde é entendida como um direito irrestrito exigível do Estado, sem reflexão alguma sobre os seus limites e conseqüências.

Entretanto, fato amplamente ignorado é que a realidade latino-americana da bioética em termos de cólera, AIDS e sarampo, apenas para citar alguns exemplos, exige uma perspectiva de ética social com preocupação com o bem comum, justiça e equidade antes do que com os direitos individuais e virtudes pessoais. Uma “macroética” de saúde pública pode ser proposta como alternativa para a tradição anglo-americana da “microética” ou cultura clínica. A maior necessidade nestes países pobres é de equidade na alocação de recursos e na distribuição de serviços de saúde (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 93).

Desse modo, é imprescindível lembrar que os problemas bioéticos mais importantes na América Latina e no Caribe são os que dizem respeito com a justiça, a equidade e a alocação de recursos na área da saúde. Em amplos setores da população ainda não chegou a alta tecnologia médica e muito menos o tão desejado processo de emancipação dos doentes. Ainda impera, pela beneficência, o paternalismo. Assim, ao princípio da autonomia, tão importante na perspectiva anglo-americana, precisamos justapor o princípio da justiça, equidade e solidariedade (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 96).

Cumprir ainda dizer que a bioética do mundo desenvolvido (Europa e Estados Unidos) na maioria das vezes ignorou as questões básicas que milhões de excluídos enfrentam no nosso continente e mostra preocupação com outras questões básicas que são marginais ou

simplesmente não existem. Como exemplo, fala-se muito em morrer com dignidade no mundo desenvolvido. Aqui devemos proclamar a dignidade humana que garanta primeiro um viver com dignidade e negar uma sobrevivência aviltante, antes de um morrer digno. No Brasil, temos problema com mortalidade infantil, enquanto no primeiro mundo se morre depois de se ter vivido muitos anos e desfrutado a vida com elegância até a velhice. Um sobreviver sofrido garantiria a dignidade no adeus à vida? (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2008, p. 96-97).

Neste panorama, de recursos escassos, vida indigna, medicalização excessiva da vida, impõe-se como alternativa um modelo de atenção humanizada à judicialização da saúde, devendo ser observado o enunciado na Carta de Ottawa de 1986, considerada um marco político para as políticas públicas de saúde no mundo inteiro, ao estabelecer a necessidade da construção de políticas públicas saudáveis, criação do meio-ambiente favorável, desenvolvimento de habilidades, reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 19). Neste sentido, de acordo com a Carta de Ottawa:

As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm, em relação à saúde, maior responsabilidade na mediação entre os diferentes existentes na sociedade. As estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 19).

Os serviços de saúde, por sua vez, precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais, de modo a apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 25).

Entretanto, conforme Brauner e Furlan, ao contrário do que é recomendado pela Carta de Ottawa, observamos o conceito de saúde fundado no modelo biomédico, sob uma estrutura reducionista, estritamente biológica e mecanicista, sobretudo medicalizadora e individualista (BRAUNER; FURLAN, 2016, p. 47). Esta postura é seguida pelo Poder Judiciário. Com efeito, segundo BARATA e MENDES, comentando as liminares judiciais que concedem medicamentos:

A alegada urgência na concessão de medicamentos dispensados a pacientes não hospitalizados, na maior parte das vezes, está a serviço de burlar as regras estabelecidas e dessa forma conferir alguma vantagem (privilégio) ao burlador, seja ele o médico, a indústria ou o escritório de advocacia, patrono da causa (2010. p. 72.)

Neste sentido, percebe-se a tendência comercial da judicialização da saúde, muito mais preocupada no indivíduo como um “doente/consumidor”, do que os valores que devem reger o bem comum, consubstanciados nas normas que disciplinam o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde – que se trata de uma conquista da cidadania brasileira.

Dessarte, todo o compromisso na área da saúde, em nossa realidade, é desafiado a favorecer o processo de conquista da cidadania, como garantia da existência física e cultural e do reconhecimento do indivíduo como membro da sociedade (BRAUNER; FURLAN, 2016, p. 47).

Desse modo, atuando nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais da saúde pública, devendo ser entendida como mais um passo no processo da efetiva implantação do SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015, p. 8).

Portanto, a concretização do direito à saúde como “direito de todos e dever do Estado” se trata de um processo contínuo, que necessariamente envolve a escolha de políticas públicas adequadas à realidade brasileira, razão pela qual a adoção de um modelo humanizado que entenda o indivíduo na sua integralidade é fundamental para efetiva implantação do Sistema Único de Saúde.

## **CONCLUSÃO**

O Brasil adotou um modelo de saúde pública baseada nos princípios da igualdade e universalidade, razão pela qual um dos seus objetivos é reduzir as desigualdades sociais e regionais da população. Ocorre que, como na maioria dos países de economia periférica, direitos que envolvem uma prestação do Estado dependem de condições econômicas para serem concretizados. Neste cenário, o Poder Judiciário assumiu o papel de protagonista ao julgar ações que obrigam o Estado fornecer à população remédios, cirurgias e insumos médicos.

Por sua vez, ao contrário da posição individualista do Poder Judiciário, a bioética moderna preconiza o princípio de que antes do acesso à medicação e aos serviços de saúde, é preciso analisar a questão crítica do gerenciamento da saúde pública, a quem são destinados os recursos, entendendo o indivíduo como ser humano na sua integralidade, não como “consumidor”, “doente” ou um “paciente”. Saúde não se limita ao conceito de “ausência de

doença” e sim de uma série de condições pessoais, físicas, ambientais que realizam a pessoa na sua integralidade.

Neste cenário ganha importância as práticas integrativas e complementares, reguladas pelas portarias ministeriais nº 971, de 3 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006, contemplando as áreas de homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, medicina antroposófica e termalismo social – crenoterapia, promovendo a institucionalização destas práticas no Sistema Único de Saúde-SUS.

As práticas integrativas e complementares envolvem a abordagem cujo objetivo é fortalecer os mecanismos de defesas naturais, a recuperação da saúde e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, ampliando o conceito de saúde-doença e a promoção da saúde, principalmente do autocuidado.

Portanto, as práticas integrativas e complementares são importantes aliadas para oferecer uma atenção humanizada aos cidadãos, com o fim de atender a saúde da pessoa na sua integralidade, especialmente nas áreas de prevenção e recuperação da saúde, fortalecendo os princípios da igualdade e universalidade do Sistema Único de Saúde.

## **BIBLIOGRAFIA**

AARON, Henry; SCHWARTZ, William. **The painful prescription: rationing hospital care**. Washington, DC: The Brookings Institution, 1984.

AMARAL, Gustavo. **Direito, escassez e escolha. Critérios jurídicos para lidar com a escassez de recursos e as decisões trágicas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

BAPTISTA, Tatiana. História das Políticas de Saúde no Brasil: A trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo; PONTES Ana (Org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em [http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/Políticas-de-Saude\\_organizacao-e-operacionalizacao-do-Sistema-Unico-de-Saude.pdf](http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/Políticas-de-Saude_organizacao-e-operacionalizacao-do-Sistema-Unico-de-Saude.pdf) Acesso em 28 de julho de 2018.

BARATA, Luis; MENDES, José (Orgs.). Uma proposta de política de assistência farmacêutica para o SUS. In: BLIACHERIENE, Ana; SANTOS, José. **Direito à vida e à saúde**. São Paulo: Atlas, 2010.

BARROSO, Luís Roberto. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo**. Belo Horizonte: Fórum, 2013.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOBBIO, Norberto. **O futuro da democracia**. 12ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

BAPTISTA, Tatiana. História das Políticas de Saúde no Brasil: A trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo; PONTES Ana (Org.). **Políticas de Saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. Disponível em [http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/Políticas-de-Saude\\_organizacao-e-operacionalizacao-do-Sistema-Unico-de-Saude.pdf](http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/Políticas-de-Saude_organizacao-e-operacionalizacao-do-Sistema-Unico-de-Saude.pdf) Acesso em 28 de julho de 2018.

BRASÍLIA. Supremo Tribunal Federal. RECURSO EXTRAORDINÁRIO nº 271286 AgR/RS – AG. REG. Relator: Ministro Celso de Mello. DJ: 24/11/2000. JusBrasil, 2000. Disponível em <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/779142/agregno-recurso-extraordinario-re-agr-271286-rs> Acesso em 28 de julho de 2018.

BRAUNER Maria Cláudia; FURLAN, Karina. O crescente processo de medicalização da vida: a judicialização da saúde. In: SERAU JR., Marco; BRAUNER, Maria Cláudia; COSTA, José Ricardo. **Direito e Saúde: construindo a justiça social**. São Paulo: LTr, 2016.

COMPARATO, Fábio. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 7º ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Não à medicalização da vida**. Disponível em [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno\\_AF.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf) Acesso em 28 de julho de 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/06/6781486daef02bc6ec8c1e491a565006.pdf> Acesso em 28 de julho de 2018.

DANIELS, Norman. **Just health care**. 6ª ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

DWORKIN, Ronald. **Levando os direitos a sério**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FARIA, José. **Direitos humanos, direitos sociais e justiça**. São Paulo: Malheiros, 2005.

FRASER, Nancy. **A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação**. Disponível em <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/rccs/artigos/63/RCCS63-Nancy%20Fraser-007-020.pdf> Acesso em 28 de julho de 2018.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia entre facticidade e validade**. Vol. I. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2012.

HOLMES, Stephen; SUSTEIN Cass. **The cost of rights**. New York: W.W. Norton & Company, Inc., 2000.

LOPES, José. **Direitos sociais. Teoria e Prática**. São Paulo: Método, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartas de promoção**. 2002. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf) Acesso em 28 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde inclui 10 novas práticas integrativas no SUS. 2018. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42737->

[ministerio-da-saude-inclui-10-novas-praticas-integrativas-no-sus](#) Acesso em 28 de julho de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. 2015. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf) Acesso em 28 de julho de 2018.

NETO, Orozimbo et al. **Médicos, advogados e indústria farmacêutica na judicialização da saúde em Minas Gerais, Brasil**. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/04.pdf> Acesso em 1º de agosto de 2017.

PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian. **Problemas atuais de bioética**. 8ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

SARLET, Ingo. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 10ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SARLET, Ingo. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais**. 9ª ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

SERAU Jr., Marco; BRAUNER, Maria; COSTA, Ricardo (coordenadores). **Direito e Saúde: construindo a justiça social**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016.

SUNSTEIN, Cass; HOLMES, Stephen. **The Cost of Rights. Why Liberty Depends on Taxes**. New York: W.W. Norton & Company. 2000.

WIKLER, Daniel. **Presidential address: bioethics and social responsibility in bioethics**. In: PESSINI, Léo; BARCHIFONTAINE, Christian. **Problemas atuais de bioética**. 8ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

WOLFE, Alan. **The limits of legitimacy**. New York: The Free Press, 1977