



Fernando Rabello

DIREITO À SAÚDE: conteúdo, essencialidade e monitoramento

THE RIGHT TO HEALTH: contents, essence and monitoring

Aline Albuquerque S. de Oliveira

RESUMO

Visa descrever o conteúdo do documento denominado “Recomendação Geral n. 14”, de 2000, elaborado pelo Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, concernente ao direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental.

Aborda especificamente as obrigações essenciais dos Estados, assim como o emprego de indicadores e metas no monitoramento do cumprimento estatal do direito à saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Direitos humanos; direito à saúde; obrigações essenciais; indicadores; metas; Recomendação Geral n. 14/2000.

ABSTRACT

The author describes the contents of the General Comment No. 14, by the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural rights, on the right to the highest attainable standard of physical and mental health.

She specifically focuses on the States' essential obligations as well as on the use of indicators and goals for monitoring State compliance with the right to health.

KEYWORDS

Human rights; right to health; essential obligations; indicators; goals; General Comment No 14/2000.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo descrever o conteúdo do documento denominado “Recomendação Geral n. 14”, de 2000, elaborado pelo Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas, que trata do direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental. Além da exposição aludida, pretende-se abordar especificamente as obrigações essenciais dos Estados, assim como o emprego de indicadores e metas no monitoramento do cumprimento estatal do direito à saúde.

Essa Recomendação Geral foi elaborada pelo Comitê das Nações Unidas com o escopo de auxiliar os Estados, que se vincularam ao Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, na aplicação concreta do seu art. 12, que prevê: *Os Estados Signatários do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental.*

Sabe-se que o direito de toda pessoa usufruir do mais alto nível possível de saúde física e mental apresenta conteúdo extremamente complexo e de difícil definição, o que acarreta obstáculos à sua implementação, por parte do Estado, bem como à verificação de seu cumprimento pelo próprio Comitê. Assim, quando os Estados apresentarem relatórios sobre as medidas que adotaram e os progressos realizados a fim de garantir o direito à saúde, a Recomendação Geral deve ser a base para a compreensão do conteúdo do art. 12. A Recomendação se subdivide em: conteúdo normativo do referido artigo, obrigações dos Estados, violações dessas obrigações, aplicação no plano nacional, e obrigações dos atores distintos dos Estados-Partes¹.

Este trabalho parte da ideia de que apresentar e divulgar o contido na Recomendação Geral pode contribuir para a compreensão e explicitação das obrigações estatais no campo da saúde. Com isso, tem-se o intuito de fortalecer o entendimento, ainda controverso, de que

o acesso a bens, serviços e instalações de saúde é um direito individual, cujo dever de assegurar é do Estado. Essa acepção tem como pressuposto que o Estado deve adotar medidas visando ao cumprimento das obrigações de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde. Apoiar-se na premissa de que a tarefa de monitorar e avaliar se os governos cumprem tais obrigações cabe à sociedade civil, ao próprio Estado e aos sistemas de proteção dos Direitos Humanos. Assim, a adoção de medidas e a verificação do cumprimento dos deveres relativos ao direito à saúde necessitam que os atores envolvidos em tais ações saibam o que significa esse direito, o que se deve fazer ou deixar de fazer para materializá-lo e como aplicá-lo a situações concretas, aspectos contidos na Recomendação Geral.

No mesmo sentido, o peso dado às obrigações essenciais sustenta-se na sua relevância para o enfrentamento do fenômeno denominado “judicialização da saúde”, porquanto consiste no conjunto de obrigações dos Estados, indispensável para se atingir o padrão mínimo aceitável de saúde, assim como o foco conferido aos indicadores e metas reporta-se ao fato de serem instrumentos insubstituíveis de monitoramento do cumprimento das obrigações essenciais por parte do Estado.

[...] a adoção de medidas e a verificação do cumprimento dos deveres relativos ao direito à saúde necessitam que os atores envolvidos em tais ações saibam o que significa esse direito, o que se deve fazer ou deixar de fazer para materializá-lo [...]

O aprofundamento da noção de “obrigações essenciais” dos Estados no campo da saúde é de extrema importância e atualidade, visto que muito se debate sobre em que alocar recursos escassos, bem como quais ações e serviços de saúde deveria o Estado brasileiro entender como imperativos ao se deparar com demandas judiciais.

No quadro da judicialização da saúde, a noção de “obrigações essenciais”

deve ser levada em conta pelos formuladores de políticas públicas de saúde, bem como por operadores do direito que se pronunciam sobre a obrigação do Estado brasileiro de prestação sanitária. Essas obrigações decorrem do entendimento de que, não obstante o § 1º do art. 2º do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais preveja a progressividade relativa ao pleno exercício dos direitos reconhecidos no citado Pacto, há obrigações no campo da saúde que são de cumprimento imediato pelos Estados. Ou seja, cada Estado compromete-se a adotar medidas até o máximo de seus recursos disponíveis, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o respeito, a proteção e a realização do direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental. Entretanto, “as obrigações essenciais” excetuam esse comando, pois implicam a adoção de medidas imediatas, independentemente de seus recursos financeiros, pelos governos dos Estados.

Quanto ao monitoramento do cumprimento por parte do Estado de seu dever de prestação sanitária, observa-se que o emprego de indicadores e metas é considerado uma ferramenta importante e insubstituível para a avaliação do de-

sempenho dos governos em relação ao seu dever de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde. Neste trabalho, é conferido maior destaque à relevância dos indicadores e metas de saúde quando aplicados às “obrigações essenciais”. Para dar esse destaque, foi desenvolvido um comentário explicativo sobre a Recomendação Geral n. 14, de 2000, formulada pelo Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações

Unidas, subdividido em temáticas específicas, bem como se conferiu tratamento particularizado às obrigações essenciais em razão de sua natureza jurídica diferenciada. Outro ponto abordado foi o papel dos indicadores e metas de saúde, mormente por serem instrumentos fundamentais no acompanhamento e avaliação da realização das obrigações essenciais pelos Estados.

2 CONTEÚDO NORMATIVO DO ART. 12 DO PACTO INTERNACIONAL SOBRE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS

Segundo a Recomendação Geral n. 14, de 2000, o direito à saúde não deve ser compreendido como o direito de estar sadio. Seu conteúdo abrange, além do direito de exigir do Estado que realize ações efetivas para implementá-lo, obrigação que envolve um fazer estatal; determinadas liberdades individuais, como a de controlar a própria saúde e corpo; e a de não ser submetido nem a experimentos médicos sem consentimento nem à esterilização forçada (OMS, 2009).

O significado da expressão “mais alto nível possível de saúde” se espraia pelas condições biológicas e socioeconômicas essenciais da pessoa humana, assim como abarca os recursos e investimentos estatais destinados a tal fim. Embora a atuação do Estado seja ímpar, não se lhe pode atribuir responsabilidade única na garantia de boa saúde dos indivíduos, pois existem causas que interferem diretamente na saúde cujo controle não é estatal, como os fatores genéticos ou a adoção de estilos de vida específicos (COMITÊ ..., 2000). Gostin (2001) pontua que certos agravos e doenças estão além do alcance dos indivíduos ou dos governos.

Assim, o direito à saúde pode ser compreendido como o direito ao desfrute de uma gama de bens, serviços e condições necessárias para se alcançar o mais alto nível possível de saúde. Portanto, o Comitê (2000) interpreta o direito à saúde não somente como o direito à atenção sanitária oportuna e apropriada, mas também aos principais fatores determinantes da saúde, como o acesso à água potável, condições sanitárias e habitação adequada, condições sadias de trabalho e meio ambiente, acesso à educação e informação sobre questões relacionadas à saúde, inclusive a saúde sexual e a reprodutiva. Esse Comitê aponta outro aspecto importante, que se insere na própria compreensão do que seja o direito à saúde, que é a participação da população no processo de adoção de decisões públicas nesse campo.

94

O significado da expressão “mais alto nível possível de saúde” se espraia pelas condições biológicas e socioeconômicas essenciais da pessoa humana, assim como abarca os recursos e investimentos estatais destinados a tal fim.

Com o fito de conferir maior precisão ao conteúdo do direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível possível de saúde física e mental, o Comitê discorre sobre quatro elementos: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos sistemas de saúde:

a) Disponibilidade. Cada Estado deve contar com número suficiente de instalações, bens e serviços públicos de saúde, assim como de políticas e programas. Os serviços referidos

também abrangem aqueles que se ocupam dos determinantes básicos da saúde, como água limpa e potável, e condições sanitárias adequadas. Aqui também importa o número de hospitais, clínicas e demais instalações relacionados à saúde, pessoal médico, bem como medicamentos essenciais, definidos no Programa de Ação sobre medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde, disponibilizados pelo Estado.

b) Acessibilidade. É definida como o dever assumido pelos Estados de que as instalações, bens e serviços de saúde sejam acessíveis a todos, sem discriminação alguma, subdividindo-se em: (I) não discriminação: instalações, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis de fato e de direito aos setores mais marginalizados e vulneráveis da população; (II) acessibilidade física: instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance geográfico de todos os setores da população, em especial dos grupos vulneráveis ou marginalizados, das minorias étnicas e populações indígenas, mulheres, crianças e adolescentes. Incluem-se aqui as pessoas que vivem nas zonas rurais ou de difícil acesso; (III) acessibilidade econômica: instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance de todos e o pagamento pelos serviços de atenção à saúde deve atender ao princípio da equidade; (IV) acesso à informação: compreende o direito de solicitar, receber e difundir informações e ideias.

c) Aceitabilidade. Define-se como o respeito pela ética médica e padrões culturais por parte dos serviços de saúde.

d) Qualidade. Entendida como a adequação das instalações, bens e serviços sob o ponto de vista científico, médico e de boa qualidade (COMITÊ ..., 2000).

Na mesma linha de entendimento, o Comitê (2000) trata do contido no § 2º do art. 12. Inicialmente, debruça-se sobre o dispositivo relativo à redução da mortalidade infantil e do número de natimortos, bem como ao desenvolvimento sadio das crianças. Ressaltando a necessidade de adoção de medidas para melhorar a saúde infantil e materna, e de implementação de serviços de saúde sexual, de planejamento familiar, de atenção à saúde anterior e posterior ao parto, de serviços obstétricos de urgência e de acesso à informação. Na alínea **b**, segundo o Comitê, o Pacto se ocupa das ações de caráter preventivo relativo a acidentes laborais e doenças profissionais, da higiene do trabalho, e da necessidade de ofertar para a população água potável, condições sanitárias básicas, assim como da prevenção e redução da exposição da população a substâncias nocivas, tais como as radioativas e químicas. Ainda, a alínea **b** prevê o direito à habitação apropriada e a uma nutrição adequada; e dispõe sobre o uso indevido de álcool, tabaco e de outras substâncias danosas. A alínea **c** incorpora o direito à prevenção e tratamento de enfermidades, que demandam dos Estados programas de prevenção e educação que promovam, entre outros fatores, a interconexão com o meio ambiente seguro, o desenvolvimento econômico e a desigualdade de gênero. O direito ao tratamento pressupõe o desenvolvimento de um sistema de atenção médica de urgência para casos de acidentes e epidemias. O enfrentamento das doenças, dentre outras medidas, implica, para os Estados, o dever de estimular a utilização e o aprimoramento da vigilância epidemiológica e reunião de dados desagregados, a execução e a ampliação de programas de vacinação, e outras estratégias de luta contra doenças infecciosas.

A alínea **d** estabelece a obrigação de criar condições que

asseguem a todos assistência e serviços médicos, incluindo o acesso igual e oportuno aos serviços básicos preventivos, curativos e de reabilitação; assim como o fornecimento de medicamentos essenciais e o tratamento e atenção apropriados à saúde mental. Ademais, no que tange a essa previsão, o Comitê (2000) sublinha o fomento à participação popular organizada e instrumentalizada para influir nas decisões políticas relativas ao direito à saúde.

Ainda quanto ao conteúdo do art. 12, esse Comitê destaca alguns temas de alcance geral, considerados especiais, quais sejam: não discriminação e igual trato; perspectiva de gênero; saúde da mulher; crianças e adolescentes; pessoas idosas; pessoas com incapacidades; e povos indígenas. Com relação a esses temas especiais, serão feitas algumas considerações, apreendendo os aspectos centrais de cada temática. Assim, o Pacto proíbe toda discriminação referente ao acesso à saúde e aos fatores determinantes básicos de saúde por motivo de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política, origem nacional, posição social, situação econômica, lugar de nascimento, impedimento físico ou mental, estado de saúde (inclusive HIV/AIDS), orientação sexual ou de outra natureza. Em situações de contenção de recursos, o Comitê assinala a importância de se proteger pessoas vulneráveis, principalmente por meio da adoção de programas de saúde de baixo custo.

O Comitê ressalta que, em países cujos recursos sanitários sejam limitados, o Estado deve conferir especial atenção ao favorecimento desproporcional de serviços curativos de alto custo, que se destinam ao restabelecimento da saúde com o emprego de alta tecnologia e grande quantidade de recursos financeiros, pois são comumente acessíveis apenas à parcela privilegiada da população, em detrimento da atenção primária e preventiva, que se dirige a um maior número de pessoas.

O citado órgão recomenda que os Estados incorporem a perspectiva de gênero em suas políticas, programas e investigações em saúde; conseqüentemente, a necessidade de se desagregar os dados socioeconômicos e os relativos à saúde para a identificação mais precisa das desigualdades em saúde.

Além disso, com o escopo de suprimir a discriminação contra a mulher no campo da saúde, aponta a necessidade de se lançar mão de ampla estratégia que inclua medidas preventivas e curativas destinadas à saúde da mulher, abrangendo serviços de saúde sexual e reprodutiva. Um dos objetivos apontados é a redução do coeficiente de mortalidade materna, meta essa que consta do item 19 do inc. III da Declaração do Milênio das Nações Unidas.

O Pacto concede tratamento específico à saúde das crianças e adolescentes, mormente em razão de sua situação de vulnerabilidade intrínseca. A Convenção sobre os Direitos das Crianças prevê, em seu art. 24, o direito da criança gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento de doenças e à recuperação da saúde². Referido Comitê assinala a importância de que se encare com firmeza a problemática que envolve as práticas tradicionais nocivas que afetam a saúde das crianças, em particular de meninas, como o casamento precoce, mutilações sexuais femininas e a alimentação privilegiada de meninos. E, com relação aos adolescentes, ressalta o papel que os Estados desempenham no incremento de sua autonomia, no campo da saúde, por meio da disponibilização de informações seguras e respeito à sua privacidade.

[...] o direito à saúde pode ser compreendido como o direito ao desfrute de uma gama de bens, serviços e condições necessárias para se alcançar o mais alto nível possível de saúde.

Quanto à saúde dos idosos, o Comitê alude ao respeito à sua autonomia, assim como à prestação de cuidados a enfermos crônicos e em fase terminal, adotando medidas destinadas a poupá-los de dores evitáveis e assegurando o direito à morte digna.

Ao tratar de pessoas com deficiência, física ou mental, destaca que não somente o Estado, mas também os serviços privados de saúde devem, ao lhe dispensar atendimento e atenção, respeitar o princípio da não discriminação.

Por fim, incumbe aos Estados a observância de aspectos singulares que envolvem o direito à saúde de populações indígenas. Segundo o Comitê, alguns aspectos merecem destaque no tocante

à saúde indígena: a) os serviços de saúde devem ser apropriados do ponto de vista cultural e considerar as práticas tradicionais; b) o Estado deve proporcionar meios para que as populações indígenas possam participar da estruturação dos serviços de saúde; c) proteção das plantas medicinais, animais e minerais necessários para o pleno desfrute do direito à saúde física e mental; d) respeitar e levar em conta a dimensão coletiva da saúde das populações indígenas.

Após explanar sobre o conteúdo normativo do art. 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Comitê aborda a tipologia das obrigações estatais no campo da saúde (TARANTOLA, 2008).

3 AS OBRIGAÇÕES ESTATAIS EM RELAÇÃO AO DIREITO À SAÚDE

Consoante a compreensão do Comitê (2000), classificam-se as obrigações estatais em: legais de caráter geral, legais específicas, internacionais e essenciais.

Nas obrigações legais de caráter geral, o Comitê reconhece que a materialização do direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível possível de saúde física e mental revela um caráter progressivo imanente. Isso significa que os Estados podem não contar com meios imediatos para a concreção de tal direito, seja por falta de recursos financeiros

ou por ausência de estrutura adequada, legal ou administrativa. Entretanto, da realização progressiva do direito à saúde, que implica a assertiva de que os Estados precisam de um lapso temporal para se conformar legal e administrativamente a seus deveres no campo da saúde, não se depreende a flexibilização absoluta das obrigações estatais. Contrariamente, a figura da “realização progressiva” implica a atribuição aos Estados da obrigação concreta e permanente de avançar o mais rápido e eficazmente possível até a plena realização do art. 12 do Pacto. Nesse sentido, os Estados, mesmo aqueles que não apresentam condições imediatas de realizar o direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível possível de

saúde física e mental, devem deixar de adotar medidas regressivas, ou seja, ações que revelam um retrocesso na realização de tal direito.

As obrigações legais específicas são definidas pelo Comitê, como: a obrigação de respeitar, proteger e realizar o direito à saúde, essa última se desdobrando nas obrigações de facilitar, proporcionar e promover. Com relação à obrigação de respeitar, caracteriza-se como uma obrigação de natureza negativa, porquanto gera para os Estados o dever de se abster de determinadas ações. A obrigação de respeitar configura-se no dever estatal de não limitar o acesso igualitário aos serviços de saúde preventivos, curativos e paliativos; de não impor tratamentos coercitivos; e de não ocultar ou desvirtuar intencionalmente informações relacionadas com a saúde.

[...] a materialização do direito à saúde da população traz como consequência para o ente estatal a obrigação de se abster de estabelecer via ações, políticas ou leis, medidas que impeçam o acesso da população a instalações, bens e serviços de saúde.

No que tange à obrigação de proteger, os Estados atuam na proteção dos indivíduos em face da ação de terceiros, consequentemente os Estados devem adotar condutas comissivas de modo a impedir que particulares violem o direito à saúde de sua população. Sendo assim, é dever do ente estatal adotar leis, regulamentos e outras medidas com o objetivo de zelar pela prestação de serviços privados; controlar a comercialização de insumos e medicamentos por terceiros, assim como, adotar medidas para proteger a todos os grupos vulneráveis ou marginalizados da sociedade. Ainda, *os Estados devem zelar para que terceiros não limitem o acesso das pessoas a informações e serviços relacionados à saúde.* (COMITÊ ..., 2000). Com relação a essa obrigação, é importante destacar que o Estado tem o dever de assegurar que a privatização ou terceirização de serviços e instalações de saúde não constituam uma ameaça à acessibilidade, disponibilidade, aceitabilidade e qualidade de tais serviços.

Por fim, a obrigação de realizar o direito à saúde, também de natureza positiva, enseja para os Estados determinadas obrigações concernentes à adoção de normativas, políticas, programas e o fornecimento de infraestrutura sanitária, que proporcione à população a possibilidade de acesso a bens e serviços em saúde. Essa obrigação exige que os Estados cuidem da adequada formação do pessoal médico, da existência de um número suficiente de hospitais, clínicas e outros centros de saúde; também implica o fomento a investigações médicas e educação em matéria de saúde, assim como a organização de campanhas de informação. A obrigação de realizar o direito à saúde se desdobra nas obrigações de facilitar, proporcionar e promover, o dever de manter e restabelecer a saúde da população. Para tanto devem os Estados cumprir suas obrigações no que se refere à difusão de informação apropriada acerca das formas de viver e alimentar de modo saudável.

Tem-se que a materialização do direito à saúde da popu-

lação traz como consequência para o ente estatal a obrigação de se abster de estabelecer via ações, políticas ou leis, medidas que impeçam o acesso da população a instalações, bens e serviços de saúde. Conforme o Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (2009, p. 7): *Como exemplos disso cabe mencionar a negação do acesso a instalações, bens e serviços de saúde a determinadas pessoas ou grupo de pessoas como resultado de discriminação de iure ou de facto.*

No tocante à obrigação de proteger, impõe-se ao ente estatal a obrigação de impedir, por meio de regulamentação, que terceiros violem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental, assim descrita pelo Comitê (2000, p. 8): *figuram nesta categoria omissões tais como a não regulamentação de atividades particulares, grupos ou empresas com o objetivo de impedir que violem o direito à saúde dos demais; a não proteção dos consumidores e trabalhadores contra as práticas prejudiciais à saúde, como ocorre no caso de alguns empregadores e fabricantes de medicamentos ou alimentos.*

A obrigação de realizar o direito à saúde implica para os Estados o dever de adotar medidas de natureza legislativa, administrativa, orçamentária e judicial, direcionadas à plena realização dos direitos humanos, criando condições efetivas e materiais para que as pessoas possam fruir de seus direitos. As violações à obrigação de realizar podem configurar-se, exemplificativamente, mediante a não formulação de uma política nacional de saúde ou pelo fato de serem os gastos com saúde insuficientes para assegurar a disponibilização e o acesso a bens e serviços, impendendo o gozo do direito à saúde por indivíduos ou grupos, em particular os dos vulneráveis ou marginalizados. E, ainda, destacam-se a não elaboração e a aplicação de indicadores e bases de referência em saúde, como o fato de não reduzir os coeficientes de mortalidade materna e infantil.

As obrigações internacionais dizem respeito ao fato de que, em diversas situações, a concretização do direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível possível de saúde física e mental demanda cooperação internacional e assistência, de natureza econômica ou técnica. Nesse ponto, o Comitê faz alusão à Declaração de Alma-Ata, de 1978, que aponta a grave desigualdade verificada entre o estado de saúde de populações pertencentes a países desenvolvidos e em desenvolvimento, bem como o dever de cooperação dos governos com o objetivo de garantir a atenção primária a todos (PAHO, 2009). Com efeito, algumas doenças, como HIV/AIDS e tuberculose, atingem desproporcionalmente as populações mais pobres e representam um pesado fardo para a economia dos países em desenvolvimento (OMS, 2009).

A cooperação internacional entre países pressupõe que disponibilizem o acesso a bens, serviços e instalações de saúde essenciais, sempre que seja possível, assim como a prestação de assistência necessária. Ademais, os Estados que sejam membros de instituições financeiras internacionais, sobretudo o Fundo Monetário Internacional, o Banco Mundial e os bancos regionais de desenvolvimento, devem inserir a observância ao direito à saúde em suas políticas e acordos creditícios, e em medidas internacionais adotadas por essas instituições (COMITÊ ..., 2000).

Da aplicação do referencial dos direitos humanos à saúde emerge o recurso às obrigações dos Estados constantes dos

arts. 55 e 56 da Carta das Nações Unidas, que preveem cooperação internacional econômica e social. Assim, de acordo com a Carta da ONU, todos os Membros das Nações Unidas comprometem-se a agir em cooperação com esta, em conjunto ou separadamente, com vistas a favorecer níveis mais altos de vida, trabalho efetivo e condições de progresso e desenvolvimento econômico e social; a solução dos problemas internacionais econômicos, sociais, sanitários e conexos; a cooperação internacional, de caráter cultural e educacional; e o respeito universal e efetivo raça, sexo, língua ou religião (ONU, 2004).

Do princípio de cooperação internacional em matéria de saúde extrai-se o dever de cada Estado de contribuir com o máximo de sua capacidade em situações de emergência, casos de desastre e assistência humanitária, mediante o fornecimento de ajuda médica e recursos materiais, como medicamentos, e financeiros, priorizando os grupos mais vulneráveis e marginalizados (COMITÊ ..., 2000).

Outro dever importante destacado pelo Comitê na esfera internacional, diz respeito a não imposição de embargos ou medidas análogas que restrinjam o acesso do Estado ou de sua população a medicamentos e equipes médicas. Em nenhuma situação é aceitável que se utilize de restrições dessa natureza como meio de exercer pressão política ou econômica.

Dessa forma, constata-se que os Estados, notadamente os ricos, detêm deveres na esfera internacional correspondentes ao direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental. Por outro lado, sabe-se que alguns países, em razão dos escassos recursos financeiros, disponibilizam poucos bens e serviços de saúde, não atendendo às demandas de suas populações. No entanto, mesmo os países cuja situação econômica seja frágil detêm obrigações essenciais.

4 OBRIGAÇÕES ESSENCIAIS

As obrigações essenciais definem um padrão mínimo de serviços, bens, instalações e condições de saúde cuja responsabilidade de assegurar a todos é do Estado (ASHER, 2004). Pode-se defini-las como o conteúdo tangível da dignidade

humana, pois é empiricamente perceptível que o não acesso aos elementos constituintes das obrigações essenciais inviabiliza a vida humana em condições dignas de existência. Os Estados têm o dever imediato de realizar as obrigações essenciais, assim, não se lhes aplica o princípio da realização progressiva dos direitos sociais, cabendo-lhes legislar, regulamentar, desenhar e efetivar políticas, assim como mobilizar recursos financeiros para atendê-las sem justificar sua demora ou inação na indisponibilidade ou inexistência de tais recursos.

As obrigações essenciais demarcadas pelo Comitê (2000) são: a) garantir o direito de acesso a bens, instalações e serviços de saúde sob uma base não discriminatória, em especial com respeito a grupos vulneráveis ou marginalizados; b) assegurar o acesso a uma alimentação essencial mínima, nutritivamente adequada e segura; c) garantir o acesso à habitação, condições sanitárias, e água potável; d) fornecer medicamentos essenciais, segundo o critério da OMS; e) zelar pela distribuição equitativa de bens, instalações e serviços de saúde; f) adotar e aplicar, a partir de estudos epidemiológicos, uma estratégia e plano de ação nacional de saúde pública. Essa estratégia e plano de ação devem prever métodos, bem como o direito a indicadores e bases de referência da saúde que permitam monitorar eficazmente os progressos realizados.

A obrigação de realizar o direito à saúde implica para os Estados o dever de adotar medidas de natureza legislativa, administrativa, orçamentária e judicial, direcionadas à plena realização dos direitos humanos [...]

Ainda, o Comitê destaca algumas obrigações de caráter mais específico, classificadas como prioritárias: a) zelar pela atenção à saúde materna e infantil; b) proporcionar imunização contra as principais enfermidades infecciosas; c) adotar medidas para prevenir, tratar e combater as enfermidades epidêmicas e endêmicas; d) estimular políticas educacionais que tenham como objeto o acesso à informação; e) proporcionar capacitação adequada ao pessoal do setor da saúde.

Com base na análise do conteúdo das obrigações essenciais, nota-se que a instituição de deveres estatais com o obje-

tivo de concretizá-las implica, em primeiro lugar, a adoção de medidas de saúde pública, conferindo ênfase a cuidados compreensivos relativos à atenção básica, políticas e serviços de natureza preventiva e aplicação de recursos de forma equitativa. Disso decorre a percepção de que às pessoas de baixa renda, ou a outros grupos vulneráveis, deve-se imprimir tratamento diferenciado, observando as especificidades em saúde associadas à sua situação de fragilidade. Da mesma forma, infere-se que a alocação de recursos escassos em serviços terciários, também denominados "de alta complexidade", ou na contratação de especialistas de elevado custo acarreta, comumente, o benefício da população de maior renda, com diminuto impacto coletivo (ASHER, 2004).

Levando em consideração que as obrigações essenciais devem ser adimplidas pelos Estados, independentemente de serem enquadrados como países pobres ou ricos, o seu cumprimento e a sua verificação são primordiais para que o maior número de pessoas tenha acesso a condições dignas de vida. Essa tarefa deve ser levada a cabo por meio do uso de informações estatísticas que englobam os indicadores de saúde, pois as políticas públicas devem alicerçar-se em dados concretos e seguros. Quanto a esse ponto, sublinha-se que a utilização de dados desagregados é indispensável para a verificação do cumprimento das

obrigações essenciais, visto que contemplam a situação de saúde de populações vulneráveis.

Dentre as obrigações essenciais, a elaboração do plano e da estratégia nacional de saúde é a que demanda, de forma mais incisiva, o uso de indicadores de saúde. O plano nacional e as estratégias, considerando os recursos disponíveis, devem contemplar as prioridades em saúde destinadas à realização de determinadas metas e consecução de objetivos, formulados a partir de evidências epidemiológicas. A ordenação e a execução do plano e da estratégia pressupõem a observância dos princípios da não dis-

criminação e participação social (COMITÊ ..., 2000).

Conforme o Comitê das Nações Unidas, os planos e as estratégias nacionais de saúde devem identificar os indicadores pertinentes e as bases de referência do direito à saúde. O objetivo central do emprego de indicadores consiste em monitorar, no plano nacional e internacional, as obrigações assumidas pelo Estado previstas no art. 12 do Pacto. O Comitê determina aos Estados que, após indigitar os indicadores pertinentes ao direito à saúde, estabeleçam as bases nacionais de referência apropriadas a cada indicador. Essas recomendações têm como objetivo possibilitar a verificação dos progressos realizados a fim de garantir o direito à saúde, pois mediante o uso de indicadores pode-se avaliar o estado de saúde anterior e posterior à adoção de medidas estatais com tal escopo.

Levando em consideração que as obrigações essenciais devem ser adimplidas pelos Estados, independentemente de serem enquadrados como países pobres ou ricos, o seu cumprimento e a sua verificação são primordiais para que o maior número de pessoas tenha acesso a condições dignas de vida.

Igualmente, os Estados devem elaborar relatórios e apresentá-los ao Secretário Geral das Nações Unidas³ com o fito de demonstrar, por meio de indicadores de saúde, os avanços no campo sanitário, logrados por meio das ações desenvolvidas no âmbito do plano e da estratégia nacional. Além disso, os indicadores servem de base para se assentar obrigações futuras, ou seja, metas que deverão ser cumpridas pelos Estados e posteriormente avaliadas pelo Comitê.

Como visto, na formulação da política nacional de saúde, por meio da estratégia e do plano nacional, o Estado deve se fundamentar em evidência epidemiológica, isso significa que deve envidar esforços na direção da construção de bases de dados seguras das quais se possam extrair indicadores de saúde aptos a monitorar o cumprimento de suas obrigações. Com efeito, infere-se que há um dever específico governamental de propiciar a formulação de indicadores de saúde, mediante a instituição de sistemas de informação, pois são ferramentas insubstituíveis na avaliação da atuação estatal nesse campo. Ressalta-se, portanto, a assertiva da Organização Mundial de Saúde e do Alto Comissariado das Nações Unidas (2009) para os Direitos Humanos: estabelecer indicadores e metas é decisivo na formulação e implementação de estratégias para assegurar o desfrute do mais alto nível possível de saúde física e mental. Em virtude da relevância do papel desempenhado pelos indicadores e metas para o monitoramento da saúde, será esse o tema a ser tratado a seguir.

5 MONITORANDO A IMPLEMENTAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: A FUNÇÃO DOS INDICADORES E METAS

Os indicadores e as metas são instrumentos relevantes para monitorar a atuação estatal no campo da saúde. Segundo Pereira (2007, p. 435), indicador de saúde *tem a conotação de revelar a situação de saúde de um indivíduo ou da população.*

Os principais indicadores de saúde são: mortalidade, morbidade, indicadores nutricionais, indicadores sociais, indicadores ambientais, e indicadores positivos de saúde (PEREIRA, 2007). Conforme Asher (2004), as metas são definidas como objetivos ou alvos a serem alcançados em data futura. Metas nacionais e internacionais estabelecem o padrão de avaliação das medidas progressivas na implementação do direito à saúde, por exemplo, a redução em 2/3 da mortalidade infantil, compreendendo crianças com menos de cinco anos, entre 1990 e 2015, é uma das metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (NAÇÕES UNIDAS, 2007).

Os indicadores de saúde conjugados com as metas preestabelecidas aplicam-se, de forma diferenciada, na monitoração de obrigações de conduta e de resultado, também denominadas de medidas de política e medidas progressivas, respectivamente. Quanto às últimas medidas, importa assinalar que exigem a desagregação dos dados por categorias, tais como gênero e raça, pois é imprescindível que reflita a real situação de grupos vulneráveis e minorias (ASHER, 2004).

As obrigações de conduta ou medidas de política se referem àqueles deveres governamentais focados nas políticas públicas prioritárias, requerendo ações que possibilitem a fruição do direito à saúde. Exemplificando, pode-se mencionar a obrigação de estabelecer um plano de ação para a redução da mortalidade materna. As obrigações de resultado ou medidas progressivas dizem respeito a resultados mensuráveis, que podem ser influenciados por diversos fatores, tais como nível econômico e de desenvolvimento. Nesse caso, reclama-se dos Estados o alcance de metas específicas, como a redução da mortalidade materna (ASHER, 2004). Assim, verifica-se que as duas obrigações podem partilhar do mesmo objeto – mortalidade materna –, sendo que uma obrigação é de ação e a outra concerne à consecução de determinado alvo.

A Organização Mundial de Saúde e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (2009) apresentam distinta classificação para os indicadores da saúde: indicadores estruturais, que se referem à aceitação dos padrões dos direitos humanos internacionais; de processo, que compreendem os esforços feitos pelos Estados para o atendimento daqueles padrões; e os de resultado, que refletem os resultados dos esforços empreendidos sob uma perspectiva populacional. Como exemplo, o número de tratados internacionais de direitos humanos que preveem o direito à saúde que um Estado ratificou é um indicador estrutural, a proporção de nascimentos atendidos por profissionais de saúde habilitados é um indicador de processo, e, por fim, o coeficiente de mortalidade materna seria um indicador de resultado (OMS ..., 2009).

Monitorar o direito à saúde importa um processo que compreende três estágios: identificação dos tipos de informação relevantes e como obtê-las, coleta de informações e sua análise. O monitoramento de obrigações de conduta é realizado por meio do levantamento e análise da legislação nacional, documentos relativos a políticas públicas e do orçamento público. Podem ser insertos na avaliação de obrigações de conduta os indicadores de processo que refletem o processo por meio do qual se objetiva atingir efeitos em saúde, tais como indicadores concernentes à atenção pré-natal e ao parto, ou seja, *as proporções de gestantes que fazem pré-natal, das que têm a primeira*

consulta no trimestre inicial de gravidez e das que alcançam um número mínimo de consultas de rotina. (ASHER, 2004). Nesse caso, o monitoramento da atuação estatal se dá mediante a análise da execução dos serviços de saúde.

As obrigações de resultado são aferidas mediante bases estatísticas e indicadores de saúde. Na hipótese dos indicadores de serviços de saúde, destacam-se, quanto às obrigações dessa natureza, os indicadores de resultado, porquanto são sensíveis para aferir o impacto das iniciativas estatais, como políticas, programas e serviços, na saúde individual e populacional (ASHER, 2004).

A utilização de indicadores de saúde no monitoramento do direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental deve ser passível de desagregação, ou seja, para que uma informação seja importante para a avaliação do cumprimento do direito à saúde pelos Estados é essencial que revele a diferença entre grupos populacionais, com particular sensibilidade para captar os grupos vulneráveis. Os dados desagregados podem tornar visíveis tratamentos diferenciados de grupos populacionais, e, ainda, fatores de risco, exposição, manifestação, frequência de doenças específicas, assim como a responsabilidade governamental correlata a tais aspectos (ASHER, 2004).

O uso de dados estatísticos na avaliação e monitoramento do direito à saúde desempenha papel fundamental, incluindo o monitoramento de violações atuais, bem como de indicadores que possam identificar violações potenciais. Tal utilização implica o recurso a dados primários e secundários. Segundo Pereira, os dados primários são coletados, especificamente, para o propósito do estudo. Os secundários são aqueles já existentes e reutilizados com outro propósito. (PEREIRA, 2007).

As obrigações de conduta ou as de resultado implicam o monitoramento por meio de indicadores de saúde e metas. As metas são os objetivos que os Estados devem alcançar para se chegar a determinado nível de saúde individual e populacional, e os indicadores de saúde são essenciais para a avaliação das práticas estatais concernentes às obrigações de proteger, respeitar e realizar o direito à saúde, visto que desvelam a situação de

saúde de um indivíduo ou da população. Com efeito, a Organização Mundial de Saúde e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (2009) sublinham em documento de elaboração conjunta sobre o direito à saúde que a identificação de indicadores auxilia a avaliação dos estágios alcançados pelos Estados com vistas ao atendimento de suas obrigações.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conteúdo do direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental não é de fácil determinação, pois o estado de saúde individual ou populacional entrelaça-se com uma gama de fatores. O Comitê sobre Direitos Sociais, Econômicos e Culturais das Nações Unidas na Recomendação Geral n. 14, de 2000, enfrentou a árdua tarefa de tentar delinear os contornos de tal direito, estabelecendo uma série de parâmetros facilitadores de sua compreensão, tais como a tipologia das obrigações estatais: respeito, proteção e realização, assim como os elementos do direito à saúde: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade. Nesse marco conceitual inserem-se as obrigações essenciais e o papel que os indicadores de saúde e metas desempenham.

[...] a materialização do direito à saúde da população traz como consequência para o ente estatal a obrigação de se abster de estabelecer via ações, políticas ou leis, medidas que impeçam o acesso da população a instalações, bens e serviços de saúde.

O delineamento do conteúdo do direito à saúde, contido na Recomendação Geral, é de grande valia para os aplicadores do Direito, formuladores de políticas públicas e atores da sociedade civil organizada, pois a apreensão prática da amplitude do significado do direito à saúde enseja dúvidas. Dessa forma, todos que lidam com o direito à saúde, seja sob a perspectiva jurídica ou não, têm o conteúdo da Recomendação Geral como um norte, um guia rico e essencial para pautar sua ação. Assim, este trabalho tem como intuito último divulgar a interpretação que o Comitê das Nações Unidas conferiu ao art. 12 do Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais,

por entender que esse é um dos meios de contribuir para a afirmação da concepção de que a disponibilização e o acesso a bens e serviços de saúde não são passíveis de serem submetidos a uma lógica mercadológica, porquanto consistem num direito humano, cuja obrigação de garantir é irrefutavelmente do Estado.

Igualmente, reconhece-se que, a despeito dos recursos em saúde serem escassos, os Estados detêm determinadas obrigações mínimas, que devem ser imediatamente adimplidas. Consequentemente, os Estados-Partes, no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, encontram-se juridicamente vinculados a tais obrigações, sob pena de incorrerem em violação de compromisso internacional. Portanto, as obrigações essenciais podem servir de parâmetro, na esfera nacional, para aferir o conteúdo do direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988, assentando o conjunto de ações, bens e serviços de saúde que devem ser imediata e obrigatoriamente fornecidos e efetivados pelo Estado brasileiro, exemplificando: medicamentos essenciais, adoção e implementação de uma estratégia e plano de saúde de estatura nacional, e distribuição equitativa de instalações, bens e serviços de saúde.

As obrigações essenciais, tais como o direito à alimentação básica, moradia, condições sanitárias e água potável, revelam as condições materiais mínimas que tornam a vida humana digna. Muito se diz sobre a dificuldade de se concretizar a abstração que permeia a noção de dignidade humana, entretanto, é intuitivamente perceptível que os elementos constituintes das obrigações essenciais podem ser considerados como o conteúdo tangível da dignidade humana, na medida em que sua substância intangível sustenta-se em valores de outra ordem, como honra, autonomia, liberdade e privacidade.

O monitoramento da atuação dos Estados no campo da saúde, relacionada

a obrigações de conduta ou de resultado, requer a existência de indicadores de saúde e metas. Sendo assim, os indicadores e metas são de extrema relevância para que se possa avaliar e acompanhar a implementação de políticas e programas, seus resultados, assim como o impacto de serviços no estado de saúde de indivíduos e da população. Esse papel é mais importante ainda quando se trata do monitoramento das obrigações essenciais, principalmente no que diz respeito às ações previstas no plano e na estratégia nacional de saúde, pois sem informações em saúde confiáveis ou metas preestabelecidas, o controle das ações estatais não é factível. Somente por meio da avaliação e da verificação de alterações positivas no estado de saúde individual ou populacional pode-se determinar se um Estado assumiu, de fato, o compromisso de assegurar o direito de toda pessoa desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental.

Por fim, cabe esclarecer que este trabalho tem cunho eminentemente informativo e descritivo, pois seu escopo é expositivo no que tange ao conteúdo da Recomendação Geral n. 14 do Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas. Não houve o intuito de problematizá-lo ou apresentar uma explanação analítica. Igualmente, pretendeu-se lançar luz sobre a importância das obrigações essenciais para se definir quais são os deveres irrefutáveis do Estado na área da saúde, e do uso dos indicadores e metas no monitoramento e avaliação da ação governamental, o que revela a matriz interdisciplinar dos estudos sobre o direito humano à saúde.

em: 29 maio 2009.

PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

TARANTOLA, D. et al. *Human rights, health and development*. Sydney: The UNSW Initiative for Health and Human Rights; University of New South Wales, 2008. (Technical Series Paper).

Artigo recebido em 2/7/2009.

Artigo aprovado em 2/11/2009.

NOTAS

- 1 Esse ponto não foi abordado neste trabalho, em virtude de ter sido feito um recorte cujo foco é a atuação do Estado na materialização do direito à saúde. O documento na íntegra encontra-se disponível, em inglês e espanhol, no sítio [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument)
- 2 O Comitê sobre os Direitos das Crianças das Nações Unidas aborda determinadas problemáticas relativas ao art. 24 no Comentário Geral n. 4, sobre saúde do adolescente, e no n. 3, que trata do tema HIV/AIDS e os Direitos das Crianças. Consultar: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/comments.htm>.
- 3 Segundo o art. 16 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais todos os relatórios serão apresentados ao Secretário Geral das Nações Unidas para que sejam examinados conforme o disposto no referido Pacto, que enviará cópias ao Conselho Econômico e Social e a organismos especializados.

REFERÊNCIAS

- 25 *QUESTIONS réponses sur la santé et les droits humains*. Geneve: OMS, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionFrench.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2009. (Série Santé et Droits Humains, n. 1).
- ASHER, J. *The right to health: a resource manual for NGOs*. Londres: Commonwealth Medical Trust, 2004.
- COMITÊ dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Observación general n. 14, 2000. *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Disponível em: <www.un.org>. Acesso em: 23 jan. 2009.
- NAÇÕES UNIDAS. *Carta das Nações Unidas*. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br/doc5.php>>. Acesso em: 1 jun. 2009.
- _____. *Nations Millenium Goals*. Disponível em: <<http://www.un.org/millenniumgoals/childhealth.shtml>>. Acesso em: 1 jun. 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS. *The right to health*. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/>> Acesso em: 2 jun. 2009.
- PAHO, Pan American Health Organization. *Declaración de Alma-Ata*. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>. Acesso

Aline Albuquerque S. Oliveira é advogada da União e coordenadora de Legislação e Normas do Ministério da Saúde em Brasília-DF.