



O mínimo existencial do direito à saúde no SUS: o caso do Programa Saúde da Família

The minimum existential of the right to health in the SUS: the Family Health Program case

El mínimo existencial del derecho a la salud en el SUS: el caso del Programa Salud de la Familia

Itala Lopes Cardoso¹
Jarbas Ricardo Almeida Cunha²

RESUMO: A dimensão positiva dos direitos sociais conduz ao seu reconhecimento como direitos a prestações materiais essenciais às condições mínimas de sobrevivência. Este entendimento suscita a figura de um mínimo existencial como condição para a existência digna do indivíduo. Dentre os direitos sociais, este trabalho discute o direito à saúde, por ser decorrente do direito fundamental à vida e por entendê-lo como pressuposto para o desenvolvimento pleno dos demais direitos sociais. Este artigo tem como objetivo analisar o direito ao mínimo existencial no caso do Programa Saúde da Família (PSF). Consistiu em um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, sobre o direito ao mínimo existencial no caso do Programa Saúde da Família, realizado por meio da revisão bibliográfica referente à teoria do mínimo existencial e da pesquisa legislativa sobre o PSF. Foram selecionadas 21 publicações. Na pesquisa legislativa, foram identificadas 40 normativas, sendo selecionada apenas uma portaria. Uma das formas de se efetivar o mínimo existencial do direito à saúde é por meio da criação e implementação de políticas públicas, como o PSF. A garantia desse direito implica um parâmetro mínimo para sua efetividade, impedindo a omissão por parte do Estado. O PSF se configura como um instrumento importante para a garantia do mínimo existencial do direito à saúde no SUS.

Palavras-chave: Direito à saúde. Políticas Públicas de Saúde. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT: The positive dimension of the social rights leads to its recognition as rights to essential material installments to the minimum conditions of survival. This understanding raises the picture of an existential minimum as condition for the worthy existence of the individual. Amongst the social rights, this paper discusses the right to health, for being the fundamental right to life and for understanding it as a prerequisite for the full development of other social rights. This article aims to analyze the existential minimum entitlement in the case of the Family Health Program (FHP). It consisted of an exploratory study, with qualitative approach, on right to the existential minimum in the case of the Family Health Program, conducted through literature review concerning the minimum existential theory and legislative research on the FHP. 21 publications have been selected. On legislative research, 40 rules were identified, but only one ministerial order has been selected. One of

¹ Bacharel em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília – UnB. Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília. E-mail: italalopescardoso@gmail.com

² Graduado em Direito pela Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP. Especialização em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília. Mestrado em Política Social pela Universidade de Brasília – UnB. Analista Técnico de Políticas Sociais (ATPS) no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Professor de Direito Constitucional Sanitário. E-mail: jarbas.ricardo@yahoo.com.br



the ways of accomplishing the existential minimum of the right to health is by means of the creation and implementation of public policies, such as the FHP. The guarantee of this right implies a minimum parameter to its effectiveness, preventing the omission on the part of the State. The FHP is configured as an important instrument for ensuring the existential minimum of the right to health in the SUS.

Keywords: Right to health. Public Health Policies. Family Health Program.

RESUMEN. La dimensión positiva de los derechos sociales conduce a su reconocimiento como un derecho a las prestaciones materiales esenciales para las condiciones mínimas de la supervivencia. Por esto la figura de un mínimo existencial como condición para la existencia digna del individuo es necesaria. Entre los derechos sociales, este trabajo discute el derecho a la salud, porque es decurrente del derecho fundamental a la vida. Este artículo tiene como objetivo analizar el derecho al mínimo existencial en el caso del Programa Salud de la Familia (PSF). Consistió en un estudio exploratorio, con metodología cualitativa llevado por medio de revisión de literatura sobre la teoría del mínimo existencial y de investigación legislativa sobre el PSF. Hubo 21 publicaciones. En la investigación legislativa, fueron identificadas 40. La garantía de este derecho implica un parámetro mínimo para su eficacia. El PSF si configura como un instrumento importante para la garantía del mínimo existencial del derecho a la salud en el SUS.

Palabras-llave: Derecho a la salud. Políticas Públicas de Salud. Programa Salud de la Familia.

Introdução

Os direitos sociais como saúde, assistência social, educação e trabalho, por outorgarem ao indivíduo direito a prestações materiais estatais, marcam a transição das liberdades formais abstratas para as liberdades materiais concretas e, por isso, são apresentados como direitos de cunho positivo que se manifestam na segurança jurídica do indivíduo (1). A dimensão positiva dos direitos sociais conduz ao seu reconhecimento como direitos a prestações (2). Esses direitos a prestações têm por finalidade proteger a liberdade da pessoa humana na sociedade, o que permite dizer que os direitos fundamentais sociais são garantidos pelos serviços públicos (3).

Este entendimento suscita a figura de um mínimo existencial como condição para a existência digna de qualquer indivíduo, ligada a prestações de recursos materiais essenciais às condições mínimas de sobrevivência (4). A proteção daquelas condições mínimas de vida é necessária à garantia da liberdade, pois sem um mínimo necessário à existência, cessa a possibilidade de sobrevivência do indivíduo e desaparecem as condições iniciais de liberdade (2). Nesta perspectiva, os direitos sociais devem ser



garantidos sempre que constituírem o mínimo indispensável ao gozo de qualquer direito (3).

A construção da teoria do mínimo existencial ocorreu na Alemanha, após o Tribunal Constitucional do país decidir, em 1975, que o Estado deveria proteger o indivíduo em suas necessidades materiais, outorgando ao indivíduo um direito fundamental a uma assistência por meio do Estado, que precisa garantir, no mínimo, condições básicas para uma existência humana digna. Entre outras decisões, que acabaram gerando o fundamento do mínimo existencial, fomentando as discussões em torno da garantia do mínimo indispensável para uma existência digna durante os trabalhos preparatórios do processo constituinte. Essa decisão foi chancelada em sua essência em outros acórdãos da Corte alemã, resultando no reconhecimento definitivo do *status* constitucional da garantia estatal do mínimo existencial (5).

Sendo a saúde um direito de todo cidadão, consagrado pela Constituição Federal em 1988, cabe ao Estado prover as condições necessárias para que esse direito seja usufruído, mediante a criação de 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 (6). Para tanto, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público responsável por oferecer ações e serviços de saúde de forma igualitária e gratuita a toda população, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde - Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 - que dispõem sobre as ações e serviços de saúde e os princípios e diretrizes que os norteiam. Norteado pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, o SUS definiu um novo modelo assistencial baseado na descentralização municipalizante, cuja porta de entrada é a Atenção Básica. Dessa forma, o Estado passa a desenvolver políticas e programas que atentem para a instalação de serviços e a realização de ações que vão desde o diagnóstico precoce da doença até os serviços de média e alta complexidade. Dentre esses programas destaca-se o Programa Saúde da Família (PSF), criado com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional (7).

A questão do mínimo existencial provoca inúmeras controvérsias como, por exemplo, a conceituação, a identificação de quais prestações são indispensáveis para a manutenção de uma vida digna e a função do Estado na promoção e proteção do mínimo existencial. O conteúdo do mínimo existencial, no caso da saúde, também gera problemas de difícil



solução, ou seja, quais ações de saúde o Estado deve financiar? O acesso à rede pública de saúde estende-se a todos ou apenas àqueles que se encontram em situação de pobreza? Como promover o atendimento universal e igualitário? Dentro dessa discussão, na tentativa de elucidar tais indagações, o presente artigo teve como objetivo analisar o direito ao mínimo existencial no caso do Programa Saúde da Família, fazendo um estudo comparativo entre o direito social à saúde cujos princípios e diretrizes foram previstos na Constituição Federal de 1988.

Metodologia

Tratou-se de um estudo exploratório sobre o direito ao mínimo existencial, com o acesso e tratamento de fontes secundárias de dados. O método de pesquisa qualitativa se interessa pelo “nível mais profundo”, um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, e possibilita a conjugação dos pontos de vista de todos os atores relevantes para a pesquisa de forma a proporcionar uma interpretação mais contextualizada (8).

A pesquisa compreendeu a revisão bibliográfica referente à teoria do mínimo existencial. É neste momento que o investigador faz a análise das fontes de pesquisa e escolhe o marco teórico que vai adotar, detalhando os conceitos e fundamentando às hipóteses ou pressupostos existentes como intuição nas indagações iniciais (9).

A pesquisa bibliográfica efetivou-se através da contribuição teórica de diversos autores em livros, artigos científicos, dissertações e teses, obtidos por meio do acesso aos bancos de dados de pesquisa científica disponíveis na web: Google acadêmico e Biblioteca Acadêmico Luiz Viana Filho (Biblioteca Digital do Senado Federal), a partir do descritor: “mínimo existencial”, seguindo os seguintes critérios: trabalhos publicados em língua portuguesa, de acesso livre e abordando o mínimo existencial como assunto principal.

A pesquisa legislativa sobre o Programa Saúde da Família abrangeu normas produzidas na esfera federal, inclusive, as infralegais, obtidas no Portal da Saúde do Ministério da Saúde (<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis>) e no Portal da Legislação do Governo Federal (<http://legislacao.planalto.gov.br>), utilizando como descritores: “Programa Saúde da Família”, “Estratégia Saúde da Família” e “Agentes Comunitários de Saúde”.



Após a sistematização dos dados, procedeu-se à análise sobre o direito ao mínimo existencial no caso da Estratégia Saúde da Família. De modo a permitir uma melhor organização dos dados, o conteúdo dessa análise foi dividido em dois eixos temáticos: I. O mínimo existencial e o Programa Saúde da Família; II. A função do Estado na promoção e proteção do mínimo existencial.

Resultados

Foram encontrados 278 trabalhos científicos no que tange à teoria do mínimo existencial. Desses, foram selecionados apenas aqueles que aplicavam a teoria do mínimo existencial em questões relativas ao direito à saúde, sendo identificados 12 trabalhos. Após análise preliminar do conteúdo desses trabalhos, foi verificada a recorrente citação de algumas obras e, diante disso, optou-se por incluir a revisão de 9 destas obras; totalizando 21 publicações selecionadas, sendo 12 artigos, 8 livros e 1 tese.

A síntese das 21 publicações selecionadas nesta pesquisa foi esquematizada no quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Publicações sobre a teoria do mínimo existencial, segundo autor, ano da publicação, título e definição do mínimo existencial utilizada pelo autor.

Autor / Ano de publicação	Título	Definição adotada
Ana Paula Barcellos (2002)	A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana.	O mínimo existencial é composto pela educação fundamental, saúde básica, assistência aos desamparados e pelo acesso à justiça, e possui uma eficácia jurídica simétrica ou positiva, constituindo um direito exigível diante do Judiciário.
Ana Paula Barcellos (2008)	O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata.	O mínimo existencial em matéria de saúde deve incluir prioritariamente as prestações de saúde de que todos os indivíduos necessitam, tais como o atendimento no parto e da criança no pós-natal, saneamento básico e atendimento preventivo em clínicas gerais e especializadas, como cardiologia e ginecologia, e o acompanhamento e controle de doenças típicas, como hipertensão e diabetes. A lógica desse critério é assegurar que todos tenham direito subjetivo a esse conjunto comum e básico de prestações de saúde como corolário imediato do princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, podendo exigi-lo caso não seja prestado voluntariamente pelo Poder Público.
Ana Carolina Peduti Abujamra e Cláudio José Amaral Bahia (2009)	O direito social à saúde na Constituição Federal de 1988: reserva do possível e mínimo existencial – Limites?	Compõe o mínimo vital o direito a uma moradia simples, à educação escolar, à formação profissional e a um nível padronizado mínimo de assistência médica. Contudo, não se esquece que o mínimo vital, que é o mais básico, tem consideráveis efeitos financeiros, devendo ser estabelecidos comparativa ou relativamente, isto é, sob as condições fáticas do Estado onde será implementado tal direito. É fundamental à dignidade e à vida da pessoa humana e é também autoaplicável, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A vinculação a um padrão mínimo corresponde



		ao conjunto de condições materiais indispensáveis à existência humana com dignidade, formando um núcleo sindicável cuja entrega não pode ser obstaculizada sob o argumento da reserva do possível ou da escassez de recursos financeiros.
Eduardo Pordeus Silva (2012)	Direito humano à saúde e a questão da cidadania socioeconômica.	O mínimo existencial é aquele núcleo essencial que deve ser preservado para que o ser humano sobreviva com um padrão mínimo de dignidade.
Francislene Lucia Martins Silva e Sofia Alves Valle (2012)	O mínimo existencial como instrumento de garantia da eficácia das normas programáticas: um estudo de direito à saúde.	O mínimo existencial corresponde ao conjunto de situações materiais indispensáveis à condição humana digna.
Hugo Evo Magro Corrêa Urbano (2010)	Notas sobre a efetivação do direito fundamental à saúde.	O mínimo existencial é um subgrupo dos direitos sociais, que abrange um rol mais amplo de direitos a prestações. O núcleo dos direitos sociais é exatamente o mínimo existencial. Sendo certo que o direito à saúde é abrangido por esse núcleo “duro” de direitos.
Ingo Wolfgang Sarlet (2007)	A eficácia dos direitos fundamentais.	O mínimo existencial corresponde o conjunto de prestações materiais indispensáveis para assegurar a cada pessoa uma vida digna e saudável, e constitui o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais, que estaria blindado contra qualquer intervenção do Estado e da sociedade.
Ingo Wolfgang Sarlet e Mariana Filchtiner Figueiredo (2008)	Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações.	Compreendem o mínimo existencial como o conjunto de prestações materiais indispensáveis para assegurar uma vida digna à pessoa, constituindo o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais, protegido contra a intervenção do Estado e da sociedade. Os próprios direitos sociais, como a assistência social, a saúde, a moradia, a previdência social, o salário mínimo dos trabalhadores e etc, abrangem dimensões do mínimo existencial. Os autores destacam que não há como estabelecer, de modo taxativo, um rol de elementos nucleares do mínimo existencial, nem mesmo o legislador poderá fixar valores ou padronizar as prestações destinadas a satisfazer o mínimo existencial.
Ione Maria Domingues de Castro (2012)	Direito à saúde no âmbito do SUS: um direito ao mínimo existencial garantido pelo Judiciário?	Os cidadãos têm direitos a prestações positivas frente ao Estado no que diz respeito às condições mínimas de sobrevivência. Uma vez identificado o mínimo existencial da saúde, esse direito deve ser satisfeito, não se admitindo qualquer restrição, uma vez que esta é uma exigência do ordenamento jurídico, que tem como valor fonte a pessoa humana.
Ione Maria Domingues de Castro (2015)	O mínimo existencial do direito à saúde: uma questão fática.	A integralidade da atenção é a expressão do mínimo existencial do direito à saúde, pois sem atendimento integral das necessidades do paciente, não há concretização do mínimo existencial do seu direito. O direito à saúde deve ser satisfeito independente da existência de qualquer lei ou previsão orçamentária.
Jarbas Ricardo Almeida Cunha (2015)	As teorias do mínimo existencial e da reserva do possível como retrocessos à efetivação do direito à saúde no Brasil.	O mínimo existencial do direito à saúde tem sido desenvolvido pelos doutrinadores com o intuito de restringi-lo à saúde básica. Neste contexto, o direito à saúde não corresponde ao mínimo existencial, pois para a manutenção da vida deve-se atentar para o máximo de atendimento e tratamento.
Jesus Marcelo de Souza Galheno (2014)	Direito Social Fundamental à saúde. Judicialização.	O mínimo existencial, com relação à vida humana, seria aquele núcleo essencial que garantiria ao indivíduo uma vida dotada dos princípios a ela inerentes (liberdade, dignidade, igualdade etc.). Percebe-se que o mínimo existencial não se destina apenas à sobrevivência do indivíduo, como a expressão poderia suscitar, mas a uma vida digna, livre e igual.
Júnior Ananias Castro e Alexandre Gustavo Melo Franco Bahia	O Estado Democrático de Direito e a efetivação dos direitos sociais: o fenômeno da judicialização da saúde.	O conteúdo essencial do direito à saúde é a preservação do direito à vida; portanto, sempre que esta for colocada em risco devido à recusa da Administração Pública em prestar assistência médica, o Judiciário estará legitimado a intervir para garantir a sua efetividade, independentemente dos custos para os cofres públicos, e sem que tal intervenção importe em



(2014)		ofensa ao princípio da separação dos poderes.
Kátia Cristina Santos de Oliveira e Jamille Coutinho Costa (2013)	Direito à saúde: da (in)efetividade das políticas públicas à sua judicialização como forma de garantir o mínimo existencial.	O mínimo existencial é Direito Fundamental, vinculado a Constituição, sendo irrelevante a existência de lei para sua obtenção, e está ligado à ideia de liberdade. O Direito à Saúde deve ser analisado de forma ampla, englobando a possibilidade de garantir, por parte do Estado, um mínimo de dignidade e bem-estar ao hospitalizado, não restringindo somente aos casos de risco de morte ou de grave lesão sofrida pelo paciente. Com isso, inserem-se no Direito Fundamental à Saúde os medicamentos ou tratamentos médicos que não são fornecidos pela administração do SUS além das políticas de vigilância sanitária, em observância de que a norma constitucional do art. 196 tem caráter imperativo sobre as normas regulamentares administrativas baixadas pelo Poder Executivo. Para tanto, o Estado deve contemplar as atividades de saúde de todos os níveis.
Luiz Roberto Barroso (2010)	A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo.	O mínimo existencial integra o núcleo essencial dos direitos fundamentais e possui eficácia direta e imediata. Sua definição é paradoxal e seu conteúdo não pode ser captado em um elenco exaustivo, pois ele é variável na medida do tempo e no espaço.
Ricardo Lobo Torres (1989)	O mínimo existencial e os direitos fundamentais.	É o direito às condições mínimas de existência humana digna que não pode ser objeto de intervenção do Estado e que exige prestações positivas do mesmo. O mínimo existencial não possui conteúdo específico, abrange qualquer direito, mesmo o direito à saúde, à alimentação e à educação, que embora não sejam originariamente direitos fundamentais, adquiriram este status ao serem reconhecidos como parte do mínimo sem o qual o homem não sobrevive.
Ricardo Lobo Torres (2001)	Teoria dos direitos fundamentais.	O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde é utópico e gera expectativas inalcançáveis para os cidadãos. O autor faz a distinção da saúde preventiva, cujo acesso deveria ser universal e igualitário, da saúde curativa, cujo acesso precisaria ser analisado com base na teoria da justiça. Os serviços ligados à medicina curativa estariam no âmbito do máximo social e, portanto, seriam dependentes de previsão orçamentária.
Ricardo Lobo Torres (2008)	O direito à saúde, o mínimo existencial e a Defensoria Pública.	O direito à saúde exibe dupla face: uma como direito fundamental social (= mínimo existencial), plenamente justificável, na assistência aos pobres e nas prestações de medicina preventiva; e a outra face como direito social, sujeito à reserva do possível, no que concerne à assistência aos ricos e à classe média e às prestações de medicina curativa.
Robert Alexy (2008)	Teoria dos direitos fundamentais.	É direito fundamental social que impõem uma prestação positiva pelo Estado, e que não pode ser reduzido a categoria de direito subjetivo ou a enunciados programáticos, dada a importância de que se revestem as normas de direitos fundamentais, de maneira geral, não pode ser conferida ao legislador a liberdade de decidir acerca de sua outorga ou não.
Tatiana Cardoso Teixeira Viana e Pablo Viana Pacheco (2014)	Os tratados internacionais de direitos humanos com parâmetro para a formulação de um conceito de mínimo existencial no direito à saúde.	O direito à saúde, por ser decorrente do direito fundamental à vida e por entendê-lo como pressuposto para o desenvolvimento pleno dos demais direitos sociais, é parte integrante do chamado mínimo existencial do ser humano, a qual o Estado está obrigado a fornecer as condições materiais que asseguram a vida com dignidade.
Teresinha Inês Teles Pires (2014)	O princípio da segurança jurídica e o direito da mulher à saúde reprodutiva.	O mínimo existencial indica uma medida mínima de implementação dos direitos sociais, que não pode ser negada sob pena de afronta direta à dignidade existencial.

Fonte: Produzido com base na pesquisa bibliográfica.

No que tange à pesquisa legislativa sobre o Programa Saúde da Família, foram identificados 37 portarias, 2 leis e 1 decreto, na esfera federal, que estão diretamente relacionadas ao PSF, observando-se predomínio de portarias expedidas pelo Ministério da



Saúde que dizem respeito à organização dos serviços e aos valores de incentivo e financiamento, dentro do componente da Atenção Básica, para o PSF.

Dentre as normas identificadas, optou-se por utilizar a Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por considerar que esta normativa contribui com os conteúdos que são pertinentes à discussão deste trabalho, referentes aos princípios, às diretrizes, à estruturação e implementação do Programa Saúde da Família.

Discussão

O mínimo existencial e o Programa Saúde da Família

Há um consenso entre os autores selecionados na revisão bibliográfica ao defenderem que o mínimo existencial está intimamente ligado ao direito à vida e ao princípio da dignidade humana, qualificado como um direito fundamental às condições materiais que asseguram a vida com dignidade, o que impõem prestações positivas pelo Estado, e que o direito à saúde é fundamental para se ter uma vida digna. Dispõem ainda que o mínimo existencial é um direito pré-constitucional, que não se encontra positivado na Carta Magna, mas que está implícito em seu texto, como parte dos objetivos da República Federativa do Brasil.

Uma das formas de se efetivar o mínimo existencial do direito à saúde é por meio da criação e implementação de políticas públicas (10). Assim, dentre as políticas criadas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria nº. 2.488 GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que estabelece o Programa de Saúde da Família (PSF) como a principal estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (11).

O PSF, criado em 1994, como parte do processo de reforma do setor saúde no Brasil, passou a ser conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) por ser configurado como a principal estratégia do Ministério da Saúde para organizar a atenção, por meio da promoção e reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua (7). A integralidade não significa apenas a organização do sistema por meio da integração das



ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, mas, também, pressupõe a continuidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema e, para isso, é necessária a articulação entre os diversos serviços de saúde e de distintas políticas sociais (12). A Lei n.º. 8.080/90, em seu art. 7º, entende o princípio da integralidade como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (13). Nesse contexto, entende-se que o cuidado de saúde compreende uma ação integrada de todos os níveis de atenção à saúde de forma a garantir ao cidadão condições mínimas de existência digna (14). Assim, pode-se afirmar que o direito ao atendimento integral caracteriza o mínimo existencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (15).

A lógica da estratégia de funcionamento do SUS é concentrar esforços nas ações de atenção básica para solucionar os problemas de saúde da população, evitando ao máximo que os problemas se agravem e tenham que ser atendidos na média e na alta complexidade. O PSF não faz uma opção econômica pelo mais barato nem técnica pela simplificação nem política por qualquer forma de exclusão; o programa não é uma peça isolada do sistema de saúde nem mesmo isola a alta complexidade, mas é, sim, um componente articulado com todos os níveis de atenção, colocando-os à disposição de todos (16).

Nessa conjuntura, a produção do cuidado segue uma lógica sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais, onde os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos, guiados pelo projeto terapêutico do paciente. Dentro dessa nova forma de organização da linha do cuidado, tem-se a Equipe de Saúde da Família (ESF) como a responsável pelo cuidado e por gerir o projeto terapêutico de forma a garantir o acesso aos outros níveis de atenção, assim como a contrarreferência, para que o vínculo permaneça na atenção básica (11).

De acordo com a Portaria n.º. 2.488, cada equipe do PSF é formada por, no mínimo, um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, e é referenciada a uma unidade básica de saúde, que assegura o acesso do paciente à rede do SUS. A unidade de saúde da família trabalha com a definição de território de abrangência, onde cada equipe é responsável por uma área de residências com cerca de 600 a 1.000 famílias, acompanhando até 4.500 habitantes (11).



A produção do cuidado integra as ações de promoção, proteção e reabilitação, com o atendimento por uma equipe multiprofissional que atua nas mais diversas esferas necessárias, tais como na orientação da alimentação, do lazer, do trabalho, etc. (7). A integração dos profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional permite uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde, induzindo o profissional de saúde a um olhar totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial, efetivando uma assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto (14).

Uma das principais estratégias do PSF é a capacidade de integração de suas ações dentro do SUS com outras áreas dos serviços públicos, como o saneamento, a educação, a cultura e o esporte. O programa promove a articulação entre os diversos setores envolvidos na promoção da saúde, estimulando a permanente comunicação horizontal entre os componentes da equipe e outros profissionais do sistema, com interação da comunidade, no sentido de estimular sua participação e envolvê-las nas atividades (16).

Nesse sentido, o PSF caracteriza-se pela harmonia com os princípios da universalidade, equidade da atenção e integralidade das ações, afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. Relacionado ao princípio da integralidade, no que se refere à organização dos serviços e das práticas de saúde, está a assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço, ou seja, um usuário do SUS pode receber assistência preventiva e curativa em uma única unidade de saúde. No caso do PSF, a equipe de saúde da família está capacitada para executar desde ações de busca ativa de casos, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados de tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes, por exemplo, com o fornecimento de medicamentos (11).

Uma questão recorrente nas discussões em torno do PSF diz respeito ao processo de focalização, pois inicialmente a definição da implantação do programa priorizava as ações de prevenção e promoção da saúde, baseadas em baixa incorporação tecnológica nas áreas de risco segundo o Mapa da Fome, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), ou talvez porque sua emergência se deu num contexto de crise e racionalização dos gastos em saúde (17). Nesse contexto, o PSF, inicialmente, passou a integrar um conjunto de medidas de reorganização da atenção básica, dedicando-se prioritariamente para os grupos sociais excluídos e, portanto, mais vulneráveis. Nesse



contexto, foi implementado o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), frente à realidade da baixa expansão de cobertura potencial da ESF nos municípios de grande porte, o que proporcionou um incremento no financiamento da ESF nos municípios com população acima de 100 mil habitantes (11).

Dentro dessa discussão, existem posicionamentos que associam a ideia da focalização à perspectiva de restrição de direitos por meio do estabelecimento de um rol mínimo de ações e serviços a serem ofertados pelo Estado para a população vulnerável. Por outro lado, há quem defenda que a focalização é uma alternativa importante para mudar o quadro de extrema pobreza e desigualdades sociais no Brasil (17). Seguindo esse posicionamento, pode-se dizer que a implementação e expansão da estratégia do Programa Saúde da Família favorece a equidade e universalidade da assistência uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas ao acesso aos serviços de saúde.

Em linhas gerais, ao tratar das iniquidades em saúde, as políticas públicas, assim como o PSF, têm o papel de reduzir ou eliminar as desigualdades e as injustiças sociais, atuando na raiz do problema e diminuindo os riscos. Dessa forma, as políticas de saúde, “planejadas para a população como um todo, não podem pretender preocupar-se da mesma forma com a saúde de todos se o impacto mais importante sobre a saúde/ doença se faz sentir nos grupos mais vulneráveis da sociedade” (17).

O PSF permitiu a inversão da lógica anterior, que se voltava para a assistência à doença e privilegiava o seu tratamento nos hospitais, para a lógica de promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a coloca em risco, por meio de ações básicas que possibilitam ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros (16). Portanto, ao racionalizar o uso, se está democratizando o acesso, pois, ao encaminhar os pacientes, com garantia de referência e menos desperdício, o programa amplia o acesso de todos aos benefícios tecnológicos.

O PSF se configura como uma estratégia que busca a equidade e a justiça social, mas que também esbarra na questão da racionalização dos recursos. Desde 1998, o Ministério da Saúde (MS) tem estimulado a implantação e expansão do PSF por meio do financiamento segundo a parcela variável do Piso de Atenção Básica (7). Entre suas estratégias, a visita domiciliar e a busca ativa, aliadas ao acompanhamento das famílias das áreas de abrangência, são inovações que buscam suprir a insuficiências do SUS,



principalmente para algumas famílias que vivem situações especiais de risco, que as tornam incapazes de prover os cuidados aos seus dependentes, e por isso necessitam de atenção diferenciada do Estado para garantir os direitos de cidadania das crianças, idosos e deficientes físicos ali presentes (11). Nessa condição, o PSF se configura um importante mecanismo de focalização dentro da universalização de direitos promovida pelo SUS, que traz o grande desafio de compatibilizar o estabelecimento de prioridades sem adotar mecanismos de restrição de direitos sociais (17).

A criação de um programa, como o PSF, exige planejamento e previsão de recursos necessários ao funcionamento do programa idealizado (10). Porém, uma vez implantado o programa, na ocasião em que uma paciente que pleiteia um tratamento ou medicamento no judiciário, em desfavor do SUS, este não pode justificar a negativa do tratamento ou do medicamento com base na falta de previsão orçamentária, pois o direito pleiteado situa-se no âmbito do direito ao mínimo existencial (14). Em contraponto, há o entendimento de que os serviços ligados à medicina curativa estariam no âmbito do máximo social, ou seja, seriam dependentes de previsão orçamentária (3). Torres (3) faz uma crítica à interpretação do mínimo existencial. Para ele “o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, assegurado no art. 196 da Constituição, transformado em gratuito pela legislação infraconstitucional, é utópico e gera expectativas inalcançáveis para os cidadãos”. O autor faz a distinção da saúde preventiva - tratada como direito fundamental no art. 196 da Constituição Federal, cujo acesso deveria ser universal e igualitário - da saúde curativa - compreendida no âmbito dos direitos sociais do art. 6º da Constituição, cujo acesso precisaria ser analisado com base na teoria da justiça (3). Porém, esta interpretação de Torres contraria o conceito ampliado de saúde ao defender a separação do direito a saúde nessas duas categorias.

O direito à saúde pertence ao mínimo existencial e deve ser analisado no contexto das ações e serviços existentes no SUS, não sendo possível limitá-lo por falta de previsão orçamentária, pois o contrário seria distorcer o sentido da integralidade e relativizar um direito fundamental. Mas isso não significa que se deva dar tudo a todos de forma indiscriminada, sem que seja feita análise da real necessidade do caso. Uma vez constatada a real necessidade de um procedimento para que seja dado ao paciente o atendimento integral, significa que este procedimento compõe o mínimo existencial do direito à saúde no caso em questão. Sendo assim, mesmo com o elemento limitador das



políticas públicas, os recursos financeiros, que dificulta atender a todas as necessidades dos indivíduos, não se deve inviabilizar a proteção de um conjunto mínimo de condições para que o cidadão possa viver de forma digna (10).

A função do Estado na promoção e proteção do mínimo existencial

Assim como os demais direitos fundamentais, o direito à saúde depara-se com a mencionada reserva do possível, seja pela disponibilidade de recursos existentes pela própria estrutura organizacional, seja pela disponibilidade de tecnologias eficientes (18). No entanto, a garantia de um direito fundamental ao mínimo existencial implica um parâmetro mínimo para efetividade desse direito, impedindo a omissão ou, até mesmo, a proteção e a promoção da saúde insuficientes por parte do Estado (19). Diante disso, em matéria de tutela do mínimo existencial deve-se reconhecer que o direito à saúde é um direito subjetivo definitivo a prestações e a uma cogente tutela defensiva (20) e, portanto, não há como utilizar o argumento da reserva do possível para afastar o dever do Estado no que diz respeito às prestações materiais indispensáveis a uma vida digna, sob a justificativa de que o Estado não dispõe de recursos financeiros suficientes para efetivar tal direito (21).

Por ser um direito fundamental social, o direito à saúde deve ser garantido em todas as suas dimensões de forma incondicionada pelo Estado. Afinal, ao assegurar tal direito, o Estado está cumprindo seu papel na tutela do bem maior previsto na Constituição, proporcionando a dignidade da pessoa humana. Esse dever estatal de planejamento e realização das prestações positivas garantidoras dos direitos sociais se efetiva por meio das políticas públicas (10). Logo, não é pertinente restringir o direito à saúde a um conjunto de ações e serviços limitados, por exemplo, ao nível da atenção básica (22).

As políticas públicas compõem um conjunto articulado de ações e serviços, disponibilizados pelo Estado e, entre as múltiplas políticas setoriais, tem-se que o Programa Saúde da Família, dentro do Programa de Atenção Básica, é uma unidade dentro desse conjunto articulado, que não tem sentido fora do contexto da Política do SUS como um todo e, portanto, está de acordo com as regras de universalidade e de integralidade da atenção que regulam as ações dentro do sistema.

Outra questão revelada pelos autores é a problemática, relacionada ao aspecto prestacional do mínimo existencial, de determinar quais prestações conformam o seu



núcleo. Enquanto uns defendem que sua composição estaria restrita às condições materiais básicas (19),(23),(24),(25); outros afirmam que não há como definir um padrão mínimo de assistência à saúde (10),(22),(26),(27). Há uma dificuldade em definir o conteúdo prestacional do direito à saúde, haja vista que a sua efetivação depende da disponibilização de meios e da implementação e execução de políticas públicas na esfera socioeconômica (26). Portanto, a aplicação do mínimo existencial entendido como um pacote básico de ações e serviços, limitaria as conquistas do SUS a um mínimo sanitário, não efetivando o direito à saúde em todos os seus níveis de atenção, anulando a tentativa de ratificação do direito sanitário constitucional (28).

O direito à saúde, como posição jurídica a ser tutelada pelo Estado, deve atender ao critério da universalidade, em que sua distribuição, por meio de ações e serviços, deve ser racional e dotada de critérios, conformando-se com o próprio artigo 196 da Constituição Federal, o que faz retomar a ideia de um padrão mínimo de prestações (19), (23).

O mínimo existencial representa a quantidade mínima de direitos sociais sem a qual o homem não pode sobreviver com dignidade, ficando os demais direitos sociais, que superarem esse mínimo, sujeitos a políticas públicas e ao orçamento. Assim, se por um lado os direitos sociais exigem prestações positivas na medida da disponibilidade de recursos orçamentários, por outro, os direitos ao mínimo social não dependem dessa reserva do possível. Por isso, os direitos como saúde, educação, habitação e alimentação, originariamente concebidos como direitos sociais a se efetivar por políticas públicas, passam a ser fundamentais quando suprem a parcela mínima sem a qual o homem não sobrevive (2). Embora se reconheça que os direitos enquanto direitos fundamentais sociais têm certos limites de eficácia condicionados à reserva do possível, também admite que o direito ao mínimo social não se submete a essa limitação (26).

O Estado possui recursos financeiros suficientes para garantir os direitos sociais; o problema da não efetivação do direito à saúde de forma integral está na má distribuição desses recursos e, até mesmo, nos desvios ilícitos (28). Diante disso, o Poder Judiciário deve atuar para evitar teses restritivas como a reserva do possível, alertando sobre instrumentos de fiscalização sobre o gasto público, para evitar casos como desvios de verbas com obras superfaturadas, cartões corporativos, corrupção ativa e passiva e empresas corruptas, para que esses recursos sejam aplicados para atender as necessidades básicas do ser humano, de acordo com o princípio da dignidade da pessoa



humana. “[...] usar o argumento de que não há recursos disponíveis, de modo irresponsável, ou seja, sem comprovação empírica, é característica de setores que tem como escopo principal restringir e, até mesmo, retirar o direito à saúde da Constituição, atacando, principalmente, os princípios da integralidade e da universalidade” (28).

O acesso à saúde é direito de todos os cidadãos e, portanto, se há escassez de recursos financeiros, esse direito deveria ser priorizado em detrimento de outros direitos que não possuem o mesmo grau de fundamentalidade que foi concedido à saúde pela Constituição (10).

Conclusão

Em conformidade com os princípios do SUS, com a integração entre os níveis de atenção e obedecendo os parâmetros mínimos estabelecidos pelo Ministério da Saúde na Portaria nº. 2.488/11, o PSF se configura como um instrumento importante para a garantia do mínimo existencial do direito à saúde no SUS.

Por um lado, o PSF possui uma conformação balizada por um conjunto de ações e serviços bem definidos, com um quantitativo de profissionais e territorialidade bem delimitados, o que se assemelha à concepção de mínimo existencial como um pacote básico, ou seja, em se tratando de direito à saúde, o mínimo existencial é o piso e não teto da garantia dos direitos. Por outro lado, o programa é responsável por fazer a interface com os outros níveis de atenção, possibilitando a satisfação daquelas necessidades de saúde mais complexas do indivíduo, o que se relaciona com a teoria de que o mínimo existencial deve compor aquelas prestações essenciais à sobrevivência do indivíduo e, como a assistência básica por si só não é capaz de fornecer as condições necessárias a uma vida digna, o acesso aos outros serviços referenciados pelo PSF se torna essencial, pois não há como falar em vida digna sem saúde.

A determinação de um mínimo existencial em matéria de saúde é impossível, pois diante das mais diversas e complexas situações que envolvem a saúde, a definição de prestações específicas e adequadas para cada caso não pode ser limitada ou generalizada, correndo o risco de não atender às especificidades do caso.

O PSF, entre outras políticas públicas de saúde, protege o que seria o mínimo existencial dos cidadãos e, portanto, quando se tratar de mínimo existencial, objeções fundadas no discurso de que não há recursos suficientes para atender todos os casos, de



forma que escolhas devem ser feitas a favor de uns em detrimento de outros, não devem prevalecer.

Referências

- 1 Galheno JMS. Direito social fundamental à saúde: judicialização. Brasília: Senado Federal, Instituto Legislativo Brasileiro, 2014. [Acesso em 22 out 2015]. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/513254>.
- 2 Torres RL. O mínimo existencial e os direitos fundamentais. *Revista de Direito Administrativo*, 1989, 177: 29-49.
- 3 Torres RL (Org.). *Teoria dos direitos fundamentais*. 2 ed. Rio de Janeiro: Renovar; 2001.
- 4 Bahia AGMF, Castro JA. O Estado Democrático de Direito e a efetivação dos direitos sociais: o fenômeno da judicialização da saúde. *Revista de Informação Legislativa*. 2014, 51(203): 127-141. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/507418>. [Acesso em 22 out 2015],
- 5 Alexy R. *Teoria dos direitos fundamentais*. Virgílio Afonso da Silva (trad) São Paulo: Malheiros; 2008.
- 6 Viana TCT, Pacheco PV. Os tratados internacionais de direitos humanos com parâmetro para a formulação de um conceito de mínimo existencial no direito à saúde. 2014 [Acesso em: 23 out. 2015]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=15316.
- 7 Vieira MA, Ferreira MAM. Análise do Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família em relação à operacionalização dos Princípios Básicos do SUS. *RAHIS*, 12(3): 40-58, 2015,
- 8 Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: RJ Vozes; 2004.
- 9 Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 17(3): 621-626, 2012.
- 10 Oliveira KCS, Costa JC. Direito à saúde: da (in) efetividade das políticas públicas à sua judicialização como forma de garantir o mínimo existencial. *Revista de Direito Brasileira* 1(1): 77-99, 2013 [Acesso em 22 out 2015]. Disponível em: <http://www.rdb.org.br/ojs/index.php/revistadireitobrasileira/article/view/53>.
- 11 Brasil. Portaria nº. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes



Comunitários de Saúde – PACS. Brasília, 22 out 2011 [Acesso em 23 out 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

12 Paim J. Prefácio. In: Pinheiro R, Mattos RA. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ – IMS / ABRASCO; 2006.

13 Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. (Lei Orgânica da Saúde). Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, 20 set 1990 [Acesso em: 23 set 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.

14 Castro IMD. Direito à saúde no âmbito do SUS: um direito ao mínimo existencial garantido pelo judiciário? [Tese]. São Paulo: Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo; 2012.

15 Castro IMD. O mínimo existencial do direito a saúde: uma questão fática. *Leopoldianum*. 2015, 38(104-6): 11-28. Disponível em: <http://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/article/view/454>. [Acesso em 22 out 2015]

16 Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. 2000, 34(3): 316-319. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>.

17 Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 2002 18: 203-211. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0336.pdf>. [Acesso em 22 out 2015]

18 Bahia AGMF, Castro JA. O Estado Democrático de Direito e a efetivação dos direitos sociais: o fenômeno da judicialização da saúde. *Revista de Informação Legislativa*. 2014, 51(203): 127-141. Disponível em: <http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/507418>. [Acesso em 22 out 2015]

19 Abujamra ACP, Bahia CJA. O Direito Social à Saúde na Constituição Federal de 1988: reservas do possível e mínimo existencial-limites. *Revista Novatio Iuris*. 2009, 2(3): 51-76. Disponível em: http://claudiobahia.com.br/public_files/artigo_direito_social_a_saude.pdf. [Acesso em 22 out 2015]

20 Silva EP. Direito humano à saúde e a questão da cidadania socioeconômica. *Revista de informação legislativa*, 49(193): 163-170, 2012 Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/item/id/496564>. [Acesso em 22 out 2015].

21 Silva FLM, Valle SA. O mínimo existencial como instrumento de garantia da eficácia das norma programáticas: um estudo do direito à saúde. *Revista do Centro Universitário Newton Paiva*. 2012 [Acesso em 22 out 2015]. Disponível em: <http://blog.newtonpaiva.br/pos/edicao-6-2/>.



22 Barroso LR. A Dignidade da Pessoa Humana no Direito Constitucional Contemporâneo: Natureza Jurídica, Conteúdos Mínimos e Critérios de Aplicação. [Versão provisória para debate público]. Mimeografado, dez. 2010. [Acesso em: 9 set.2015]. Disponível em: http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/themes/LRB/pdf/a_dignidade_da_pessoa_humana_no_direito_constitucional.pdf.

23 Barcellos AP. A eficácia jurídica dos princípios constitucionais: o princípio da dignidade da pessoa humana. Rio de Janeiro: Renovar; 2002.

24 Barcellos AP. O direito a prestações de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletiva e abstrata. In: Neto CPS; Sarmiento D (Orgs.). **Direitos Sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2008:803-826.

25 Torres RL. O direito à saúde, o mínimo existencial e a Defensoria Pública. *Revista da Defensoria Pública*, 2008: 265-277.

26 Sarlet IW. A eficácia dos direitos fundamentais. 9.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2007.

27 Sarlet IW, Figueiredo MF. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. In: Sarlet IW, Timm LB (Orgs.). *Direitos fundamentais: orçamento e reserva do possível*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2008. p.11-53

28 Cunha JRA. As teorias do mínimo existencial e da reserva do possível como retrocessos à efetivação do direito à saúde no Brasil. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário* 4(3): 94-115 jul/set 2015. Disponível em: <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/199>. [Acesso em 22 out 2015].

Recebido em: 30/01/2016
Aprovado em: 3/08/2016

Como citar este artigo:

Cardoso IL, Cunha JRA. O mínimo existencial do direito à saúde no SUS: o caso do Programa Saúde da Família. *Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 2016 out./dez, 5(4):9-26.