

OS DIREITOS HUMANOS NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DA SAÚDE

Débora da Silva Roland

Resumo

O estudo das políticas públicas no contemporâneo se desenvolve sob diversos aspectos, sejam econômicos, políticos, sociais e jurídicos. Em todos esses estudos os direitos humanos ocupam um espaço proeminente, exercendo um papel axiológico, orientador e até mesmo propulsor das políticas públicas. O presente trabalho se debruça sobre os direitos humanos no contexto das políticas públicas na área da saúde, examinando aspectos essenciais para a saúde, formulando os principais desafios para a implementação do direito à saúde no Brasil, e desenhando um círculo virtuoso dos direitos humanos para a saúde. O trabalho se ocupa também da relação estreita entre saúde e pobreza, salientando a interdependência e a inter-relação entre os direitos humanos, bem como discute as objeções existentes aos direitos sociais, sobretudo ao direito à saúde. Por fim, o estudo promove uma reflexão sobre outros direitos humanos que atuam nas políticas públicas na área da saúde, apontando a necessidade da participação de diversos atores sociais, consequência da horizontalização dos direitos humanos.

Palavras-chave: políticas públicas; direitos humanos; saúde; participação

HUMAN RIGHTS IN THE CONTEXT OF PUBLIC HEALTH POLICY

Abstract

The study of public policy in contemporary develops in many ways, whether economic, political, social and legal. In all these studies, the human rights occupy a prominent space, performing an axiological role, guiding and even driver of public policy. The present work focuses on human rights in the context of public policies in health, examining key aspects for health, formulating the main challenges for the implementation of the right to health in Brazil, and drawing a virtuous circle of human rights for health. The work also deals with the close relationship between health and poverty, stressing the interdependence and interrelationship between human rights and discusses the existing objections to social rights, especially the right to health. Finally, the study promotes a reflection on human rights act in public policies on health, pointing to the need for the participation of different social actors, a consequence of the flattening of human rights.

Keywords: public policy; human rights; health; participation

Introdução

O estudo das políticas públicas se multiplica a cada dia, desenvolvidos por economistas, sociólogos, cientistas políticos e juristas, cada qual apontando suas preocupações para áreas de interesse diversas. O mesmo acontece com o estudo dos direitos humanos, que se diversificou de tal modo, que passou a abarcar áreas do conhecimento que não se imaginava atingir.

O presente trabalho vai se debruçar sobre os direitos humanos no contexto das políticas públicas na área da saúde, mostrando seus desdobramentos, tema que se tornou relevante a partir do momento em que a saúde passou a ser compreendida como pressuposto para o desenvolvimento. O que se pretende examinar no estudo a seguir é a atuação e contribuição dos direitos humanos para as políticas públicas da saúde, de modo a compreendê-los não como mera retórica na formulação e desenvolvimento das políticas públicas, mas sim como vetor axiológico, de controle e até mesmo propulsor de políticas públicas, consequência da inexorável marcha do desenvolvimento dos direitos humanos, abarcando novos sujeitos de direito.

O Brasil, como país emergente, enfrenta inúmeros desafios para o desenvolvimento, e a oferta de serviços públicos de saúde, certamente é um desafio maior, já que inserido na Constituição de 1988 como um direito de todos e dever do Estado. Assim, o estudo a seguir vai examinar os contornos essenciais dos direitos humanos para a saúde, contextualizando-os na acepção atual do termo saúde, refletir sobre a relação íntima entre saúde e pobreza e sua importância para o desenvolvimento do país, e, finalmente, como o direito à saúde e outros direitos se inserem na formulação de políticas públicas na área da saúde.

1. Direitos humanos: contornos essenciais para a saúde

O desenvolvimento dos direitos humanos foi marcado por marchas e contramarchas, conhecendo a influência dos interesses políticos, econômicos e sociais na sua formação. Os direitos de primeira geração, direitos de cunho individualista, proclamados nas revoluções francesa e americana, visavam tutelar o indivíduo contra os abusos do próprio Estado, cujo poder crescia ameaçando a dissolução do indivíduo num todo coletivo. Os direitos de segunda geração, direitos econômicos, sociais e culturais, concebidos como créditos dos indivíduos em relação à sociedade, ganharam destaque com o Estado do Bem Estar Social e deveriam ser saldados pelo Estado, por meio do desenvolvimento de programas governamentais. Essas duas gerações de direitos humanos foi, sem dúvida, “inspirado pelos legados cosmopolita e universalista do liberalismo e do socialismo”. (LAFER, 1997, p. 57) O direito à saúde, com certeza, é um direito de segunda geração em destaque nesse universo, conhecendo amplo debate sobre sua asserção jurídica, social, econômica e política.

A construção dos direitos humanos na ordem jurídica foi influenciada pelos ideais da tradição judaico-cristã, pelo pensamento grego, pelo jusnaturalismo e pelo positivismo. No entanto, é no pensamento moderno, quando o homem se nega a procurar na revelação religiosa e em causas metafísicas o fundamento de validade do direito, é que surge a noção do direito como criação humana, cujo valor está intrinsecamente no seu criador. Essa conclusão só foi possível com o advento do racionalismo, que inicialmente percebe a característica humana da racionalidade lógica e geométrica, mas, paulatinamente, vai compreendendo-a também, como um atributo valorativo. Essa “razão axiológica, ou capacidade de apreciação de valores” (COMPARATO, 1997, p. 17) abriu as portas para a compreensão do ser humano sob nova perspectiva, agora visto não apenas como um ser que pensa, que raciocina, mas como um ser que sofre, que sorri, que deseja, capaz de sentimentos como esperança, amor e ódio. A dignidade humana confere valor à pessoa humana, que se torna valor-fonte da ordem da vida em sociedade (LAFER, 1997), encontrando sua expressão jurídica nos direitos humanos.

Com o fim da 2ª Guerra Mundial, é promulgada a Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH), em 10 de dezembro de 1948, (ONU, 1948) reconhecendo que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, dotados de razão e consciência, devendo agir com espírito de fraternidade. Em 1966, mais dois importantes documentos são adotados e proclamados pela Assembleia das Nações Unidas, formando a Carta Internacional dos Direitos do Homem: o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Econômicos (PIDESC), (ONU, 1966a) e o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e

Políticos (PIDCP), (ONU, 1966b), ambos afirmando que a dignidade é inerente a todos os membros da família humana, e seus direitos são iguais e inalienáveis, constituindo fundamento da liberdade, da justiça e da paz no Mundo, dando início ao fenômeno da internacionalização e universalização dos direitos humanos.

Destacando o lastro o lastro axiológico da DUDH, Piovesan (2005) afirma que a Declaração de 1948 conferiu unidade valorativa do Direito Internacional dos Direitos Humanos, enfatizado pela universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos. Não obstante o debate sobre a universalidade dos direitos humanos, ela está, inicialmente, formalizada no próprio nome da DUDH, e se irradia por todo o documento quando reconhece que a dignidade é inerente a todos os membros da família humana, que todos os homens nascem livres e iguais, com capacidade para gozar de direitos e liberdades sem distinção de qualquer espécie, entre inúmeras outras determinações normativas do texto. No entanto, o passo significativo rumo à universalidade dos direitos humanos foi dado em 1983 na Conferência Mundial dos Direitos Humanos, em Viena, que contou com a presença de representantes de 171 Estados e mais de 1000 ONGs, das quais 813 participaram da Conferência como observadoras oficiais, (DORNELLES, 2003) em uma clara demonstração da crescente importância dessas organizações na consolidação e implementação dos direitos humanos. Reafirmando solenemente o compromisso de cumprir todas as obrigações para promover o respeito aos direitos humanos, os países signatários, no capítulo I, item 5, proclamam que “Todos os direitos humanos são universais, indivisíveis e interdependentes e inter-relacionados”. (WORLD CONFERENCE ON HUMAN RIGHTS, 1993)

Flavia Piovesan (2005, p. 44) abraça fortemente a causa por que, para ela, a universalidade dos direitos humanos se harmoniza “com a crença de que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos, considerando o ser humano como essencialmente moral, dotado de unicidade existencial e dignidade”. Jack Donnelly, (1984) a seu turno, sem esquecer as diferenças culturais, afirma que “[...] a variabilidade cultural da natureza humana não apenas permite, mas exige subsídio significativo para variações transculturais em direitos humanos”.¹ E em uma reflexão conciliatória afirma que

Apesar das diferenças internacionais marcantes e profundas na ideologia, níveis e estilos de desenvolvimento econômico e padrões de evolução política, praticamente todos os estados adotaram hoje – no discurso, se não na ação - as normas de direitos humanos enunciados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Pactos Internacionais de Direitos Humanos. Este consenso apresenta um forte caso *prima*

¹ “[...] the cultural variability of human nature not only permits but requires significant allowance for crosscultural variations in human rights”.

facie para um universalismo relativamente forte, isto é, para um fraco relativismo cultural. (DONNELLY, 1984, p. 414)²

O caráter indivisível dos direitos humanos se manifesta na impossibilidade de se dissociar os diversos direitos previstos nos documentos internacionais, regionais e nacionais. A indivisibilidade e a interdependência exigem a conjugação dos direitos civis com os direitos sociais, econômicos e culturais, tendo em vista que a “Declaração de 1948 combina o discurso liberal e o discurso social da cidadania, conjugando o valor da liberdade ao valor da igualdade”. (PIOVESAN, 2005, p. 44) Em alusão ao caráter indivisível, interdependente e inter-relacionado de que fala a Declaração de Viena, Comparato (2003) traz a lume o princípio da complementaridade solidária que rege os direitos humanos. Segundo o autor, justifica-se o princípio no postulado ontológico de que a essência do ser humano é única, a despeito das diferenças sociais, culturais, individuais, étnicas que existem. A interdependência permite que os direitos humanos interajam de tal forma uns com os outros, que o efeito produzido por essa relação funcional é maior do que a soma das partes. (DONNELLY, 2013) Revela-se então, pelo fato que uma vez desrespeitado um direito, todos os outros são também violados, verificando-se um efeito em cadeia. Indivisibilidade, a seu turno, “[...] sugere que uma vida digna não é possível sem algo próximo a toda a gama de direitos humanos reconhecidos internacionalmente”.³ (DONNELLY, 2013, p. 31)

Dotado de historicidade, os direitos do homem, e em especial os direitos sociais, configuram uma classe variável, conhecendo o fenômeno da especificação, (BOBBIO, 2004) em virtude do reconhecimento de novos sujeitos de direito, personagens antes desconhecidos nas Declarações dos direitos de liberdade, como as mulheres, as crianças, os idosos, os doentes, os que apresentam deficiências físicas e/ou mentais, entre outros. Assim, passam a existir no âmbito internacional diversos tratados que buscam proteger as particularidades de cada sujeito de direito, inclusive em relação ao direito à saúde, formulando e construindo orientações para melhor atender as demandas sociais, jurídicas e econômicas dessas individualidades. Mas afinal, o que é saúde? Como compreender o sentido do termo para que a formulação e desenvolvimento de políticas públicas da área da saúde possam garantir a sua

² “Despite striking and profound international differences in ideology, levels and styles of economic development, and patterns of political evolution, virtually all states today have embraced - in speech if not in deed - the human rights standards enunciated in the Universal Declaration of Human Rights and the International Human Rights Covenants. This consensus presents a strong *prima facie* case for a relatively strong universalism; that is, for weak cultural relativism”.

³ “[...] suggests that a life of dignity is not possible without something close to the full range of internationally recognize human rights”.

plenitude, atendendo aos objetivos e metas traçadas? Impõe-se, então, uma breve reflexão sobre o termo saúde.

2. A acepção do termo saúde

Foi na década de 1960 que teve início a discussão sobre a determinação econômica e social da saúde, buscando superar a acepção do termo saúde centrada no controle da enfermidade. A ideia contemporânea de saúde foi construída em meio a vários eventos aqui sucintamente descritos no Quadro 1 (O desenvolvimento do termo saúde), exposto abaixo, lembrando que o Brasil, no momento da assinatura do PIDESC vivia um momento político de exceção, e não havia espaço para a construção de um programa nacional para o atendimento do direito à saúde:

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – 1978 (Alma-Ata – URSS) <i>Declaração de Alma-Ata</i>	<ul style="list-style-type: none">➤ Saúde é um direito humano fundamental;➤ Implica na intervenção de setores sociais e econômicos, além do setor saúde;➤ Promoção e proteção da saúde é indispensável para o desenvolvimento econômico;➤ A população tem o direito e o dever de participar das ações de saúde. (BRASIL; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE; PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2002)
1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde – 1979 (Brasil) <i>Princípios da Reforma Sanitária</i>	<ul style="list-style-type: none">➤ Em linhas gerais são princípios da Reforma Sanitária:<ul style="list-style-type: none">- O direito à saúde como direito universal e inalienável;- O caráter intersetorial dos determinantes da saúde;- Promover o papel regulador do Estado para obstar os efeitos nocivos do mercado na área da saúde;- Descentralização, regionalização e hierarquização;- Promover a participação popular e o controle democrático. (CORDEIRO, 2004)
1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – 1986 (Ottawa – Canadá) <i>Carta de Ottawa</i>	<ul style="list-style-type: none">➤ Desenvolve o conceito de “promoção da saúde”: processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, inclusive efetuando seu controle;➤ Pré-requisitos para a saúde:<ul style="list-style-type: none">- paz- habitação- educação- alimentação- renda- ecossistema sustentável- recursos sustentáveis- justiça social- equidade (BRASIL; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE; PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2002)

<p>8ª Conferência Nacional da Saúde – 1986 (Brasil)</p> <p style="text-align: center;"><i>Conceito de Saúde</i></p>	<p>➤ Saúde é “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.</p> <p>(Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil) e Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS (Brasil) 2011, 22)</p>
---	---

Quadro 1: O desenvolvimento do termo saúde
Fonte: elaboração da autora

Como se pode ver, foi a partir da Conferência da Alma-Ata em 1978, é que se definiram os principais aspectos para o desenvolvimento do direito à saúde. Com os ventos trazidos pela redemocratização do país, o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em 1979, lançou os princípios da Reforma Sanitária⁴ inspirados por Alma-Ata. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, influenciada pela Carta de Ottawa, firmou o entendimento da necessidade de reformulação mais profunda da saúde, a partir da ampliação de conceito de saúde. Após inúmeros embates, prevaleceu o entendimento que saúde é a “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRAZIL) E PROGRAMA DE INFORMAÇÃO E APOIO TÉCNICO ÀS EQUIPES GESTORAS ESTADUAIS DO SUS (BRAZIL) 2011, 22) Assim, o foco do atendimento à saúde passou a ser o desenvolvimento adequado das condições sanitárias, sociais e econômicas. O produto final era a saúde, mas os meios para atingi-la dependeriam de um conjunto de ações estatais. Para atingir esse objetivo, foi aprovada a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, responsável pela elaboração de proposta, norteadas pelo novo conceito de saúde, para subsidiar a Constituinte, o que acabou por resultar na criação do SUS e na aprovação do texto final do artigo 196 da Constituição de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, [s.d.])

⁴ O 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em 1979, momento estratégico para a organização da Reforma Sanitária, estabeleceu os seguintes princípios para a Reforma: “1) o direito à saúde como direito universal e inalienável; 2) o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; 3) o papel do Estado no sentido de regular ‘para obstaculizar os efeitos mais nocivos das leis do mercado na área da saúde’ (CEBES, 1980); 4) descentralização, regionalização e hierarquização; 5) participação popular e controle democrático”. Cf. Cordeiro, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(2):343-362, 2004.

Assim, a Constituição de 1988 assegura a todos o direito à saúde, que deverá ser desenvolvido através de políticas públicas garantindo a universalidade e a igualdade no acesso aos serviços de saúde. O dispositivo em tela, pelos fundamentos já expostos, encontra-se intimamente conectado com a cidadania e a dignidade humana, fundamentos do Estado Democrático de Direito (artigo 1º, incisos II e III da Constituição Federal), bem como ao projeto constitucional de construção de uma sociedade livre, justa e solidária, de desenvolvimento nacional e da erradicação da pobreza e marginalização, objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil. (artigo 2º, incisos I, II e III da Constituição Federal)

Concluindo, vislumbra-se a constitucionalização do universalismo do direito à saúde, inter-relacionado com a dignidade humana, a construção de uma sociedade livre justa e solidária, o desenvolvimento nacional, e, a erradicação da pobreza e marginalização, fundado e interdependente à construção da cidadania, que deve levar em consideração o direito à vida, à liberdade e igualdade. Evidencia-se, para fins do trabalho, a relação entre saúde e pobreza, associação que está presente em diversos documentos internacionais e que, aparentemente, parece ter sido adotado principalmente pelos países em desenvolvimento, notadamente o Brasil.

3. Saúde e pobreza

No cerne da construção de uma verdadeira cidadania está a erradicação da pobreza e marginalização que tanto solapa os projetos de desenvolvimento dos países emergentes, como o Brasil. Implicitamente estava presente no conceito de saúde trazido pela Reforma Sanitária, decisivo para o texto constitucional, que prevê, em última análise, o enfrentamento da pobreza incorporada em um novo conceito de saúde que reúne alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Agregando nova dimensão para a saúde, o DAC Guidelines and Reference Series Poverty and Health e a OMS a reconhece como um importante pressuposto para o desenvolvimento econômico e pré-requisito para o rompimento do ciclo da pobreza, demandando importantes investimentos. (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003) Vincula assim, pobreza e saúde. Em consequência, afirma que o combate à pobreza só será efetivo e eficaz mediante cooperação entre os diversos atores sociais que

atuam na área da saúde, como Governos, empresas, ONGs e organismos internacionais, primordial para a realização dos Objetivos do Milênio relacionados com a saúde.

Em última análise, concebe a saúde como aspecto primordial ao desenvolvimento, sem descuidar de seu valor intrínseco para o indivíduo, salientando que a cooperação para o desenvolvimento é essencial para a realização dos Objetivos do Milênio relacionados com a saúde. Essa abordagem da saúde estaria destinada a alcançar um espaço significativo nas agências de fomento internacional e regional, de forma a desenvolver a cooperação, ainda que seus contornos devam ser determinados pelo contexto de cada país. A ampliação de recursos deveria ser uma prioridade, seja através de um aumento substancial em ajuda externa, como também dos próprios países, que deveriam melhorar a governança e as políticas com foco na pobreza. Os direitos sociais, em especial o direito a saúde, como já observado, transformou o cidadão em credor do Estado, bem como o Estado em devedor, dívida que deve ser saldada com o desenvolvimento de programas e políticas para o atendimento das demandas sociais de saúde. As diretrizes do DAC apresentam uma definição prática da pobreza, colocando-a num quadro mais amplo de causas e ações de políticas adequadas.

As cinco dimensões centrais da pobreza refletem a privação de capacidades humanas: econômicas (renda, meios de subsistência, trabalho decente), humanas (saúde, educação), políticas (empoderamento, direitos, voz), sócio-culturais (status, dignidade) e de proteção (insegurança, risco, vulnerabilidade). Medidas para promover a igualdade entre os sexos e para proteger o meio ambiente também são essenciais para a redução da pobreza em todas essas dimensões. (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003) (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003, p. 20)⁵

Uma abordagem de saúde para as populações carentes inclui a prestação de saúde pública de qualidade e serviços de cuidados pessoais, com mecanismos de financiamento equitativos. Vai além do setor da saúde para abranger condições que afetem a saúde da população vulnerável desproporcionalmente, tais como educação, nutrição, água e saneamento. A atenção também deve estar voltada para o desenho institucional construído para a saúde, ou seja, para os efeitos do comércio de serviços de saúde, para os direitos da propriedade intelectual e o financiamento da pesquisa em saúde, e de como elas impactam nos países em desenvolvimento.

⁵ “The five core dimensions of poverty reflect the deprivation of human capabilities: economic (income, livelihoods, decent work), human (health, education), political (empowerment, rights, voice), socio-cultural (status, dignity) and protective (insecurity, risk, vulnerability). Measures to promote gender equality and to protect the environment are essential for reducing poverty in all these dimensions”.

Do exposto, fica a questão: como transformar a retórica normativa do direito à saúde em realidade? A partir do trabalho de Flavia Piovesan, (2004) onde a autora propõe desafios e perspectivas para a implementação dos direitos humanos na ordem contemporânea, é possível traçar 6 desafios para a implementação do direito à saúde no Brasil, a partir das considerações até o momento aqui apresentadas.

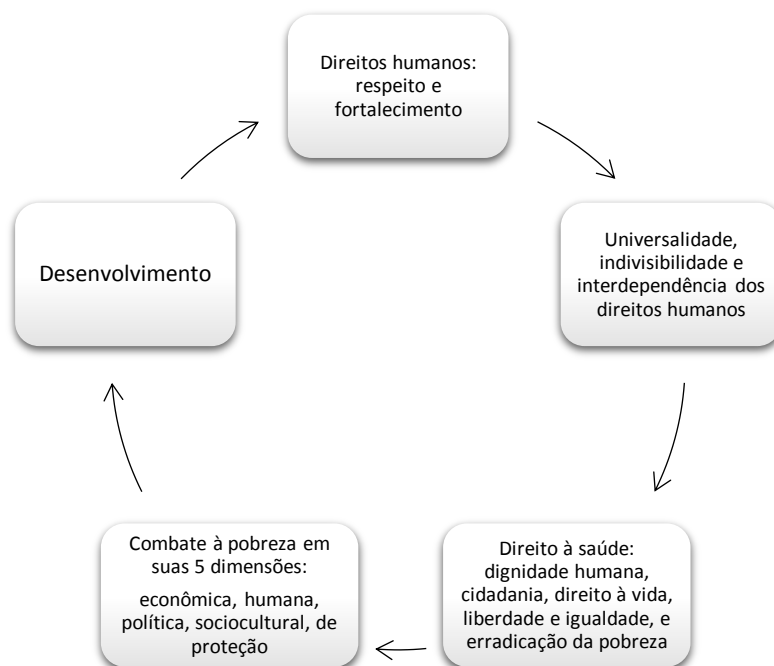
- a) O direito à saúde, espécie de direito social, deve ser conjugado com direitos civis e políticos, como o direito à vida, à liberdade, à igualdade, e o direito de participação, como forma de fortalecimento e consolidação da indivisibilidade dos direitos humanos. A realização da universalidade, indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos exige a ampliação do espaço de atuação do Estado para conferir um grau de certeza maior no alcance da justiça social.
- b) Considerando a multiplicidade de sujeitos de direito resultante da especificação dos direitos sociais, o direito à saúde deve contemplar as questões de gênero, raça e etnia por meio de políticas públicas que atendam as peculiares de cada segmento social. A desigualdade de gênero é apontada como a maior determinante da pobreza e dos problemas de saúde. Conseqüentemente implica em uma definição mais acurada das políticas públicas, como também exige a participação de uma gama maior de atores sociais, que reflitam a diversidade cultural da sociedade brasileira.
- c) A criação de políticas públicas dentro de um arcabouço de universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos vai otimizar o acesso ao direito à saúde, como alternativa adequada e suficiente à judicialização. O que se pretende acentuar nesse desafio é a opção pelas políticas públicas para a área da saúde, e não o caminho da judicialização. O acesso a medicamentos e tratamentos devem ser viabilizados pela oferta de serviços de saúde adequados e suficientes.
- d) O direito à saúde, dentro de um contexto de interdependência dos direitos humanos, deve ser incluído na pauta social das instituições financeiras e do setor privado, para estimular a cooperação entre setor público e privado. Esse é um grande desafio, seja pelo embate entre o público e privado que se verifica no acesso a medicamentos, por exemplo, seja pela expectativa de cooperação das instituições financeiras e do setor privado ao serem arguidos sobre sua responsabilidade social. Busca-se também, a consolidação dos direitos

humanos a partir da horizontalização da Justiça, e por meio do comprometimento de atores sociais particulares na agenda da saúde pública.

- e) Reforçar o papel do Estado na formulação e implementação das políticas públicas direcionadas para o desenvolvimento do direito à saúde, para a inclusão social e o combate à pobreza, reconhecendo-o como potencial violador dos direitos humanos. Ao ressaltar que a saúde é dever do Estado, ao mesmo tempo que estabelece ser um direito de todos, a Constituição de 1988 exige a presença do Estado em todas as atividades que promovam o direito à saúde, a inclusão social, e sobretudo no combate à pobreza, seja regulando, coordenando, fiscalizando ou fomentando diretamente as ações políticas.
- f) Fortalecer o Estado Democrático de Direito por meio da participação das organizações civis, significa que essas devem desempenhar uma função colaborativa juntamente com os organismos estatais, com vistas ao desenvolvimento da cidadania e o empoderamento dos segmentos mais vulneráveis. O respeito aos direitos humanos pressupõe a convivência em um ambiente democrático. Democracia e direitos humanos andam juntos, e a participação popular é essencial tanto para o fortalecimento das instituições democráticas como para a cidadania.

Da explanação nesse item, que pretendeu fornecer um contorno de direitos humanos para a saúde, foi certamente construído um círculo virtuoso para a saúde, à luz dos direitos humanos. Tal círculo, apresentado no Quadro 2 (Círculo virtuoso dos direitos humanos para a saúde), pode ser assim sintetizado: os direitos humanos encontram fundamento na própria essência do indivíduo, que, por meio da razão, é capaz de decidir seu destino e desenhar sua trajetória a partir de seus sonhos e ambições. Como ser vivo que encontra um fim em si mesmo, ele vai atuar com autonomia e liberdade, onde se assenta a dignidade humana. Os direitos humanos são conformados numa visão universal, indivisível e interdependente. Universal porque abarca todos os seres humanos; indivisível, porque os direitos humanos não são suscetíveis de compartimentalização, relacionando-se com todos os outros direitos, revelando uma interdependência, não importando o momento de sua positivação nem de seus titulares. A realização do direito à saúde, além de concorrer para a erradicação da pobreza, é modo de aperfeiçoamento da cidadania, orientada pelo princípio da dignidade humana, e encontra fundamento no direito à vida, à liberdade e à igualdade. Por fim, o enfrentamento e,

consequentemente, o fim da pobreza corrobora e viabiliza o desenvolvimento do país, que em um ambiente democrático vai contribuir para o fortalecimento dos direitos humanos.



Quadro 2: Círculo virtuoso dos direitos humanos para a saúde
Fonte: elaboração da autora

Com o instrumental jurídico desenvolvido, e levando em consideração os seis desafios tratados no presente tópico, segue-se uma reflexão do direito à saúde e sua influência na formulação das políticas públicas. A atenção volta-se para o direito à saúde, com alguns apontamentos históricos e conceituais importantes para as objeções que se apresentam aos direitos sociais, e portanto, para a realização do direito à saúde, e que afinal, reafirmam, no meu entendimento, a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas em saúde no Brasil, em sintonia com os diversos compromissos assumidos pelo país nos fóruns internacionais.

4. O direito à saúde e a formulação de políticas públicas

Enquanto os direitos humanos de concepção liberal foram construídos historicamente para conter as ações abusivas do Estado em relação aos indivíduos, configurando um direito de resistência, os direitos econômicos, sociais e culturais, doravante apenas direitos sociais, emergem das tensões sociais vividas a partir do século XIX com a Revolução Industrial, que passou a impor, por exemplo, um regime de trabalho que envolvia crianças, adultos e idosos, indistintamente. Esse ambiente de exploração do trabalho humano reforçou a insatisfação

social no decorrer do século XIX, gerando movimentos reivindicatórios de sociedades autônomas, como sindicatos e grupos de apoio, e encontrando grandes barreiras econômicas e políticas. Frankenberg (1997, p. 14) explica:

O Bem-Estar como assistência pública sucumbiu à política do *laissez faire*. As obrigações da sociedade para com o miserável e desafortunado foram interpretadas como uma ameaça que prejudicava o princípio da concorrência e o funcionamento do Mercado de trabalho. A sociedade de Mercado de concorrentes isolados ofuscou a sociedade dos indivíduos mutuamente responsáveis; ao longo do século XIX o individualismo possessivo, sob o pretexto de liberdade prevaleceu sobre a fraternidade/solidariedade e os direitos sociais.⁶

A despeito dessas enormes dificuldades, no final do século XIX, organizações de trabalhadores na Inglaterra, avançaram na ideia de desenvolver autoajuda, com a criação de fundos, baseados em contribuições voluntárias, cujos benefícios seriam pagos no caso de enfermidades e velhice aos membros, viúvas e órfãos, além de oferecerem serviços funerários e locais para lazer, “uma prática que pode ser caracterizada como autoprodução de seguridade econômica e social”.⁷ (FRANKENBERG, 1997, p. 10) Mas, foi no início do século XX, que os direitos sociais avançaram, com sua positivação em diversas constituições: Constituição Mexicana de 1917, Constituição de Weimar de 1919, Constituição Espanhola de 1931, Constituição Russa de 1936 e Constituição da Irlanda de 1937. (LIMA JUNIOR, 2001) Em relação à positivação nas constituições brasileiras, assinala-se a previsão do direito ao trabalho na Constituição Imperial de 1824 (artigo 179, inciso XXIV) e a omissão a respeito a qualquer direito social na Constituição Republicana de 1891. Somente a partir da Constituição de 1934 é que se consagraram alguns direitos sociais, positivação que se verificou nas Constituições de 1937, 1946, 1967, 1969 (Emenda de 1969) e 1988. (BRASIL; CÂMARA DOS DEPUTADOS, [s.d.]

A positivação dos direitos sociais antecedeu uma série de eventos ocorridos no pós-guerra. Devastada pela destruição durante a 2ª Guerra, sem alimentos suficientes, sem moradia e desemprego em massa, a Europa enfrentou sua pior crise no século XX. Bem pouco tempo antes do fim do conflito, Clement Attlee, Primeiro-ministro Britânico de origem trabalhista, concebeu programa para a reconstrução do Reino Unido, objetivando o crescimento econômico, emprego para todos, justiça e igualdade. Os trabalhistas estabeleceram e legitimaram o modelo denominado de “mixed economy” (YERGIN, 2002, p.

⁶ “Welfare as public assistance fell prey to the politics of *laissez faire*. Society’s obligations towards the miserable and unfortunate were interpreted as threatening to undermine the principle of competition and the functioning of the labor Market. The Market society of isolated competitors eclipsed the society of mutually responsible individuals; throughout the nineteenth century possessive individualism under the guise of liberty prevailed over fraternité/solidarity and social rights”.

⁷ “[...] a practice that can be characterized as the self-production of economic and social security”.

3) caracterizado por um forte e direto envolvimento do governo na economia, seja através da gestão fiscal, seja através da convivência do setor estatal com o setor privado somado a um Estado do Bem Estar expansivo. Concebido por William Beveridge, o Beveridge Report estabeleceu um programa social para o enfrentamento dos “5 gigantes na estrada da reconstrução”: (BEVERIDGE, 1942, p. 6) “Want, Disease, Ignorance, Squalor, and Idleness”. A implementação do relatório pelo Governo Trabalhista garantiu atendimento médico gratuito no Serviço Nacional de Saúde, concebido para tal, criou novo sistema previdenciário, de educação e habitação e desenvolveu ações para o compromisso de pleno emprego assumido em campanha. Todas essas atividades governamentais foram denominadas pelos trabalhistas como Welfare State. (YERGIN, 2002) Assim, é no ambiente do Estado do Bem Estar Social que os direitos sociais encontram terreno fértil para se desenvolver efetivamente, consagrados como uma conquista dos homens, e que, com o tempo, como já abordado, foram se especificando para incluir novos sujeitos de direitos, como gênero, crianças, idosos, indivíduos de diversas etnias e raças, entre muitos outros. Sob outro ponto de vista, a positivação dos direitos sociais como espécie de direito humano, conferiu uma perspectiva social aos direitos notadamente de cunho individual, articulando direitos, liberdades e garantias com direitos sociais; igualdade jurídica com igualdade social; e, segurança jurídica com segurança social. (MIRANDA, 2005)

O direito à saúde no Brasil só foi positivado com a Constituição de 1988. Até então, a preocupação do constituinte com a saúde deu-se de forma esparsa, inconsistente, sem vestígio de qualquer sistematização do desenvolvimento da saúde para a nação, ressaltando-se a Constituição de 1969, que estabelece competência originária legislativa sobre saúde para a União, e complementar para os Estados, bem como competência material para a União desenvolver plano nacional de saúde. Incluído no rol dos direitos sociais do artigo 6º pelo constituinte originário de 1988, vincula-se imediatamente aos dispositivos dos artigos 196 a 200 da Carta, onde encontrou maior concretização normativa, com previsão de vasta legislação infraconstitucional. Trata-se de normas de natureza programática, assim definidas didaticamente por José Afonso da Silva (2001, p. 138):

[...] normas constitucionais através das quais o constituinte, em vez de regular, direta e imediatamente, determinados interesses, limitou-se a traçar-lhes os princípios para serem cumpridos pelos seus órgãos (legislativo, executivos, jurisdicionais e administrativos), como programas das respectivas atividades, visando à realização dos fins sociais do Estado.

Sem dúvida, as normas que disciplinam o direito à saúde se caracterizam como normas programáticas, ou normas-tarefas, de cunho impositivo, de forma que não há como se

negar seu caráter obrigatório, que impõem aos poderes públicos uma série de tarefas para realizar o projeto do constituinte, notadamente dependente de intermediação legislativa. Canotilho (2003, p. 1177) expõe três características importantes das normas programáticas:

(1) Vinculação do legislador de forma permanente, à sua realização (*imposição constitucional*); (2) vinculação *positiva* de todos os órgãos concretizadores, devendo estes toma-las em consideração como *directivas materiais permanente*, em qualquer dos momentos da actividade concretizadora (legislação, execução, jurisdição); (3) vinculação, na qualidade de limites materiais negativos, dos poderes públicos, justificando a eventual censura, sob a forma de inconstitucionalidade, em relação aos actos que as contrariam.

Sintetizando, as normas programáticas vinculam: o legislador, que viabilizará sua aplicação e realização; os órgãos administrativos competentes para concretizar as tarefas designadas pelo constituinte e legislador infraconstitucional; e, os poderes públicos que devem observar todas as regulações adjacentes de forma a repudiar aquelas que violem a normatização programática. Assim, em relação ao direito à saúde, assiste ao Estado o dever de “promover políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, além de estabelecer o acesso universal e igualitário às ações e prestações” neste âmbito (artigo 196); remete ao legislador a incumbência de legislar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde (artigo 197), além de fixar diretrizes para essas ações e serviços (artigo 198); permite que a iniciativa privada participe de forma complementar na prestação da assistência à saúde (artigo 199); e, finalmente, cria o sistema único de saúde – SUS – atribuindo-lhes competências que serão regulamentadas por lei infraconstitucional (artigo 200). (BRASIL, [s.d.]

Apesar das abundantes disposições constitucionais a disciplinar os direitos sociais, e em especial o direito à saúde, os estudiosos do tema apontam uma série de objeções a esses direitos. O trabalho, entretanto, se limitará a abordar três delas, consideradas importantes para a efetividade do direito à saúde e para o que se pretende explicar quanto ao desenho institucional das doenças negligenciadas e da Aids.

A primeira questiona a possibilidade de o direito à saúde, assim como os direitos sociais, ser incluído legitimamente no rol dos direitos humanos. Amartya Sen (2004) aponta duas formas de críticas, nesse âmbito, que ele denomina “crítica da institucionalização” e “crítica da viabilidade”⁸. Na crítica da institucionalização, a questão principal reside na exata correlação entre direitos e deveres formulados, o que, dizem os críticos, somente pode ser alcançada com a institucionalização do direito. Sem desprezar esse entendimento, e até

⁸ “Institutionalization critique” e “feasibility critique”.

mesmo enfatizando a importância da institucionalização para a realização do direito, Sen (2004, p. 347) destaca que

[...] o significado ético desses direitos fornecem bons motivos para a busca de realização através de uma variedade de abordagens, incluindo exigências e fomentos por legislação adequada acrescidas de demandas legais por reconhecimento político e controle social. Negar o status ético dessas alegações seria ignorar o raciocínio que motiva essas atividades construtivas.⁹

Noutro giro, a questão se volta para o conteúdo de direito subjetivo dos direitos sociais, tendo em vista que a realização do direito à saúde implica em um grande conjunto de necessidades, “que dificilmente poderá ser abrangido por qualquer normatização constitucional ou infraconstitucional”. (SARLET, 2005, p. 327) Sem dúvida, a estrutura dos direitos sociais difere da estrutura dos direitos civis individuais, seja porque demanda um fazer por parte dos poderes públicos, seja porque exige a criação de órgãos estatais específicos voltados para a implementação de políticas públicas, recursos humanos especializados e constantemente capacitados, financiamento, sobretudo para P&D.

A segunda crítica de Sen, a crítica da viabilidade, na verdade é decorrente da primeira, e constitui a segunda objeção aos direitos sociais, atingindo especialmente o direito à saúde. A crítica ressalta que mesmo que se empreendam *todos* os esforços disponíveis, não será possível realizar *todos* os direitos sociais para *todos* os indivíduos, significando dizer que nem *todos* os cidadãos receberão adequadamente *todos* os serviços de saúde de que necessitam. O que está em jogo aqui é o limite da prestação que o cidadão pode reclamar do Estado. Nesse caso, a dúvida invocada por Ingo Sarlet (2005, p. 328) orbita no fato de se decidir se o Estado deve se limitar “à tarefa de assegurar um patamar mínimo em prestações materiais, destinadas a promover a igualdade material no sentido de uma igualdade de oportunidades [...] ou se deve [...] almejar um padrão ótimo nesta seara”. Essa reflexão se encaminha para a discussão sobre a reserva do possível, crítica financeira formulada a partir de uma norma do PIDESC (artigo 2º, 1), já referida nesse trabalho, onde ficou consignado que cada Estado Parte se comprometia a agir no máximo dos seus recursos disponíveis e de forma progressiva para assegurar o pleno exercício dos direitos reconhecidos pelo Pacto. Aponta para o fato de os recursos públicos serem insuficientes para atender todas as necessidades de saúde, impondo aos poderes públicos a tarefa de escolher onde investir os escassos recursos disponíveis, já que o orçamento público apresenta-se habitualmente aquém da demanda social

⁹ “The ethical significance of these rights provide good grounds for seeking realization through a variety of approaches, including demanding and agitating for appropriate legislation, and the supplementation of legal demands by political recognition and social monitoring. To deny the ethical status of these claims would be to ignore the reasoning that motivates these constructive activities”.

para a realização do direito à saúde. A saída para aqueles que não têm acesso aos cuidados de saúde necessários, como o fornecimento de medicamentos, terapias especializadas e outras medidas, tem sido buscar no Poder Judiciário a solução do problema, apresentando-se a terceira objeção aos direitos sociais, qual seja, a da judicialização excessiva. Sabe-se que a jurisdição é inerte, e que uma vez provocada, não pode deixar de decidir sobre a pretensão do autor. Por outro lado, o desenho institucional do direito à saúde estabelecido pelo constituinte originário, prescrito a partir do artigo 196 da Constituição de 1988, endereçou a responsabilidade para a realização do direito à saúde ao Poder Executivo, que deverá fazê-lo através de políticas sociais e econômicas.

Todavia, o número de ações judiciais requerendo medicamentos¹⁰ e tratamentos médicos vem alcançando números significativos, o que levou Barroso (2007) a afirmar que as inúmeras decisões do Poder Judiciário têm contribuído para a desorganização da Administração Pública, dificultando o planejamento e comprometendo a eficiência administrativa no atendimento ao cidadão. Em última instância, a judicialização excessiva leva à alteração do arranjo institucional concebido pelo constituinte de 1988. Assim, a questão não é de mera interpretação das normas constitucionais que justifique a participação do Poder Judiciário para fins de aplicação da norma, mas sim, um problema de desenho institucional. Sinaliza para a necessidade de uma construção democrática da agenda política em saúde, identificação das alternativas e consequente seleção de opções políticas, e, por fim, a implementação da política pública em saúde. Davis (2013), a seu turno, destaca que os Tribunais não têm capacidade de transformar uma pretensão geral de direitos sociais em uma equivalente força exequível dos direitos humanos de primeira geração. Além disso, a exequibilidade judicial dos direitos sociais é considerada a maior intromissão na função e escopo de um legislativo democraticamente eleito.

Em suma, a excessiva judicialização tem se traduzido em uma justiça no varejo, beneficiando aqueles que efetivamente têm acesso à Justiça e conferindo um viés individualista aos problemas sociais. Além disso desorganiza a Administração Pública, pondo em risco a eficiência da implementação das políticas públicas e cria um espaço de atrito entre

¹⁰ Criado em 2004, o Programa Farmácia Popular vem trazer alívio para as demandas judiciais a respeito de fornecimento de medicamentos, beneficiando, até 2012, 18 milhões de brasileiros. “Desde 2011, o número de beneficiados pelo programa Farmácia Popular registrou crescimento de 270%, saltando de 1,2 milhão em janeiro do ano passado para 4,8 milhões em julho de 2012. Lançado para ampliar o acesso da população a medicamentos para doenças de alta prevalência, como hipertensão, diabetes, asma, colesterol, glaucoma e osteoporose, o programa oferta medicamentos gratuitos ou com até 90% de desconto”. Cf. Portal Brasil. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/09/oferta-de-medicamentos-a-populacao-cresce-270-desde-2011>>. Acesso em 01 abril 2014.

os Poderes, ao colocar em risco a separação dos Poderes, cláusula pétrea da Constituição de 1988 (artigo 60, §4º, inciso III).

A partir das objeções apontadas, o caminho adequado para a realização do direito à saúde parece ser o do desenvolvimento das políticas públicas, conforme indicado no artigo 196 da Carta Constitucional. O dispositivo constitucional indica a implementação de políticas públicas para reduzir o risco de doença, focando nas ações preventivas e no atendimento básico de saúde, bem como no acesso universal igualitário, o que aponta para um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, qual seja, o de “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais”. (artigo 3º, inciso III da Constituição de 1988) (BRASIL, [s.d.]) Tais disposições normativas encontram-se em harmonia com o Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde, ao enunciar que “Saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade”¹¹ e que “Governos têm responsabilidade para com a saúde dos seus povos, que podem ser satisfeitas somente pela prestação de saúde adequada e medidas sociais”¹². (OMS, 1948)

Como já assinalado anteriormente, o Círculo virtuoso dos direitos humanos para a saúde incorpora outros aspectos que devem ser desenvolvidos concomitantemente à saúde, tendo em vista que saúde constitui a dimensão humana da pobreza, segundo o DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health que prevê mais quatro dimensões. Dessa forma, as políticas públicas de saúde, não se realizam pontualmente, isoladamente, mas sim constituem um processo dinâmico e integrado que envolve moradia, trabalho, educação e investimento, contribuindo para o desenvolvimento do país:

Quando as pessoas pobres ficam doentes ou feridas, toda a família pode ficar presa em uma espiral de perda de renda e altos custos de saúde. Investimento em saúde é cada vez mais reconhecido como um importante meio de desenvolvimento econômico e um pré-requisito para os países em desenvolvimento – e, particularmente, para as pessoas pobres desses países – para romper o ciclo da pobreza. Boa saúde contribui para o desenvolvimento de diversas maneiras: aumenta a produtividade do trabalho, níveis de escolaridade e de investimento, e facilita a transição demográfica. (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003, p. 14)¹³

¹¹ “Health is the state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”.

¹² “Governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures”.

¹³ “When poor people become ill or injured, the entire household can become trapped in a downward spiral of lost income and high healthcare costs. Investment in health is increasingly recognized as an important means of economic development and a prerequisite for developing countries – and particularly for poor people within them – to break out of the cycle of poverty. Good health contributes to development in a number of ways: it

Nesse contexto, as políticas públicas conheceram grande impulso a partir da inclusão dos direitos sociais na agenda constitucional (ZIMMERMANN, 2006); (BUCCI, 2001) e dos inúmeros organismos internacionais que se dedicam a esses direitos, constituindo-se em instrumentos realizadores das tarefas governamentais. No entanto, historicamente, se apresentam com um discurso humanitário, pontuado pela filantropia, pela caridade e despolitizado. Yazbeck (2004, p. 105) acredita que uma das razões das ambíguas estratégias para o enfrentamento da pobreza no Brasil se deve à “[...] incompatibilidade entre os ajustes estruturais da economia à nova ordem capitalista internacional e os investimentos sociais do Estado”. Assim, continua, “esta lógica, que subordinou políticas sociais aos ajustes econômicos e às regras do mercado, moldou para a política social brasileira um perfil despolitizado, privatizado e refilantropizado [...]”. Segundo Zimmerman, (2006, p. 146) “as intervenções estatais de combate à fome e à pobreza no Brasil caracterizam-se [...] pela timidez, precariedade e intermitência [...]”, desassistindo a população mais carente dos direitos sociais básicos, sobretudo o direito à saúde.

As políticas públicas têm de significar, antes de tudo, a reafirmação e consolidação de uma cultura de direitos humanos no Brasil, e isso, sem dúvida, passa pela construção e implantação de políticas que envolvam a participação de diversos atores sociais. Por um lado o Estado deve assumir a responsabilidade de integrar as políticas de saúde às políticas sociais e econômicas, engajando-se na promoção da melhoria das condições de vida mais digna e o pleno exercício da cidadania. Por outro, a inclusão de diversos atores sociais – usuários, profissionais da saúde, empresas, representantes de organizações civis – como protagonistas no processo produtivo da saúde, torna a promoção da saúde

importante resposta à medida que destaca ações intersetoriais como estratégia de enfrentamento dos problemas quanto ao meio ambiente, à urbanização, à segurança alimentar e nutricional, ao desemprego, à moradia, ao uso de drogas ilícitas, etc. (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004, p. 746–747)

Noutro giro, as questões de saúde pública também passaram a orbitar na esfera privada de atores sociais até então indiferentes a esses problemas, entendidos por eles como de responsabilidade e exclusiva do Estado. Essa preocupação foi externada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional da Saúde (CNS), no documento *Inclusão dos Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde de 2012*. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; CONSELHO NACIONAL DE

increases labor productivity, educational attainment and investment, and it facilitates the demographic transition”.

SAÚDE (BRAZIL), 2012) Em linhas gerais é possível apontar algumas ideias que contribuem para a inclusão dos direitos humanos na pauta do desenvolvimento político da saúde.

A parceria firmada entre a OPAS e o CNS vem fortalecendo a participação e controle social no âmbito do SUS. Dentre as atividades de cooperação técnica destacam-se os Laboratórios de Inovação, que representam “uma estratégia para promover e valorizar o desenvolvimento da gestão em saúde, aí incluído o processo de participação e controle pela sociedade”. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRAZIL), 2012, p. 15) Segundo o documento, o protagonismo social depende de ações complementares tais como erradicação do analfabetismo, inclusão de conceitos de democracia, cidadania, sistema eleitoral, esboçados nos currículos escolares, formação de lideranças e ampliação da capacidade de acompanhamento do desempenho das políticas públicas. “Avançar na participação e na inclusão social significa, portanto, atendimento simultâneo a tais condições”. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRAZIL), 2012, p. 25) E essa participação é resultado da redemocratização da relação entre Estado e sociedade.

A mudança no papel do Estado que se vê nas democracias mais consolidadas aponta para a revisão de sua estrutura e funcionamento, com deslocamento dos interesses da burocracia e do mercado para um estatuto de poder apoiado na cidadania ativa. É dessa forma que se desenvolve a construção de um verdadeiro controle social pelo cidadão na política pública. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRAZIL), 2012, p. 26)

No caso das políticas de saúde, isso se deu em decorrência da ampliação do conceito de saúde, que passou a ser compreendido como um fenômeno político, que em um ambiente de liberdade evidencia as necessidades em saúde, “traduzidas por conhecimentos, institucionalidades e poderes, em todos os campos da vida social, dentro de uma perspectiva de justiça social, cidadania e direitos humanos”. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRAZIL), 2012, p. 25) Inovação no direito à saúde também significa participação social e inclusão dos cidadãos nas decisões políticas relacionadas com a promoção da saúde.

Em suma, o direito à saúde desenvolvido no ambiente do Estado do Bem Estar Social, por meio de normas programáticas, ou normas-tarefas, que exigem do Estado o desenvolvimento de diversas atividades, não se realiza sozinho. Está portanto, acompanhado de outros direitos e princípios jurídicos que o completa e lhe dá densidade, apontando para o desenvolvimento da cidadania em um espaço democrático. Esse é o tema a ser desenvolvido no próximo tópico.

5. Outros direitos concorrentes para o desenvolvimento das políticas públicas em saúde

No contexto do direito constitucional, as normas programáticas, ou normas-tarefas, são normas que caracterizam a constituição programática, aquela que define um plano de ação para o Estado, legitimando, portanto sua ação social. (CANOTILHO, 2003) A força normativa da Constituição e a efetividade de suas normas, inclusive das normas programáticas, é conquista recente no constitucionalismo romano-germânico, liderada no Brasil, pela “doutrina brasileira da efetividade”, que, segundo Barroso, (2013a) procurou superar algumas deficiências crônicas da normatização constitucional caracterizada pela “insinceridade normativa, no uso da Constituição como uma mistificação ideológica e na falta de determinação política em dar-lhe cumprimento”. Somando-se a esse esforço concretizador, o princípio da democracia econômica e social justifica e legitima a intervenção do Estado nos domínios sociais e econômicos, buscando a realização e a concretização dos direitos sociais, ocupando posição de destaque. Assim, ao Estado é imposta a tarefa constitucional de adotar medidas existenciais para “indivíduos e grupos que, em virtude de condicionalismos particulares ou de condições sociais, encontram dificuldades no desenvolvimento da personalidade em termos económicos, sociais e culturais”. (CANOTILHO, 2003, p. 342)

Sem restar dúvidas quanto à cada vez mais consistente efetividade das normas programáticas, o rol dos direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição de 1988 guarda sintonia com outros direitos humanos, sociais e civis, em virtude da indivisibilidade e a interdependência dos direitos humanos, claramente visível na implementação das políticas públicas. Não há como promover saúde sem promover educação e alimentação; não se pode desenvolver políticas de moradia sem pensar na segurança para todos; as políticas de assistência materno-infantil devem estar conectadas com a saúde, alimentação e trabalho; desenvolver a educação significa ofertar igualdade de oportunidades e acesso ao mercado de trabalho; não há justiça no mercado de trabalho sem assistência e previdência social; o direito à vida orienta as ações em prol da saúde e da proteção à infância; o exercício do direito de participação é importante ferramenta auxiliar para as formulações das políticas da saúde, educação e moradia; enfim, é possível imaginar uma infinidade de conexões entre os direitos humanos, comprovando sua interdependência e indivisibilidade.

O que se quer acentuar aqui, é que a formulação de políticas de saúde e sua implementação não só exige a satisfação, direta ou indireta, de outros direitos, assim como a implementação de políticas sociais em outras áreas, ao fomentar o exercício de direitos, vai

contribuir para que se alcance as metas e objetivos das políticas de saúde. A influência da interdependência e indivisibilidade dos direitos humanos na implementação das políticas públicas da saúde se verifica na conexão entre saúde e pobreza, expressa no documento *Poverty and Health* (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2003), e, no princípio da dignidade humana e suas relações com os direitos humanos.

O DAC Guidelines Reference Series *Poverty and Health* desenvolve seu estudo a partir da constatação da necessidade de se quebrar o círculo vicioso da pobreza e da doença como condição para o desenvolvimento econômico, enfatizando que três dos Objetivos do Milênio alcançam temas específicos sobre a saúde: redução da mortalidade infantil (objetivo nº 4), melhoria a saúde materna (objetivo nº 4) e o combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças (objetivo nº 6). Esses objetivos, certamente se relacionam diretamente com o objetivo nº 1, qual seja, o da redução da pobreza. As políticas de saúde e a necessidade de investimentos adequados e suficientes são considerados componentes estratégicos para a redução da pobreza. Constata que saúde nunca foi um item tão importante na agenda internacional como é no contemporâneo, transformada em questão central do desenvolvimento, contribuindo de diversas formas, entre elas, com o aumento da produtividade do trabalho e um melhor aproveitamento escolar. No entanto, o DAC Guidelines on Poverty Reduction alerta para o fato de que as maiores determinantes da saúde dependem de ações que estão fora do setor da saúde. Assim, sem rendimentos mais elevados, as pessoas não serão capazes de suportar suas necessidades de alimentação e saúde. Sem receita, os Governos não podem aumentar o financiamento dos serviços de saúde, e, outras políticas setoriais sociais como educação, segurança alimentar, água potável, saneamento e energia estarão em risco. Sob outra ótica, a horizontalização dos direitos humanos é uma realidade que não pode ser afastada. As parcerias público-privadas e as redes que agrupam instituições de pesquisas, universidades e empresas são hoje um imperativo para o desenvolvimento, evidenciando a necessidade de comprometimento de particulares com as questões de saúde pública, a partir da eficácia horizontal dos direitos humanos.

É possível concluir que as cinco dimensões centrais da pobreza, quais sejam, as dimensões econômica, humana, política, sociocultural e de proteção se apresentam em sinergia, o que deve ser considerado nas formulações de políticas públicas da saúde. Assim, o combate à pobreza via desenvolvimento econômico pressupõe não só financiamento adequado, mas ações que permitam a fruição dos direitos à saúde, educação, alimentação, moradia, trabalho, entre outros. No Brasil, o 4º Relatório Nacional de Acompanhamento dos

Objetivos do Milênio (BRASIL; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2010) anuncia que a Agenda Social brasileira, que teve início em 2003, concilia as dimensões econômica e social na condução das políticas públicas, e que, voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros, visam

[...] o combate à pobreza e à fome; à universalização e à qualificação da educação; à geração de emprego e renda para os mais pobres; à ampliação e à melhoria dos serviços de saúde; ao combate às desigualdades socioeconômicas e também às provenientes de raça e gênero. (BRASIL; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2010, p. 17)

A segunda influência da interdependência e indivisibilidade dos direitos humanos sobre as políticas de saúde se encontra no princípio da dignidade humana. Ao reconhecer em seu preâmbulo que a dignidade humana é inerente a todos os membros da família humana e que constitui fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) a transformou em um valor referencial para os direitos humanos, arcabouço dos direitos fundamentais porque inseparável da condição humana. (ANDORNO, 2011, p. 56) Como princípio fundacional, a referência à dignidade humana é encontrada em diversas declarações internacionais, garantindo coerência aos direitos humanos, como se vê no Quadro 3 (A institucionalização da Dignidade Humana), que sintetiza essas disposições em quatro documentos internacionais importantes:

Documento regulatório	Disposições sobre a dignidade humana
Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)	No preâmbulo da DUDH, a declaração reconhece que a dignidade é inerente a todos os membros da família humana, e reafirma sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor do ser humano; Artigo I, declara que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos; Artigo XXII afirma que todo ser humano, como membro da sociedade, têm direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade; no §3º disciplina o direito ao trabalho para garantir uma existência compatível com a dignidade humana.
Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (1966)	Em nota preambular, reconhece que a dignidade é inerente a todos os membros da família humana e que os direitos ali expostos decorrem da dignidade inerente à pessoa humana; Artigo 10, §1, exige respeito à dignidade à pessoa humana quando privada de sua liberdade.
Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966)	No preâmbulo o Pacto, em sintonia com a Carta das Nações Unidas, reconhece a inerência da dignidade humana e que todos os direitos que fundamentam a paz, a justiça e a liberdade são decorrentes da dignidade da pessoa humana. Artigo 13, §1, os Estados-partes concordam que a educação deverá visar o pleno desenvolvimento da personalidade humana e do sentido de sua dignidade, além de fortalecer o respeito pelos direitos humanos e liberdades fundamentais.

Declaração e Programa de Ação de Viena (1993)	Reconhece que os direitos humanos decorrem da dignidade e do valor inerentes à pessoa humana; relembra o Preâmbulo da Carta das Nações Unidas ao reafirmar a fé nos Direitos Humanos fundamentais, na dignidade e valor da pessoa humana;
--	---

Trata da dignidade humana em muitos dispositivos, assim resumidos:

Reconhece o direito de usufruir dos benefícios decorrentes do progresso científico e das suas aplicações práticas, alertando que pode acarretar consequências potencialmente adversas para a integridade, a dignidade e os Direitos Humanos do indivíduo;

Reconhece que a violência baseada no sexo, sob todas as formas, é incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana e devem ser eliminadas;

Reconhece a dignidade inerente e o contributo único dos povos indígenas para o desenvolvimento e o pluralismo da sociedade;

Afirma que a pobreza extrema e a exclusão social constituem uma violação da dignidade humana e que são necessárias medidas urgentes para alcançar um melhor conhecimento sobre a pobreza extrema e as suas causas;

Sublinha que uma das violações mais atrozes da dignidade humana consiste no ato da tortura, cujos efeitos destroem a dignidade das vítimas, diminuindo a sua capacidade de prosseguirem as suas vidas e as suas atividades.

Quadro 3: A Institucionalização da Dignidade Humana

Fonte: elaboração da autora

Além de valor incondicional expresso nos documentos internacionais, a dignidade humana é também, segundo a Constituição Federal de 1988, um princípio fundamental do Estado Democrático de Direito, significando que o Estado existe “em função da pessoa humana e não o contrário, já que o homem constitui a finalidade precípua, e não meio da atividade estatal”. (SARLET, 2005, p. 112–113). A dignidade humana simboliza um verdadeiro “superprincípio constitucional”, dotando o constitucionalismo contemporâneo de “racionalidade, unidade e sentido” (PIOVESAN, 2003, p. 393), funcionando “tanto como justificação moral quanto como fundamento jurídico-normativo dos direitos fundamentais”. (BARROSO, 2013, p. 64)

É importante notar que nenhum documento mencionado esclarece o significado exato da dignidade humana. Todavia, parece haver um significado intuitivo, que se manifesta em situações concretas e que permite o reconhecimento da violação da dignidade humana, mesmo que abstratamente não se possa identificar sua acepção exata. (DONNELLY, 2013) Por esse motivo, Donnelly (2013, p. 29) afirma que a prática dos direitos humanos é um poderoso mecanismo para se conceber a dignidade da pessoa, ou seja, “[...] os direitos humanos são um mecanismo especial para a realização de uma determinada categoria de conceitos de dignidade humana”.¹⁴

¹⁴ “[...] human rights are one particular mechanism for realizing a certain class of conceptions of human dignity”.

Assim, a dignidade humana necessita ser combinada com os direitos humanos para que seja possível verificar sua total e real dimensão, e dessa forma se realizar efetivamente como valor e princípio, resolvendo os dilemas postos na ciência jurídica. Sua influência na área da saúde, especialmente quando se trata de bioética, é inegável. Andorno (2009, p. 227) afirma que a dignidade humana se caracteriza como um “overarching principle” da bioética internacional, depois que a Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos, elaborada pela Unesco em 2005, a incorporou como um de seus objetivos (artigo 2º, c), exigindo o respeito à dignidade humana e aos direitos humanos (artigo 3º).

Diante da necessidade de se estabelecer um conteúdo mínimo para a dignidade humana, Barroso (2013b) identifica três elementos que constituem parte do núcleo essencial da dignidade humana. O primeiro deles é o *elemento ontológico*, expresso pelo valor intrínseco da dignidade humana. O segundo é o *elemento ético*, enunciado pela autonomia, ou seja, pela autodeterminação que cada ser humano tem de decidir o rumo de sua vida, o modo como vive e as regras que vão regê-la. O terceiro e último é o *elemento social*, ideia que encontra abrigo no valor comunitário, expressando um grupo de forças exógenas, como crenças, valores, compromissos e as normas impostas pelo Estado, que agem sobre os indivíduos moldando a dignidade humana.

Os elementos ético e social trazidos por Barroso, são de grande importância para a formulação e implementação de políticas públicas na área da saúde, especialmente porque fundamenta e legitima a participação da população mais vulnerável e necessitada nas políticas sociais governamentais. Além disso, o direito de participação configura importante ferramenta no ciclo da política pública, ou seja, na definição da agenda, na implementação da política pública e na avaliação, porque baseado nas experiências e expectativas da população beneficiária, e nos valores compartilhados, torna o exame das alternativas mais confiável, possibilita uma quantificação do investimento financeiro e social mais adequado, e aumenta a probabilidade de gerar os efeitos desejados.

O direito de participação tem origem na solidariedade, que como categoria dos tempos modernos, surge no século XIX em resposta aos conflitos da sociedade industrial. (WESTPHAL, 2008) Opondo-se às ideias individualistas, a doutrina solidarista propõe nova visão da liberdade, fundada na função social. Reconhece que o Estado agrega poderes mais amplos acarretando deveres e obrigações que devem ser cumpridos mediante intervenção pública. (BARACHO, 2005) O princípio da solidariedade firma-se na ideia de participação de todos como garantia do bem-estar, conferindo ao Estado a responsabilidade pela “materialização da solidariedade através de mecanismos e estratégias próprios de repartição

dos bens e serviços sociais”. (MAGALHÃES, 2001, p. 571) Assim, a lógica da solidariedade no século XX passa a ser nacional, exigindo um sistema de proteção social de formato universalista, voltado para a melhoria das condições de habitação, saúde, educação, trabalho e bem-estar em geral.

Todavia, com a crise mundial no final dos anos de 1970, adentrando os anos de 1980 e 1990, o Welfare State torna-se incapaz, como condutor do progresso e responsável pela coesão social, de recriar e manter laços de solidariedade. A partir da deterioração econômica vivida por muitos países, acarretando desemprego, precariedade da proteção pública e isolamento social, surgiram grandes grupos de destituídos buscando emprego e novas oportunidades de vida. Cria-se a ideia dos “excluídos”, grupos inadaptados, (MAGALHÃES, 2001) que por alguma enfermidade ou formação inadequada são incapazes de suprir suas necessidades sem o auxílio estatal. Para Magalhães, (2001, p. 575) o sucesso do conceito o transforma em verdadeiro paradigma, por expressar uma combinação do crescimento do isolamento social, da deterioração da convivência, do fracasso das iniciativas de participação coletiva e, principalmente, pela incerteza frente aos rumos das políticas sociais. Em consequência, novas formas de articular o domínio político e jurídico surgem, demandando um novo modelo de cidadania. “O impasse a que foi levado o Estado do Bem-Estar Social fez com que se procurasse um novo equilíbrio político, econômico e financeiro centrado no princípio da solidariedade”. (TORRES, 1999, p. 276) Emerge nova concepção de solidariedade, agora voltada para a formação de vínculos efetivos, cuja expectativa

[...] é possibilitar novas formas de organização e exercício de pressão política em direção à ampliação de investimentos sociais. Essa participação é, neste aspecto, caracterizada pela descentralização e pela independência em relação ao Estado, embora dirigida a ele e com ele em permanente contato. (MAGALHÃES, 2001, p. 576–577)

Assim, a reafirmação da cidadania se faz mediante o engajamento de atores sociais realizando o direito de participação e conformando uma nova forma de produção da solidariedade social visando o enfrentamento da pobreza e a realização dos direitos humanos, inclusive do direito à saúde, sob a influência da horizontalização dos direitos humanos. O maior desafio para as políticas de saúde está em um maior comprometimento do Estado e de outros atores sociais visando garantir a participação da população mais vulnerável na formulação das políticas públicas, sinalizando uma redefinição de práticas e perspectivas, e a formação de novas formas de solidariedade.

Conclusão

Os direitos humanos não são simples retórica no ambiente das políticas públicas. A partir de suas características essenciais, universalidade, indivisibilidade e interdependência, os direitos humanos contribuem decisivamente em todo o processo de implantação das políticas públicas da saúde, notadamente na formulação e na implementação. Não há como segmentá-los, isolá-los, de forma a atender um único direito. Eles se comunicam, se interpenetram, se dialogam, formando uma rede de proteção para a fruição máxima dos direitos pelos indivíduos, fundados especialmente no princípio da dignidade humana. O direito à saúde não está sozinho. Conjuga-se com o direito à educação, moradia, previdência, trabalho, além das liberdades públicas.

Saúde e pobreza estão definitivamente associados, de forma que constituem aspectos fundamentais do desenvolvimento, incluídos em um círculo virtuoso que tem início com o respeito e fortalecimento dos direitos humanos e neles terminam, depois de passar por momentos de respeito à dignidade humana, cidadania, direito à vida, liberdade e igualdade, que se espera levar ao combate à pobreza nas cinco dimensões previstas no documento *Poverty and Health*.

Não há como negar no contemporâneo, que o caminho rumo à efetividade das normas programáticas está devidamente assentado, não restando qualquer dúvida sobre seu papel na imposição de tarefas ao Estado no sentido de realizar as expectativas da sociedade, em especial, do direito à saúde, por meio do desenvolvimento de políticas públicas. Essencial para o combate à pobreza está o exercício do direito à participação, que fundamentado pela solidariedade, é capaz de orientar mais adequadamente as ações públicas de saúde. Tudo isso deve ocorrer com a contribuição de todos os segmentos da sociedade. Esse é o principal efeito da horizontalização dos direitos humanos, trazendo para a esfera particular, temas até então distantes porque entendidos como de âmbito estatal. A responsabilidade pela saúde pública é de todos. Só assim é possível vislumbrar uma nova cidadania para o século XXI.

Referências

ANDORNO, R. Human Dignity and Human Rights as a Common Ground for a Global Bioethics. **Journal of Medicine and Philosophy**, v. 34, n. 3, p. 223–240, 1 jun. 2009.

ANDORNO, R. What is the role of “human nature” and “human dignity” in our biotechnological age? **Amsterdam Law Forum**, v. 3, n. 1, p. 52–58, 2 fev. 2011.

BARACHO, J. A. DE O. As Novas Perspectivas da Soberania. Reflexos no Direito Interno, no Direito Internacional e no Direito Comunitário. In: TÔRRES, H. T. (Ed.). **Direito e Poder nas Instituições e nos Valores do Público e do Privado Contemporâneos: Estudos em Homenagem a Nelson Saldanha**. Barueri, SP: Manole, 2005.

BARROSO, L. R. Da Falta de Efetividade à Judicialização Excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista da Procuradoria-Geral do Estado**, v. 31 (66), p. 89–110, dez. 2007.

BARROSO, L. R. **O novo direito constitucional brasileiro: contribuições para a construção teórica e prática da jurisdição constitucional no Brasil**. 2ª reimpressão ed. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2013a.

BARROSO, L. R. **A dignidade da pessoa humana no direito constitucional contemporâneo: a construção de um conceito jurídico à luz da jurisprudência mundial**. Belo Horizonte: Editora Fórum, 2013b.

BEVERIDGE, S. W. **Social Insurance and Allied Services**. London: His Majesty's Stationery Office, 1942. Disponível em: <http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2014.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro (RJ): Elsevier, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL; CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Constituições**. Disponível em: <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/8>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

BRASIL; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2010.

BRASIL; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE; PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUCCI, M. P. D. Buscando um Conceito de Políticas Públicas para a Concretização dos Direitos Humanos. In: **Direitos Humanos e Políticas Públicas**. São Paulo: Pólis, 2001. p. 5–15.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. DE; CASTRO, A. M. DE. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745–9, 2004.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da constituição**. Coimbra: Almedina, 2003.

COMPARATO, F. K. **Fundamento dos Direitos Humanos** Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo - IEA, , 1997. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/comparatofundamento.pdf/at_download/file>. Acesso em: 18 mar. 2014

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 2003.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 343–362, jul. 2004.

DAVIS, D. M. Socio-Economic Rights. In: **The Oxford Handbook of Comparative Constitutional Law**. 1ª. ed. UK: Oxford University Press, 2013. p. 1020–1035.

DONNELLY, J. Cultural Relativism and Universal Human Rights. **Human Rights Quarterly**, v. 6, n. 4, p. 400–419, nov. 1984.

DONNELLY, J. **Universal human rights in theory and practice**. 3rd ed ed. Ithaca: Cornell University Press, 2013.

DORNELLES, J. R. W. A Internacionalização dos Direitos Humanos. **Revista da Faculdade de Direito de Campos**, v. Ano IV, n° 4 e Ano V, n° 5, p. 177–196, 2004 2003.

FRANKENBERG, G. Why Care?: The Trouble with Social Rights. **Scienza & Politica**, v. 9, n. 16, p. 3–22, 1997.

LAFER, C. A reconstrução dos direitos humanos: a contribuição de Hannah Arendt. **Estudos Avançados**, v. 11, n. 30, p. 55–65, ago. 1997.

LIMA JUNIOR, J. B. **Os direitos humanos econômicos, sociais e culturais**. Rio de Janeiro; São Paulo: Renovar, 2001.

MAGALHÃES, R. Integração, Exclusão e Solidariedade no Debate Contemporâneo sobre as Políticas Sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 3, p. 569–579, jun. 2001.

MIRANDA, J. **Teoria do estado e da constituição**. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2005.

OMS. **Constitution of the World Health Organization**. [s.l: s.n.].

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH). . 10 dez. 1948.

ONU. Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. . 1966 a.

ONU. **Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos**. Gabinete de Documentação e Direito Comparado | Direitos Humanos. Disponível em: <http://direitoshumanos.gddc.pt/3_1/IIIPAG3_1_6.htm>. Acesso em: 5 nov. 2013b.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Poverty and health**. Paris: Geneva: OECD; World Health Organization, 2003.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRAZIL). **Inclusão dos Cidadãos na Implementação das Políticas de Saúde: Experiências Brasileiras e Europeias**. 1a. ed ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2012.

PIOVESAN, F. **Temas de direitos humanos**. São Paulo, Brasil: Max Limonad, 2003.

PIOVESAN, F. Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 1, n. 1, 2004.

PIOVESAN, F. Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 124, p. 43–55, abr. 2005.

PYRRHO, M.; CORNELLI, G.; GARRAFA, V. Dignidad Humana. Reconocimiento y Operacionalización del Concepto. **Acta bioethica**, v. 15(1), p. 65–69, 2009.

SARLET, I. W. **A Eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livr. do Advogado, 2005.

SEN, A. Elements of a Theory of Human Rights. **Philosophy and Public Affairs**, v. 32, n. 4, p. 315–356, 2004.

SILVA, J. A. DA. **Aplicabilidade das Normas Constitucionais**. 5^a. ed. São Paulo, Brasil: Malheiros, 2001.

TORRES, R. L. A Cidadania Multidimensional na Era dos Direitos. In: **Teoria dos Direitos Fundamentais**. Rio de Janeiro: Renovar, 1999. p. 239–335.

WESTPHAL, V. H. Diferentes Matizes da ideia de Solidariedade. **Revista Katálysis**, v. 11, n. 1, p. 43–52, jun. 2008.

WORLD CONFERENCE ON HUMAN RIGHTS. **Vienna Declaration and Programme of Action**. [s.l.] United Nations Human Rights - Office of the High Commissioner, 1993.

YAZBEK, M. C. O programa fome zero no contexto das políticas sociais brasileiras. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, p. 104–112, jun. 2004.

YERGIN, D. **The commanding heights: the battle for the world economy**. Rev. and updated ed. ed. New York: Simon & Schuster, 2002.

ZIMMERMANN, C. R. Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 3, n. 4, p. 144–159, 2006.