



## SAÚDE E DIREITOS HUMANOS NO BRASIL

SIQUEIRA, Débora Corrêa de

*Estudante de doutorado do Programa de Ciências Humanas e Sociais*  
*debora.siqueira@ufabc.edu.br*

### RESUMO

Este artigo analisa a influência da pobreza e dos direitos humanos no contexto da política de saúde pública brasileira e de seu principal mecanismo, o SUS (Sistema Único de Saúde). Como metodologia, foi utilizada a pesquisa bibliográfica, com revisões de literatura em títulos nas áreas de saúde pública e direitos humanos, além de consultas a legislação brasileira e a publicações internacionais. Os resultados evidenciam que, embora o SUS tenha se constituído em um avanço na democratização do acesso à saúde, ainda persistem muitas dificuldades. Os inúmeros relatos de precarização no atendimento aos usuários, assim como o fenômeno da “judicialização da saúde” trazem discussões sobre a ineficácia do sistema, enquanto outros debates pensam a saúde de forma mais ampla, inserindo-a nas temáticas do desenvolvimento e dos direitos humanos, fazendo perdurar a distância entre os direitos garantidos pela legislação e sua plena efetividade.

**Palavras-chave:** Saúde. Direitos Humanos. Pobreza

### ABSTRACT

This article analyzes the influence of poverty and human rights in the context of the Brazilian public health and its main mechanism, the SUS (Unified Health System). As methodology, literature research, with literature reviews on titles in the areas of public health and human rights was used in addition to consultations to Brazilian law and international publications. The results show that although the SUS has been constituted as a breakthrough in the democratization of access to health care, there are still many difficulties. The numerous reports of depreciation of service to customers, as well as the phenomenon of "legalization of health" bring discussions about the ineffectiveness of the system, while others think the debates health more broadly, inserting it in issues of development and human rights making that the distance between those guaranteed by law and the fulfillment of their rights is maintained.

**Key-words:** Health; Human Rights; Civil Society.



## I. SAÚDE NO BRASIL

Um idoso de 91 anos que estava internado na emergência de um hospital da zona leste de São Paulo recebeu uma garrafa pet de enfermeiros do SUS (Sistema Único de Saúde) para urinar. O homem estava com a perna quebrada e não havia assistentes e equipamentos para auxiliá-lo na ida ao banheiro. A garrafa d'água vazia, com um buraco recortado e coberto por um esparadrapo foi oferecida ao paciente que estava em uma maca na emergência dentro do Hospital Municipal do Tatuapé. Diante do constrangimento, o idoso não conseguiu segurar e fez na roupa. Vídeo feito pela família mostra maca do paciente no corredor do hospital sem vaga em quarto (Brasil Urgente, 27/05/2014, Notícias.band.uol).

353

A nota transcrita acima trata da questão da saúde pública no país, revelando uma complexa realidade, especialmente quando se trata do atendimento aos seus usuários.

O formato de sistema único (SUS), como instrumento de política pública de saúde no Brasil, é de história recente. Suas origens situam-se na década de 80, a partir da reivindicação da sociedade civil por melhorias na saúde, em especial aquelas empreendidas pelos movimentos sociais que defendiam a reforma sanitária.

Essas reivindicações e outros debates em torno do tema, resultaram no sistema institucionalizado pela Constituição Federal de 1988 e que se materializou em um conjunto articulado de ações e serviços de saúde que tem sua oferta disponibilizada aos usuários do sistema nos âmbitos federal, estadual e municipal e contando em caráter complementar com os serviços da rede privada de saúde.

Regulamentado pela Lei 8080, o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990, art. 4º).

Dentre os princípios mais relevantes do SUS, destacam-se a universalidade, a hierarquização e a equidade (MS, SUS, Princípios e conquistas, 2000).

A universalidade atende ao fundamento constitucional previsto no artigo 196 da Carta Magna Brasileira que estipula: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Portanto, todos os brasileiros, sem discriminação de qualquer espécie, têm a garantia legal de acesso aos serviços do SUS (BRASIL, 1988, art. 196º).

Para atender ao princípio da hierarquização, os serviços de saúde devem ser dispostos em ordem crescente de complexidade dentro do sistema, de tal maneira que sejam ofertados desde a atenção primária, imunizações e cuidados básicos, até a reabilitação física e mental.



Adicionalmente, o sistema deve promover ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em caráter nacional e intersetorial. De acordo com a hierarquização, pessoas ou grupos que apresentem necessidades específicas em questões de saúde, como por exemplo, idosos ou consumidores de drogas, precisam receber atenção diferenciada dos órgãos públicos de saúde.

Já a equidade consiste no tratamento das diferenças em busca da igualdade. Nesse sentido, pensou-se no acesso às ações e serviços de saúde de acordo com as especificidades de cada população. Para os grupos sociais considerados vulneráveis, como é o caso dos povos indígenas, foram organizados, no âmbito do SUS, os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (MS, Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2002).

Nas regiões mais ricas do país, a atenção de saúde volta-se especialmente às vítimas de acidentes de trânsito e ao tratamento de pessoas acometidas por doenças como o diabetes, o colesterol, o AVC (acidente vascular cerebral) e o câncer.

Com respeito ao formato administrativo e considerando sua vocação pública, diretrizes organizativas estruturam o SUS a partir da descentralização, do atendimento integral e da participação comunitária, como pode ser observado no artigo 198 da Constituição Federal:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III- participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A participação social, preconizada neste artigo, é exercida pelos Conselhos e Conferências de saúde, que obedecem a uma estrutura consultiva, regulamentada pela Lei 8.142/1990, que estabeleceu o Conselho Nacional de Saúde como órgão deliberativo máximo para elaboração e controle da Política Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que controlam e executam a política de saúde no seu âmbito. Além dos Conselhos, as Conferências de Saúde são instâncias participativas e representativas, cuja missão é avaliar e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde nas três esferas de poder. O CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) congrega os secretários de saúde dos Estados e do Distrito Federal e se constitui em um espaço para debate de políticas públicas na área. O CONASEMS (Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde) reúne as Secretarias Municipais de Saúde com a finalidade de promover estudos, pesquisas e



capacitação de pessoal, entre outras atividades. Diferentemente do CONASEMS, a atuação do COSEMS (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde), organismo que também reúne as Secretarias Municipais de Saúde, se pauta na defesa dos interesses dos municípios de cada Estado nas pactuações interfederativas (BRASIL, 1990).

As responsabilidades da União e dos governos subnacionais são, na maioria das vezes, complementares com respeito às atribuições dos diversos serviços de saúde. A União, por meio da direção nacional do SUS, tem a responsabilidade de formular e avaliar as políticas de saúde, além de definir e coordenar os sistemas de redes integradas de alta complexidade, os laboratórios de saúde pública e as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, entre outras. Os Estados federados devem promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios distribuindo recursos para as diversas regiões, além de atuarem nas questões e na execução das políticas de saúde que lhe competem. Quanto aos municípios, estes devem planejar, executar, controlar e avaliar ações e serviços de saúde além de participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada em articulação com os Estados. A instância que articula as ações e serviços de saúde entre a União, os Estados e Municípios é a CIT (Comissão Intergestores Tripartite), cabendo às CIB's (Comissões Intergestores Bipartites) atuarem na articulação dos Estados com os municípios (MS, SUS, Princípios e Conquistas, 2000).

O financiamento público do SUS é fundamental para seu funcionamento. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que seus recursos fossem garantidos por meio das receitas do Orçamento da Seguridade Social, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. Ficou estabelecido, conforme a Lei Complementar 141/2012, que os recursos mínimos a serem aplicados em saúde devem ser 12% da soma de receitas de impostos para os estados e o Distrito Federal e de 15% para os municípios. A União participa com o montante aplicado em saúde no exercício anterior acrescido da variação do PIB (Produto Interno Bruto), sendo que, se este indicador for negativo, o valor utilizado no ano anterior não sofrerá alteração (BRASIL, 2012).

Este volume de recursos que sustenta o sistema deve ser movimentado mediante repasses do Fundo Nacional de Saúde para os fundos dos estados e dos municípios, observadas certas condições e critérios como: a criação do fundo e do plano de saúde, a constituição do conselho de saúde, os relatórios de gestão, a contrapartida de recursos e a elaboração do plano de carreira, cargos e salários para os servidores da saúde.



Com todo esse aparato legal e administrativo, haveríamos de considerar que o SUS funciona quase perfeitamente, e que, eventualmente se ocorressem problemas, seria algo comum e normal em qualquer sistema, seja de saúde, seja de outro tipo ou finalidade.

No entanto, não é isto o que acontece. Embora não estejam disponíveis estatísticas oficiais sobre o número de usuários que procuraram o SUS e não foram atendidos, denúncias e notícias relatando problemas, dificuldades, constrangimentos e fatos gravíssimos ocorridos dentro de dependências conveniadas pelo SUS são extremamente comuns. Em decorrência destes problemas, seus usuários, dentre eles os mais pobres, são os quem mais sofrem as consequências, uma vez que não podem pagar o preço dos planos de saúde privados.

## **II. POBREZA, DIREITOS HUMANOS E SAÚDE**

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, quando foi adotada e proclamada, em 1948, por meio da Resolução 217 A (III), da Assembleia Geral das Nações Unidas, assim consignou a saúde em seu artigo XXV:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (Declaração Universal dos Direitos Humanos, Organização das Nações Unidas, 1948).

Este documento, considerado um marco na luta pelos direitos humanos, iniciou adicionalmente um movimento internacional pelo efetivo reconhecimento da saúde como um direito humano nos países signatários deste documento emanado em 1948, cujo compromisso implica na destinação de recursos financeiros e administrativos, por meio de políticas públicas, que possam garantir, na prática, o direito à saúde das populações, em especial, dos grupos menos favorecidos economicamente.

A dimensão saúde-direitos humanos é relativamente recente e começa a ser explorada visando potencializar os efeitos das políticas públicas de saúde. No entanto, estas relações evidenciam uma complexidade que nem sempre é observada pelos estudiosos e atuantes tanto na área de saúde pública quanto na área de direitos humanos.



De acordo com Mann (1996), existem ao menos três relações básicas entre saúde e direitos humanos. A primeira delas diz respeito à violação desses direitos que, eventualmente, políticas e programas de saúde públicos possam causar. Um exemplo deste tipo de violação eram os testes obrigatórios para sorologia contra HIV adotados por políticas públicas de saúde, que feriam os direitos humanos, expondo a privacidade das pessoas contaminadas, prática esta que foi substituída por testes voluntários e sigilosos.

Outra prática inscrita nesta primeira relação entre saúde e direitos humanos e que foi identificada por Mann é a discriminação de certos grupos por parte de programas de saúde pública, em tese justificáveis do ponto de vista econômico, quando são aplicadas determinadas ações visando enfatizar a atenção sanitária a alguns grupos sociais excluindo outros. As campanhas de vacinações públicas da gripe podem ser consideradas inscritas nesta prática, pois, por serem destinadas apenas aos grupos de risco como gestantes, profissionais de saúde, crianças de até cinco anos e pessoas com mais de 60 anos de idade, excluem as demais pessoas do benefício gerado pela vacina.

O autor considera que a discriminação inscrita nesta segunda relação é muito frequente:

[...] inadvertidamente ou raramente intencional, a discriminação é tão generalizada que, como regra prática, é razoável que se considere toda política e todo programa de saúde discriminatórios até prova em contrário. Uma análise minuciosa da discriminação direta ou indireta (geralmente através da exclusão ou atenção excessiva sobre certas populações) se faz necessária, tanto para aumentar a eficácia dos esforços de saúde pública, quanto para respeitar os direitos humanos (Mann, 1996, p.140).

A segunda relação decorre da necessidade de avaliar os impactos da violação da dignidade e dos direitos humanos, dimensão em que a saúde pública tem maiores dificuldades de atuação, pois em muitos casos, além das violações mais evidentes, como torturas e prisões em condições desumanas, existem os malefícios causados pelo uso de produtos permitidos socialmente como o cigarro e o álcool.

A terceira relação encontrada por Mann é ainda mais inquietante, uma vez que esta dimensão é pensada a partir da definição de saúde pela OMS (Organização Mundial de Saúde): “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (*United Nations*, 1946). Reconhecer esta multiplicidade de fatores que compõem a saúde de uma pessoa significa dizer que sua falta tem origens muitas vezes em outros elementos que demandam uma atuação em direitos humanos para diminuir a vulnerabilidade social que tem reflexos na saúde. Isto não significa retirar ou reduzir, “o valor das abordagens de saúde públicas tradicionais e derivadas



da biomedicina; diz respeito à distinção entre as causas com raízes sociais e suas expressões superficiais como a má-saúde, a invalidez e a morte prematura” (Mann, 1996, p.142).

Esta definição de saúde que considera aspectos sociais relaciona-se diretamente ao tema da pobreza, explorada por Salmón (2007). De acordo com esta autora, o conceito de pobreza é controverso e complexo, uma vez que encerra várias dimensões e problemas. Além disso, esse conceito foi se alterando ao longo do tempo e a relação da pobreza com o tema dos direitos humanos também foi se modificando.

Salmón relata que, nos anos 70, a pobreza era entendida como falta significativa de recursos e o mercado e suas leis trariam naturalmente o desenvolvimento econômico capaz de superar esse problema. Naquele contexto, a adoção, pelos países mais pobres, de políticas econômicas ditadas pelos países do Norte acabou resultando em um aumento da pobreza. Aliado a esse quadro, os países mais ricos apoiaram os governos ditatoriais nos países em desenvolvimento, cujas práticas atentavam contra os direitos humanos, além de empobrecer a população por meio de políticas econômicas liberais sem o suporte de políticas sociais (Salmón, 2007, p.153).

A partir destas desigualdades, a temática do direito ao desenvolvimento como direito de todos começa a aparecer nos documentos internacionais, como foi o caso da **Carta da Organização para a Unidade Africana de 1981**, com a inclusão no **artigo 22**, da ideia de uma ordem econômica internacional mais justa e humana.

1. Todos os povos têm direito ao seu desenvolvimento econômico, social e cultural, no estrito respeito da sua liberdade e da sua identidade, e ao gozo igual do patrimônio comum da humanidade.
2. Os Estados têm o dever, separadamente ou em cooperação, de assegurar o exercício do direito ao desenvolvimento. (Carta Africana dos direitos humanos e dos povos. Carta de Banjul/ NET Direitos Humanos).

Dessa maneira, o usufruto da riqueza coletiva (desenvolvimento amplo), além de se constituir como direito, figura como responsabilidade do Estado e da comunidade internacional.

Posteriormente, na década de 90, a luta contra a pobreza foi circunscrita pelas Nações Unidas em contornos de condicionalidades: positivas, com o compromisso de colaborar com programas e Estados democráticos que promovessem os direitos humanos e, negativas “[...] não cooperar com governos que violassem os direitos humanos de forma grave e sistemática” (Salmón, 2007, p.154).



A partir de então, a preocupação com os direitos humanos e com a pobreza começa a fazer parte do planejamento de instituições internacionais, como o Banco Mundial, que registrou, em 2000:

[...] dos 6 bilhões de pessoas, 2.8 vivem com menos de 2 dólares por dia e 1.2 bilhões com menos de 1 dólar por dia. De cada 100 crianças, 6 não chegam ao primeiro ano de vida e 8 não sobrevivem aos 5 anos. De cada 100 crianças que atingem a idade escolar, 9 meninos e 14 meninas não vão à escola (Salmón, 2007, p. 154).

Esses dados permitem avaliar que o conceito de pobreza ultrapassa a concepção tradicional relacionada à baixa renda e ao consumo: engloba também outros padrões como saúde e educação.

No Brasil, dados do Banco Mundial informaram que em 2009, do total de 194 milhões de brasileiros, 6,1% da população (mais de 20 milhões de pessoas) viviam com US\$ 1,25 por dia (R\$ 85/mês). Desses totais, não se pode precisar a situação das crianças em pobreza ou extrema-pobreza, porque estas não aparecem nas estatísticas, gerando uma situação de invisibilidade diante das políticas públicas (The World Bank, 2009).

Segundo Salmón (2007), o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento) define pobreza como “uma situação que impede o indivíduo ou sua família de satisfazer uma ou mais necessidades básicas e participar plenamente da vida social” – se caracterizando como um fenômeno econômico basicamente, porém com outras dimensões.

Fenômeno correlato à pobreza, a **extrema-pobreza**, segundo Sengupta (especialista das Nações Unidas), é essencialmente uma questão de grau e se caracteriza como **“uma combinação de vários fatores – escassez de renda, falta de desenvolvimento humano e exclusão social – que incluem as noções de precariedade e privação de capacidades”** (Salmón, 2007, p.154, grifo nosso).

A consequência da extrema-pobreza é a exclusão social da pessoa, sua restrição na condição de cidadão e, portanto, de sua condição de sujeito de direito, o que resulta na negação dos seus direitos e liberdades fundamentais.

Para solucionar o problema da pobreza há que se concentrar no restabelecimento dos direitos das pessoas e das populações em situação de extrema-pobreza, uma vez que a generalização desta condição nega os direitos fundamentais da pessoa humana e impede a realização de seus direitos humanos, transformando-se em problema político.

A partir do entrelaçamento do conceito de pobreza com o conceito de direitos humanos, o relatório do PNUD 2000 introduz o conceito de **desenvolvimento humano**, como resultado





do processo que incorpora fatores econômicos, sociais, demográficos, políticos, ambientais e culturais, do qual participam diferentes atores sociais. A pobreza então é entendida como a negação do desenvolvimento humano.

A questão da pobreza, pensada do ponto de vista do desenvolvimento humano, é apresentada em duas perspectivas: **pobreza de renda** (ausência de renda que satisfaça as necessidades mínimas) e **pobreza humana** (falta de capacidades básicas - doenças, desnutrição, etc.).

Amartya Sen considera que a pobreza é a privação das capacidades básicas, mas reconhece que a ausência de renda é uma das principais causas da pobreza:

Não se pode estabelecer uma linha de pobreza e aplicá-la rigidamente a todos da mesma forma, sem levar em conta as características e circunstâncias pessoais. Certos fatores geográficos, biológicos e sociais multiplicam ou reduzem o impacto exercido pelos rendimentos sobre cada indivíduo. Entre os mais desfavorecidos faltam em geral determinados elementos, como instrução, acesso a terra, saúde e longevidade, justiça, apoio familiar e comunitário, crédito e outros recursos produtivos, voz ativa nas instituições e acesso a oportunidades (Sen, 2001).

Ser pobre, segundo Sen, não significa apenas viver abaixo de uma linha imaginária de pobreza, como por exemplo, auferir um rendimento igual ou inferior a US\$ 2 por dia. Ser pobre é ter um nível de rendimento insuficiente para desenvolver determinadas funções básicas, levando em conta as circunstâncias e requisitos sociais circundantes, sem esquecer a interconexão de muitos fatores: “A forma como um indivíduo deve apresentar-se para ser aceito em sociedade - a roupa que veste, a aparência que tem - limita e condiciona suas opções econômicas”. Estas limitações são denominadas por ele como “vergonha social” (Sen, 2001).

Os estudos de Amartya Sen apontam ainda que, ao invés de medir a pobreza pelo nível de renda, deve-se calcular o que o indivíduo pode realizar com essa renda a fim de se desenvolver, levando em conta que essas realizações variam de um indivíduo para outro e de um lugar para outro.

De acordo com esta visão, a falta de recursos, bem como as disposições individuais e os fatores sociais exercem um papel importante no nível de pobreza das pessoas. Para combatê-la na perspectiva dos direitos humanos é necessário que, adicionalmente, se atue também contra a discriminação social que sofrem as pessoas em situação de pobreza e extrema pobreza. A discriminação atenta contra os direitos humanos, sendo fonte direta de violação à dignidade da



pessoa, por materializar a negação de direitos aos indivíduos, grupos e populações que se encontram em situação de vulnerabilidade social.

A discriminação pode ser vista ao mesmo tempo como causa e consequência da pobreza, pois o indivíduo que tem seus direitos negados é discriminado e ao sê-lo, não consegue acessar bens e capacidades que lhe permitam sair da condição de pobreza, formando assim um círculo vicioso que dificilmente é rompido.

De acordo com Salmón (2007) a Cúpula Mundial sobre o Desenvolvimento Social de Copenhague acrescentou aos elementos que caracterizam e afligem a pessoa em condição de pobreza, as questões da discriminação e da exclusão social, além dos demais fatores já determinados e conhecidos como fome, doenças, desnutrição, falta de moradia ou moradia inadequada, acesso limitado à educação e vida em condição de insegurança. No documento emanado daquele encontro, realizado em 1995, o combate à discriminação é mencionado em mais de trinta laudas (Naciones Unidas, *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*, 1995).

Quando se fala em pobreza e da exclusão de direitos a ela relacionados, está se falando ainda em violação do direito à vida.

Muitas pessoas morrem por causa da pobreza, da discriminação, da violência ou de todos esses fatores conjugados. Um exemplo trágico e emblemático ocorreu em 1999, quando o paciente do SUS, Sr. Damião Ximenes faleceu nas dependências de uma casa de repouso em Sobral (CE), após sofrer grande violência cometida por agentes de saúde.

O Estado Brasileiro foi condenado a reparar os danos morais e materiais à família pela violência e tratamentos degradantes sofridos por Damião, em decisão da Corte Interamericana de Direitos Humanos, que se pronunciou sobre a violação dos direitos à sua vida e integridade:

[A]s condições de hospitalização na Casa de Repouso Guararapes eram *per se* incompatíveis com o direito ao respeito à dignidade da pessoa humana: **pelo mero fato de ter sido internado nesta instituição como paciente do SUS, o senhor Damião Ximenes Lopes foi submetido a tratamento desumano ou degradante** e o Estado brasileiro violou, em seu detrimento o artigo 5 da Convenção Americana. Adicionalmente, o senhor Damião Ximenes Lopes foi golpeado por enfermeiros da Casa de Repouso, que lhe causaram diversas lesões [...] Tais fatos constituem e evidenciam que o Estado desrespeitou a integridade do senhor Damião Ximenes Lopes. No presente caso ficou estabelecido que Damião Ximenes Lopes morreu em consequência de golpes com punhos ou com objetos contundentes que lhe foram desferidos de maneira intencional por enfermeiros da Casa de Repouso Guararapes. Consequentemente, a Comissão entende que o Estado brasileiro violou o seu direito à vida. A Comissão deseja destacar as condições em que ocorreu a morte de Damião Ximenes Lopes que morreu no chão, com as mãos atadas para trás (CIDH Inter American Commission of Human Rights, 23/12/2005, p.12, grifo nosso).



Dessa maneira, tanto a Corte Interamericana quanto o Grupo de Especialistas das Nações Unidas convergem quando consideram que a extrema pobreza implica em uma ameaça ao direito à vida. A jurisprudência internacional evolui para considerar que, para além da sobrevivência biológica, este direito se vincula a uma vida digna, o que foi incorporado nas sucessivas resoluções da Comissão de Direitos Humanos. Está se falando em vida e em qualidade de vida.

A prática de estabelecer normas programáticas para a promoção dos direitos econômicos, sociais e culturais é vista como equivocada no Comitê da ONU que trata deste tema (Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – CDESC), uma vez que está em vigência o PIDESC (Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais), desde 1966 e ratificado pelo Brasil em 1992 (Salmón, 2007, p.157).

No PIDESC, os Estados signatários reconhecem os direitos sociais, em especial nos artigos 7º (Trabalho), 10º (Família), 11º (Qualidade de Vida), 12º (Saúde), e 13º (Educação), e indicam uma intenção de adotar medidas para que os mesmos sejam aplicados (CDESC, PIDESC, 1966). No entanto, muitas vezes é preciso que os cidadãos acionem as esferas judiciais para efetivar seus direitos. Foi o que ocorreu no Peru, quando uma sentença judicial beneficiou uma pessoa portadora do vírus HIV para que pudesse receber medicação contínua em seu tratamento. O Estado se esquivou do fornecimento da medicação, utilizando o argumento de que o direito à saúde era norma programática, por isto não deveria fornecer remédios e tampouco atenção sanitária à pessoa doente. O Tribunal Constitucional daquele país condenou o Estado peruano na sentença e: “destacou que, ao se tratar de direitos sociais, devem-se reconhecer também princípios como a solidariedade e o respeito à dignidade humana, que constituem pilares fundamentais do Estado de Direito” (Salmón, 2007, p. 158).

Na área da saúde pública é cada vez mais comum, especialmente no Brasil, que o Poder Judiciário emita sentenças favoráveis a beneficiários da saúde pública, em casos de omissão ou de negação do Estado na provisão dos direitos dos cidadãos.

Conclui-se que a distância entre os direitos e sua efetivação ainda parece distante. Os pactos e declarações internacionais bem como as legislações dos países que concentram as populações mais pobres avançaram muito no sentido de incluírem garantias e salva-guardas em seus documentos. Na realidade prática, verifica-se a necessidade de muitas ações da sociedade organizada para que estas garantias e direitos sejam implementados.



### III. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) Acesso em: 03 Jun. 2014.

BRASIL. Lei 8080. 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) Acesso em: 03 Jun. 2014.

BRASIL. Lei 8.142. 28 de dezembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm) Acesso em: 03 Jun. 2014.

BRASIL. Lei Complementar 141. 13 de janeiro de 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm) Acesso em: 03 Jun. 2014.

CDESC (Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais). *PIDESC*. Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh-psocial.html> Acesso em: 01 Ago. 2014.

CIDH (Comissão Interamericana de Direitos Humanos). *Caso Damião Ximenes*. Disponível em: <http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/ximenes/agescidh.pdf> Acesso em: 02 Jun. 2014.

MANN, Jonathan. Saúde Pública e Direitos Humanos. *PHISYS: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 135-145: 1996. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311996000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311996000100007&script=sci_arttext). Acesso em: 04 Mai. 2014.

MS (Ministério da Saúde). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf) Acesso em: 03 Jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde. *Princípios e Conquistas*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf) Acesso em: 03 Dez. 2013.

NACIONES UNIDAS. *Cumbre Mundial Sobre Desarrollo Social*. Copenhague: Dinamarca, 06 a 12 de marzo de 1995. Disponível em: <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/cumbre/cumbredessocial1995.pdf> Acesso em: 01 Ago. 2014.

NET, Direitos Humanos. *Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos*. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/africa/banjul.htm> Acesso em: 01 Ago. 2014.

NOTÍCIAS BAND/UOL. *Hospital oferece garrafa pet para idoso urinar*. Disponível em: <http://noticias.band.uol.com.br/cidades/noticia/100000685765/hospital-oferece-garrafa-pet-pa-ra-idoso-urinar-em-sp.html> Acesso em: 27 Mai. 2014.



ONU (Organização das Nações Unidas). *PIDESC: Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Disponível em:

<http://www.oas.org/dil/port/1966%20Pacto%20Internacional%20sobre%20os%20Direitos%20Econ%C3%B3micos,%20Sociais%20e%20Culturais.pdf> Acesso em: 03 Jun. 2014.

SALMÓN, Elizabeth G. *O longo caminho da luta contra a pobreza e seu alentador encontro com os direitos humanos*. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-64452007000200007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-64452007000200007&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso em: 10 Abr. 2014.

SALVADOR, A. D. *Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica*. Porto Alegre: Sulina, 1986.

SEN, Amartya. *Amartya Sen e as mil facetas da pobreza*. In BID AMÉRICA (Banco Interamericano de Desenvolvimento). *Amartya Sen e as mil facetas da pobreza*. Disponível em: <http://www.iadb.org/pt/noticias/artigos/2001-07-01/amartya-sen-e-as-mil-facetadas-da-pobreza,9286.html> Acesso em: 21 Abr. 2014.

THE WORLD BANK. *Poverty & Equity. Brazil*. Country Indicators. Disponível em: <http://povertydata.worldbank.org/poverty/country/BRA> Acesso em: 19 Abr. 2014.

UNITED NATIONS. Constitution of the World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> Acesso em: 01 Ago. 2014.