

OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO E O DIREITO À SAÚDE: UMA BREVE REFLEXÃO*

THE GOALS OF MILLENNIUM DEVELOPMENT AND THE RIGHT TO HEALTH: A BRIEF REFLECTION

Edith Maria Barbosa Ramos^{**}

Amanda Silva Madureira^{***}

Jaqueline Prazeres de Sena^{****}

RESUMO

O presente artigo objetiva refletir sobre a construção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e as implicações do direito à saúde na região das Américas. Desenvolveu-se uma breve análise contextual do panorama de saúde na região das Américas e das diferentes perspectivas do direito à saúde. Destacaram-se os ODM diretamente vinculados à temática da saúde e sua intrínseca relação com questões econômicas e sociais. Concluiu-se que os ODM se constituíram como instrumentos decisivos na compreensão dos interesses e racionalidades que marcaram o processo de configuração das políticas públicas de saúde nos primeiros 15 anos do século XXI.

* Artigo recebido em: 10/07/2016.

Artigo aceito em: 01/11/2016.

Artigo desenvolvido no Núcleo de Estudos em Direito Sanitário/UFMA

****** Professora adjunta do Departamento de Direito da UFMA. Professora e Pesquisadora da Universidade CEUMA. Professora do IMEC. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário/UFMA. Professora do Mestrado em Direito e Instituições do Sistema de Justiça/UFMA. Mestre em Direito/UFMG. Doutora em Políticas Públicas/UFMA. Pós-Doutora em Direito Sanitário pela FIOCRUZ/UnB. Universidade Federal do Maranhão. Maranhão – MA. **E-mail:** edithramosadv@yahoo.com.br

******* Professora da Universidade CEUMA. Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário/UFMA. Mestre em Direito/UFSC. Maranhão - MA **E-mail:** madureira.amanda@gmail.com

******** Professora assistente do Departamento de Direito da UFMA. Professora e Pesquisadora da Universidade CEUMA. Professora do IMEC. Membro do Núcleo de Estudos em Direito Sanitário/UFMA. Mestre em Direito/UFMG. Maranhão – MA. **E-mail:** jaququesena@gmail.com

Palavras-Chave: Direito à Saúde; Objetivos de Desenvolvimento do Milênio; Valores éticos

ABSTRACT

This article aims to reflect on the construction of the Millennium Development Goals (MDGs) and the implications of the right to health in the Americas. We developed a brief contextual analysis of the health scenario in the Americas and the different perspectives of the right to health. They stood out the MDGs directly related to health theme and its intrinsic relationship with economic and social issues. It was concluded that the MDGs constituted as key instruments in understanding the interests and rationales that marked the process of setting public health policies in the first 15 years of the twenty-first century.

Key Words: Right to health; Millennium Development Goals; ethical values

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

2 NOTAS INICIAIS SOBRE O PANORAMA E PERSPECTIVAS DA SAÚDE NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

3 OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO (ODM) E A QUESTÃO DA SAÚDE

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 REFERÊNCIAS

1 INTRODUÇÃO

Diferentes autores demonstram (BUSS; FERREIRA, 2011) que os países latino-americanos, embora vivenciem circunstâncias jurídico-político assemelhadas, possuem diferentes arranjos domésticos e estruturais. Nesses estados os modelos de organização e de relação entre o legislativo, judiciário e o executivo apresentam especificidades significativas, assim como as organizações da administração pública e o funcionamento da burocracia civil apresentam-se com estrutura e significados próprios. Essas circunstâncias implicam uma diferença determinante da forma como os impactos das políticas internacionais atuam sobre os Estados e seus agentes políticos. Assim, nesses países, a natureza dos grupos de interesse domésticos, os objetivos políticos das elites e as restrições do sistema internacional exercem fortes influências sobre o processo decisório interno.

O deslocamento cada vez maior dos debates e decisões para fóruns internacionais traz uma série de implicações na questão da democracia interna. Para os países em desenvolvimento, em particular, a tomada de decisões seria realizada cada vez mais em fóruns internacionais ou moldada pelas imposições de agências, organismos e regimes internacionais comandados pelos estados centrais.

Deve-se reconhecer que o significado mais amplo e geral da mundialização refere-se à crescente conexão e interdependência – dos países – em escala mundial, sendo que esta conexão é multidimensional, pois abrange aspectos de segurança, economia e bem-estar, ecologia, cultura e valores de todas as espécies, notadamente, para os fins desse artigo, sanitários.

Pode-se dizer, ainda, que um bom sistema de regulação e controle sanitário é importante para uma política de bem-estar social e, também, que, nos países em desenvolvimento há lógica de minimização em favor da competitividade econômica. Em termos econômicos (ARAUJO, 1975), essa minimização favorece os países centrais que têm instituições mais fortes e melhor estruturas, motivo pelo qual seus produtos gozam de credibilidade adicional no mercado internacional.

Por outro lado, a demonstração da impossibilidade de universalização do direito à saúde e de democratização do acesso aos serviços públicos de saúde em uma economia de mercado (ARAUJO, 1975), reduz drasticamente a possibilidade de concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

A inconsistência da concepção de que seja viável a ampliação, qualificação e humanização da atenção ao direito à saúde nos países em desenvolvimento representa outro elemento de grande interesse, pois entende-se que somente com a compreensão do processo de globalização da economia de mercado poder-se-á identificar os interesses e racionalidades que determinaram e determinam a configuração das diretrizes internacionais para a América Latina, no âmbito da saúde.

Percebe-se como fundamental a ponderação da atuação das instituições envolvidas e a real participação dos Estados nacionais. Nesse desiderato, torna-se imprescindível compreender e analisar os fundamentos do direito à saúde e dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Percebe-se que, não raro, os países em desenvolvimento têm fracassado no processo de solução dos problemas de saúde decorrentes da pobreza, pois não conseguem desenvolver uma política econômica e social de forma equitativa (JARDANOVSKI; GUIMARÃES, 1993) capaz de reduzir as imensas desigualdades entre pobres e ricos (seja entre os países ou entre os habitantes de um mesmo país).

As sociedades de maior desenvolvimento socioeconômico apresentam uma situação sanitária melhor que as sociedades menos desenvolvidas. Desta feita, parte-se do terreno empírico em que se configura a demonstração de que o nível de renda, dentre as várias dimensões da situação socioeconômica da saúde, é considerado como um macrodeterminante importante da qualidade sanitária da população.

Diante do exposto, uma pesquisa sobre as concepções de direito à saúde que articulem os princípios da igualdade e da universalidade (numa perspectiva que contemple a ideia de bem público global) no âmbito da definição das diretrizes políticas sanitárias para a Região das Américas pode trazer contribuições no que se refere à problematização de um tema de abrangência internacional, que se insere na própria constituição da conjuntura normativa mundial ao aprofundar a discussão teórica sobre os organismos internacionais e as determinações, resultado de acordos entre os Estados-Membros, que ainda se apresenta incipiente no âmbito jurídico acadêmico, mas que envolve evidente atuação de diversos setores nacionais e internacionais da arena dos direitos humanos, e notadamente, de direitos sociais.

Neste desiderato abordou-se o processo de construção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), ressaltando as dificuldades na efetivação e as possibilidades da reformulação das metas e instrumentos.

2 NOTAS INICIAIS SOBRE O PANORAMA E PERSPECTIVAS DA SAÚDE NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

O panorama de saúde na Região das Américas é caracterizado pela coexistência de danos devido a doenças transmissíveis, doenças crônico-degenerativas, violência, traumatismo, doenças profissionais e doenças mentais¹ (OPAS, 2007). Estas últimas substituíram as doenças transmissíveis como principais causas de morbimortalidade em todos os países. Entre as doenças transmissíveis continuam as ameaças tradicionais, como a malária, surgiram novas ameaças (como o HIV/AIDS), outras voltaram com bastante força (como a tuberculose) e as características de alguns agentes mudaram bastante, tais como os vírus da influenza, cujas variantes são capazes de provocar uma pandemia de graves consequências (OPAS, 2007) (LIMA, 2002) (NUNES, 2003).

Em paralelo, subsiste um grupo de doenças que atingem de forma desproporcional os países em desenvolvimento e que são uma consequência da pobreza e estão, em geral, estigmatizadas². Mesmo demonstrando que essas doenças sejam objeto de prevenção e cura, com medicamentos de fácil administração, seu controle ainda não deixou de ser um grande desafio para a Região (CEPAL, 2005a) (LIMA, 2002).

Observaram-se melhorias na maioria dos indicadores de saúde convencionais³, notadamente quando se trata de médias nacionais, a principal característica da Região é a imensa diferença que os indicadores apresentam entre os países, ou mesmo no interior de cada um deles. As desigualdades em saúde estão relacionadas a importantes diferenças geográficas, de idade, gênero, etnia, educação e distribuição de renda (CEPAL, 2005a).

Os processos de reforma do setor da saúde promovidos na década de 90 na América Latina e no Caribe concentraram sua atenção em aspectos financeiros e organizacionais, deixando em segundo plano os aspectos essenciais da saúde pública (PELLEGRINI FILHO, 2004). Esses processos amainaram o papel do Estado em áreas fundamentais, o que demarcou

¹ KOHN, R. et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. **Revista Panamericana de la Salud Pública**, v. 18, n. 4/5, 2005. Indica que “[...] la actual brecha en el tratamiento de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe sigue siendo abrumadora y se estima que el número de personas con estos trastornos en la Región de las Américas aumentará de 114 millones en 1990 a 176 millones en 2010.” (OPAS, 2007, p. 235).

² La comunidad internacional ha acuñado la expresión enfermedades desatendidas para referirse a estas enfermedades. En las Américas, estas enfermedades se agrupan como sigue: a) en barrios pobres: elefantiasis, lepra y leptospirosis; b) en zonas rurales: fiebre de caracoles (esquistosomiasis), fasciolosis, kala-azar y leishmaniasis cutánea, enfermedad de Chagas, cisticercosis, triquinosis y peste; c) en algunas comunidades indígenas: ceguera de ríos (oncocercosis) y enfermedades parasitarias de la piel (escabiosis, pulgas de arena y hongos) y d) en la mayoría de las poblaciones pobres: ascariasis, uncinariasis y tricurosos (helminthosis transmitidos por contacto con el suelo) (OPAS, 2007).

³ En América Latina y el Caribe, en el período de 1980 a 2005 la mortalidad infantil pasó de 56,6 a 24,8 por 1.000 nacidos vivos (CEPAL. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago, 2005b).

um declínio sustentado da capacidade do Ministério da Saúde para o exercício da sua função condutora e do desenvolvimento das funções essenciais da saúde pública (CEPAL, 2005a).

Parece de menor importância, mas a problemática da saúde transita, inicialmente, por sua própria definição. O conceito de direito a saúde está longe de suscitar consenso. Fala-se de direito à saúde, direito à assistência sanitária, direito à proteção da saúde, direito a gozar de um nível adequado de saúde ou direito ao máximo nível possível de saúde e o direito ao mínimo decente de assistência sanitária (AÑÓN, 2009). Entende-se que essas formulações estritas, cada uma dessas denominações tem alcance e significado bastante diversos, o que por consequência modifica decisivamente a perspectiva de saúde a ser aplicada (DALLARI, 1988). O direito, também impõe uma pluralidade de significações, e como expressa Ramos (2003, p. XVIII):

A angústia de uma definição única, universal e concisa do direito, na abrangência de suas manifestações, assinala as essências que fazem do direito uma realidade diferente das demais, purificada do contexto social inerente à sua própria natureza. O conceito de direito não é unívoco e nem equívoco, é análogo, na medida em que vincula realidades conexas ou relacionadas entre si. O termo direito pode aplicar-se à norma, à ideia de autorização da norma, à qualidade do que seja justo, entre outros, designando tantos conceitos quantos se façam necessários à definição de certa realidade.

Além disso, os documentos jurídicos internacionais sobre direitos humanos possuem uma força ética sobre os Estados, na medida em que, segundo Piovesan:

Em face das atrocidades cometidas durante a Segunda Guerra Mundial, a comunidade internacional passou a reconhecer que a proteção dos direitos humanos constitui questão de legítimo interesse internacional, os direitos humanos transcenderam e extrapolam o domínio reservado do Estado ou a competência nacional exclusiva. São criados parâmetros globais de ação estatal, que compõem um código comum de ação, aos quais os Estados devem se conformar, no que diz respeito à promoção e proteção dos direitos humanos (PIOVESAN, 2011, p. 57).

Os textos e declarações jurídicas de âmbito internacional alçaram o direito à saúde à categoria de direito humano fundamental (DALLARI, 1988). O direito à saúde está expressamente previsto em diferentes instrumentos normativos internacionais, tais como na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946), na Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), na Convenção sobre os Direitos das Crianças (1989) dentre outros (RAMOS, 2014).

A definição de saúde mais conhecida e citada é a da OMS. Esta definição foi aprovada em 1948 e até o presente momento não apresentou emendas ou modificações, o que demonstra a necessidade da afirmação do direito à saúde como bem público global (RAMOS, 2014). Embora se reconheça que as críticas apresentadas à definição de saúde construída pela

OMS sejam, em parte, justificadas, a OMS foi extremamente feliz quando enfatizou aspectos como a proteção e a promoção da saúde, bem como quando abandonou uma visão puramente medicamentalizada de saúde (CARBONELL, 2008).

Assim, a partir da análise desse conceito, entende-se que a saúde implica também a existência de condições para o desenvolvimento das pessoas, bem como se torna imprescindível a redução da violência, a eliminação da pobreza, a redução do desemprego, a conservação do meio ambiente, dentre outras questões socioeconômicas. Em outras palavras, significa atender a existência de uma correlação entre a saúde das pessoas e o desenvolvimento socioeconômico do Estado. Dallari e Nunes Júnior (2010, p. 10) ressaltam que,

Outro importante ponto posto em evidência pelo Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde acentua a saúde como um bem jurídico de desenvolvimento. É o que se constata no seguinte trecho: a extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para a mais ampla realização da saúde. Com efeito, a horizontalização dos benefícios da evolução tecnológica e do saber científico constitui pressuposto para a preservação do estado de saúde. É oportuno lembrar que em vários momentos históricos a erradicação de pandemias sobreveio em virtude de novas descobertas científicas. E aqui não exclusivamente os fármacos, mas a tecnologia em saúde como um todo. Não há como se pensar em um indivíduo inserido socialmente sem que possa compartilhar dos benefícios da evolução científica para a proteção ou recuperação de seu estado de saúde. Isso evidencia alguns dilemas, como, por exemplo, a contraposição das patentes (vistas, também, como incentivo ao investimento em pesquisa) e o direito de universalização do acesso a novas formas de tratamento.

Esta concepção de saúde se opõe a qualquer fundamentação baseada exclusivamente na separação saúde/doença, por entender que o conceito de saúde não se reduz à ausência de doença. E, além disso, destaca a necessidade de conduzir a efetivação do direito à saúde (SARLET, 2007) através de estratégias para sua proteção e promoção, ou seja, que não esteja reduzida meramente a perspectiva de recuperação da saúde.

Além disso, deve-se reconhecer que o direito à saúde abarca uma ampla gama de fatores socioeconômicos que tem por finalidade promover as condições que permitam que qualquer pessoa possa levar uma vida saudável (BUCHANAN, 1984), e faz com que esse direito seja estendido em sua vinculação com os determinantes subjacentes da saúde, quais sejam: como alimentação e nutrição, a moradia, o acesso à água limpa e potável e as condições sanitárias adequadas, condições de segurança e higiene de trabalho e um meio ambiente saudável, para citar alguns.

Deve-se assumir que o direito à saúde é um direito complexo, pois expressa uma série de elementos distintos, embora conectados entre si, ou seja, pode ser percebido como o direito que tem o indivíduo de não sofrer danos, em sua saúde provocada por terceiros, sejam

pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas; o direito a que o Estado promova uma série de medidas e políticas de proteção e promoção da saúde pública, meio ambiente e seguridade social e que sejam criadas condições para que à saúde das pessoas não sejam ameaçadas e por fim, o direito de assistência sanitária (AÑÓN, 2009). E nesta perspectiva, em terceiro lugar, efetivamente, se o direito à saúde abarca todos estes elementos, não resta dúvida de que este direito deve ser concebido como universal em sua titularidade.

Para autores como Daniels (1981, p. 149), a justiça em saúde significa proteger as oportunidades dos indivíduos, considerando que os recursos públicos são finitos, mas as demandas em saúde são infinitas. Essa questão de alocação de recursos reforça a ideia de que o Estado deve determinar, por meio de políticas de saúde, as demandas caracterizadas como necessárias e legítimas. Desta feita, independentemente do tipo de sistema de saúde de determinado país, existe um fator presente em todos eles mesmo que de maneira não declarada: o estabelecimento de prioridades em virtude de recursos escassos, estabelecidas de acordo com as oportunidades de gozo de uma vida produtiva pelas pessoas.

Segundo essa concepção, o debate se desloca para a inevitabilidade de haver alocação de recursos em saúde e o desafio é realizá-lo de maneira justa. Ao se avaliar se a definição de prioridades é arbitrária; se é feita sem considerar as necessidades reais dos pacientes; se é transparente, para que as pessoas afetadas por elas saibam por que são feitas, os países se deparam com o problema da legitimidade, ou seja, com a questão da aceitabilidade dos limites impostos pela população (DANIELS, 1981). Tal legitimidade apenas poderia ser alcançada, a fim de se garantir a alocação justa de saúde, se a política estiver desenhada em consonância com quatro elementos fundamentais: ser pública, relevante, regulada pelo Estado e passível de contestação.

Percebe-se que os documentos internacionais consagram um núcleo de valores comuns, compreendidos em conjunto, mas com diferentes formas de realização nas diversas culturas. Percebe-se, ainda, que os dilemas humanos compõem-se de uma moralidade mínima, e que é na qualidade de membro de uma determinada comunidade que os indivíduos gozam de seus direitos. Desta feita, a distinção entre moralidade mínima e máxima concilia direitos universais com uma posição particularista. Esse dualismo passa a ser elemento interno marcante da moralidade, que advém da própria caracterização da sociedade humana (que é universal por ser humana e particular por ser sociedade) (HONÓRIO, 2011).

Entende-se que os direitos sociais, como qualquer outro direito humano, são universais, inclusive em relação a seus titulares (CONTRERAS PELÁEZ, 1994). Em certos

casos, talvez na maior parte, a universalidade em relação à titularidade se estenda, sem maiores restrições, a todos os seres humanos. Em outros, a universalidade em relação à titularidade alcance a um grupo específico, mas independente destas considerações os direitos sociais são sempre universais em relação aos seus titulares, mesmo quando se adota o conceito mais comum de universalidade.

De outra parte, entende-se que os direitos humanos enquanto direitos fundamentais possuem uma dimensão subjetiva e uma dimensão objetiva. Nesta perspectiva percebe-se que o elemento prestacional é parte da dimensão subjetiva do direito, mas a dimensão objetiva dos direitos fundamentais supõe uma obrigação do Estado com determinados valores e com a promoção das condições necessárias para que estes direitos possam ser efetivados (MEZZAROBA; STRAPAZZON, 2012).

Um Estado no qual um grupo significativo de pessoas se encontre impossibilitado de realizar necessidades básicas demonstra a fragilidade dos direitos naquele espaço. Não interessa que o responsável possa ser identificado ou se a fragilidade configura-se como estrutural; o que ocorre é a demonstração da incapacidade do Estado em cumprir suas obrigações básicas, seja pela opção pelo modo de produção, seja pela existência de desigualdades socioeconômicas, seja pelo alto grau de exclusão social, em outras palavras, depende das prioridades que o Estado tenha elegido.

As organizações internacionais reproduzem, em parte, o jogo político que domina a ordem mundial, mas não podem ser entendidos apenas como órgãos de sustentação de uma certa ordem mundial ou mero reflexo dos interesses econômicos e políticos de determinados governos hegemônicos (POLANYI, 2000). Assim, para que se possa compreender a construção das diretrizes das políticas de saúde para o mundo e, notadamente, para a Região das Américas, torna-se fundamental conhecer a estrutura e o funcionamento da Organização das Nações Unidas (ONU) e de suas organizações especializadas, sejam aquelas que se caracterizam pela cooperação em âmbito social, assim, como aquelas de âmbito econômico.

A ONU desponta como a principal organização internacional, trabalha com questões que abordam desde o desenvolvimento sustentável, o meio ambiente, a proteção dos refugiados, socorro no caso de desastre, a luta contra o terrorismo, o desarmamento, a promoção da democracia, os direitos humanos, a igualdade de gêneros, o desenvolvimento econômico e social, a remoção de minas terrestres, a expansão da produção de alimentos e, no caso presente, a saúde internacional. Nesse último caso, deve-se destacar, ainda, a atuação da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), como principais referências para a consecução

ISSN 1980-8860

dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) na temática da saúde, objetos de análise do capítulo que segue.

3 OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO (ODM) E A QUESTÃO DA SAÚDE

Entende-se o direito à saúde como um bem público global como questão universal e prioritária, capaz de conduzir o processo de diminuição das desigualdades sociais (RAMOS, 2014). O direito à saúde constitui marco contextual capaz de irradiar ideias e recursos na busca por equidade (PELLEGRINI FILHO, 2004) no mundo e, em especial, na Região das Américas.

Assim, com o objetivo de analisar os limites e possibilidades dos organismos internacionais interferirem e/ou modificarem o processo de normatização e implementação de metas para políticas públicas de saúde para Região das Américas torna-se fundamental identificar e avaliar os principais instrumentos (resultado de consenso) que marcaram/demarcaram a moldura e as perspectivas para o futuro da Região na superação das iniquidades em saúde (RAMOS, 2014).

A temática da saúde é pluridimensional. Direito humano compreendido como instrumental simultaneamente individual e social (RAMOS, 2014). A saúde tem sua efetividade limitada por circunstâncias naturais e socioeconômicas, mas ao mesmo tempo é elemento capaz de desencadear um processo de modificação de posturas e ações dos indivíduos, da sociedade, dos governos dos Estados nacionais e das organizações internacionais na melhoria da qualidade de vida das populações (PELLEGRINI FILHO, 2004).

Nesta perspectiva, o direito à saúde insere-se na categoria de direito humano social, constituído por um conteúdo adaptável as necessidades do seu tempo, ou seja, caracterizado por um conteúdo aberto, vinculado à realidade histórica e dotada de plasticidade (RAMOS, 2014). Qualifica-se plasticidade o caráter de maleabilidade do direito à saúde, em outras palavras, a capacidade de adequação de seu sentido às situações concretas do cotidiano (RAMOS, 2014).

Diante de disso, torna-se imprescindível compreender a possibilidade de concretude dos ODM e sua articulação com os princípios da igualdade e da universalidade do direito à saúde traçados pela Declaração do Milênio.

Em setembro de 2000, representantes de 189 países se reuniram na cidade de Nova Iorque para a Conferência do Milênio, convocada pelas Organizações das Nações Unidas, e elaboraram a Declaração do Milênio, instrumento consensual que deu origem a formulação dos

ODM. Estes objetivos constituíram parte de uma série de iniciativas empreendidas pelos governos nacionais, pelo sistema das Nações Unidas e pelas instituições internacionais de financiamento direcionadas a redução da pobreza no mundo (TORRES; MÚJICA, 2004, p. 430).

A construção da Declaração do Milênio e, como consequência, a formulação dos ODM demonstraram, uma vez mais, concretamente a universalidade dos direitos humanos. A fixação que o valor dos direitos humanos não é relativo a uma cultura determinada e, que independente da origem histórica e geográfica do indivíduo, há um mínimo ético aceitável por toda a humanidade. Este anseio ético é o princípio que promove a expansão dos direitos em seu movimento universal, ou seja, para Segato (2006) o fundamento dos direitos humanos não é outra coisa senão uma ética da insatisfação, encontrável entre os cidadãos de qualquer nação.

Assim, a universalidade dos direitos humanos está reforçada na universalidade dos ODM, na medida em que todos os seres humanos são titulares de determinados direitos que representam o consenso ético das nações democráticas. As desigualdades econômicas e sociais entre os povos e entre os indivíduos, resultado do processo estrutural de configuração do poder, ressalta a importância dos ODM, como representação do interesse mundial pela erradicação da pobreza e pela redução das desigualdades (REZENDE, 2008).

Neste diapasão, observa-se a importância da atuação dos organismos internacionais na temática da saúde e a funcionalidade transversal dos ODM, como indicativo normativo que se configurou a partir de um longo processo de debates e articulações que foram se esculpindo a partir de conferências da ONU e de suas organizações especializadas.

Entre as cúpulas que demarcaram o processo de construção dos ODM podem ser destacadas a Conferência Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, celebrada no Brasil em setembro de 1992; a Conferência Internacional sobre a Mulher, celebrado em Pequim/China, em setembro de 1995; a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo/Egito, em setembro de 1994.

Bem como, a Conferência Mundial sobre Desenvolvimento Social, realizada em Copenhague/Dinamarca, em março de 1995; a Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, Xenofobia e as Formas Conexas de Intolerância, celebrada em Durban/República Sul Africana, em agosto de 2000; entre outras.

Observa-se que essas conferências serviram para que as agências e as instituições competentes dos governos nacionais se aprofundassem em temas relacionados aos direitos sociais (em especial, a saúde), ao desenvolvimento sustentável e a proteção do meio ambiente,

numa única expressão ao reconhecimento dos direitos humanos (TORRES; MÚJICA, 2004, p. 430).

Concretamente, os ODM, representaram o resultado mais visível de um conjunto de iniciativas que caracterizaram a década de 1990. Os ODM são a demonstração do estabelecimento de uma vontade política para buscar soluções coordenadas entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento sobre a temática da pobreza no mundo (REZENDE, 2008).

As reuniões de cúpula, acima referenciadas, demonstraram que a pobreza é um obstáculo para o desenvolvimento (SEN, 2000). Além disso, a partir de todas essas reuniões os Estados-membros e os Organismos Internacionais, neste sentido, perceberam o alto grau de interdependência entre os povos e demarcaram a percepção que o desenvolvimento mundial somente seria possível por meio da cooperação entre povos. Os ODM fazem parte desse processo de cooperação entre os povos e representam um avanço diante de todas as conferências anteriormente realizadas, tendo em vista o estabelecimento de objetivos concretos e realizáveis, em um período de tempo previamente estabelecido (SALIL, 2005).

Foram oito temas objeto dos ODM, quais sejam: erradicar a pobreza extrema e a fome; atingir o ensino básico universal; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater a AIDS/HIV, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (SALIL, 2005).

Vinculados aos ODM foram estabelecidas as Metas de Desenvolvimento do Milênio, indicadores precisos para facilitar a implementação e o acompanhamento do cumprimento dos respectivos objetivos (RAMOS, 2014). Nesta perspectiva, observa-se que os ODM superaram o perfil demasiadamente geral e amplo das propostas emitidas em reuniões e conferências anteriores. Além disso, com os ODM ficou definido um horizonte temporal de 15 (quinze) anos, que seria o tempo necessário para alcançar estas mudanças. (TORRES; MÚJICA, 2004, p. 431).

Embora se reconheça que os ODM não podem ser analisados como normas jurídicas *stricto sensu*, tendo em vista que não possuem força coercitiva para obrigar os Estados-membros ao seu cumprimento, deve-se destacar o alto valor ético conformado neste texto da Organização das Nações Unidas, e isto é extremamente significativo para a construção de um consenso internacional (RAMOS, 2014). Além disso, põe em relevo que a violação aos direitos

humanos é um problema universal, de responsabilidade de todas as nações, desta feita as soluções para pôr fim as graves iniquidades sociais devem ser planejadas em conjunto.

Os ODM estavam relacionados com uma perspectiva ética mínima, com possibilidade real de efetivação. Diante do panorama mundial de saúde observa-se que efetivamente alcançar tais objetivos até 2015 seria extremamente difícil, embora, realizável, mas dependia necessariamente de decisões políticas, econômicas e sociais dos estados nacionais e dos Organismos Internacionais (DINIZ; DINIZ, 2009).

Mesmo em sua incompletude, entende-se que os ODM representaram uma aliança mundial para o desenvolvimento, ou no mínimo representaram um marco para o processo de construção de uma sociedade mundial mais sustentável, baseada na igualdade e na universalidade de direitos entre os povos, assentada em planos claros e objetivos, com metas mensuráveis, que demonstrassem uma visão comum de cunho ético e consensual (RAMOS, 2014).

A reação internacional, particularmente, a das organizações do sistema das Nações Unidas e das entidades financeiras internacionais, foi extremamente positiva quanto a constituição dos ODM. Como parte do sistema das Nações Unidas, a OMS e a OPAS participaram de ações no sentido de acompanhar e garantir a efetivação desses objetivos, tanto em escala mundial, quanto em âmbito regional e nacional. No caso especial da OPAS, na Região das Américas.

Observa-se que a OMS e a OPAS outorgaram aos ODM a mais alta prioridade, estabelecendo em suas agendas de cooperação técnica para o quinquênio 2003-2007, assim como para o decênio 2008-2017 um conjunto de medidas para garantir a exequibilidade desses objetivos (TORRES; MÚJICA, 2004).

Os ODM 4, 5 e 6 foram constituídos em associação com a temática da saúde, estavam diretamente ligados ao direito de ter o melhor padrão de saúde física e mental. Estavam, portanto, integrados e relacionados ao direito à saúde. O ODM 4 teve por meta reduzir em dois terços a mortalidade na infância, o ODM 5 teve por escopo a redução da mortalidade materna em três quartos e o ODM 6 teve a pretensão de iniciar a reversão da tendência de proliferação da epidemia de HIV/AIDS, assim como reverter a incidência de malária, tuberculose e de outras doenças (RAMOS, 2014).

Em outras palavras, os três objetivos identificados estão relacionados de forma explícita com os três problemas de saúde mais prementes nas populações vulneráveis, quais sejam: a mortalidade materna, a mortalidade infantil e a infecção por HIV/AIDS.

Na conformação em que foram estruturados os ODM, observa-se que o setor da saúde teve a responsabilidade singular de implementar, monitorar e avaliar as medidas propostas para alcançar as metas formuladas (RAMOS, 2014).

Também esteve sob a competência de o âmbito da saúde cumprir os objetivos associados com outras duas metas: melhorar o acesso aos medicamentos essenciais e reduzir a proporção dos que não tem acesso a água potável. Neste sentido observa-se a consolidação do conceito contemporâneo do direito à saúde, considerado como um direito inclusivo, pois englobante da atenção à saúde e também a temas relacionados, como acesso a água potável e saneamento básico, condições saudáveis de ocupação do meio ambiente, educação e informação relacionada à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, bem como acesso a medicamentos essenciais por baixo custo.

Uma vez identificados os ODM relacionados com o setor da saúde, deve-se fazer uma breve reflexão acerca da factibilidade e a experiência vivenciada no período de vigência, ou seja, os obstáculos e conquistas reais em seu processo de implementação. Na Declaração do Milênio foram estabelecidos para cada indicador os valores que se deveria alcançar num período de 15 anos, ressalte-se que a linha base dada levou em consideração os valores desses indicadores foi a década de 1990.

Dentre as dificuldades observadas para a implementação dos ODM destaca-se a demora para o início de sua implementação em diferentes países, no melhor dos casos, acabou utilizando aproximadamente 20% do tempo estabelecido para o alcance das metas, ou seja, 3 (três) anos (TORRES; MÚJICA, 2004), apenas para iniciar o processo de implementação.

No entanto, deve-se destacar que o tempo não pode ser acusado de obstaculizar a efetivação dos ODM, pois, entende-se que todo projeto, toda agenda, principalmente aquelas que estão atreladas a efetivação de direitos humanos e do desenvolvimento condicionam-se a história, ou seja, ao momento histórico vivenciado (RAMOS, 2014).

O caráter da historicidade explica a dinâmica da construção dos valores humanos e sociais, desmascara a índole evolutiva dos direitos, demonstra que essa evolução é impulsionada pelas lutas em defesa de novas perspectivas. O espaço temporal deve ser visto como o elemento favorável ao processo de construção/reconstrução do planejamento, na medida em que diante dos eventuais erros passados, novos compromissos e ações poderão ser assumidos. Segundo Bobbio (1992, p. 6), os direitos humanos:

Nascem quando devem ou podem nascer. Nascem quando o aumento do poder do homem sobre o homem cria novas ameaças à liberdade do indivíduo ou permite novos remédios para as suas indigências: ameaças que são enfrentadas através de demandas

de limitação de poder; remédios que são providenciados através de exigências de que o mesmo poder intervenha de modo protetor.

Deve-se destacar que os valores estabelecidos para cada um dos indicadores, nos ODM, estão estreitamente ligados ao conhecimento técnico-científico atual, além disso, a sociedade internacional não pode se contentar com índices inferiores aos já alcançados pelos países desenvolvidos, pois se entende que se já alcançados determinados índices em certos países, torna-se possível efetivá-lo em qualquer lugar do planeta (TORRES; MÚJICA, 2004).

Embora os ODM não estabeleçam taxas nacionais, sem fazer explicitamente referência à equidade, de seu espírito se depreende que a prioridade é melhorar as condições de vida das pessoas nos segmentos mais pobres da população, em todas as partes do mundo. Assim, sabe-se que a efetivação dos ODM representa um consenso internacional pela erradicação da pobreza e pela redução das desigualdades em todo o mundo.

Para Ban Ki-mon (UN, 2015) a mobilização global promovida pelos ODM constituiu-se como o movimento histórico de combate à pobreza mais exitoso. Para ele os ODM ajudaram mais de um bilhão de pessoas saírem da pobreza extrema e foram decisivos na formação das políticas e agendas públicas nacionais de enfrentamento às desigualdades sociais, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento.

Por outro lado, Ban Ki-mon (UN, 2015) ressalta que apesar dos avanços conquistados, as desigualdades persistem e o desenvolvimento mundial tem sido desigual. A pobreza continua concentrada em determinadas áreas do mundo. Muitas mulheres ainda morrem durante a gravidez ou devido complicações no parto. O desenvolvimento continua tendente a excluir as mulheres, os mais pobres, os deficientes, os mais jovens e os de minorias étnicas, assim como os habitantes de zonas rurais.

Como relação ao ODM 4 a ONU (UN, 2015) constatou que a taxa de mortalidade global de crianças menores de 5 anos diminuiu mais da metade, passando de 90 para 43 mortes por 1.000 nascidos vivos entre 1990 e 2015 e que apesar do crescimento da população em regiões em desenvolvimento, a quantidade de mortes de crianças menores de 5 anos caiu de 12,7 milhões em 1990 para quase 6 milhões em 2015 em todo o mundo.

No que diz respeito ao ODM 5 a ONU (UN, 2015) assevera que desde 1990, a taxa de mortalidade materna diminuiu em nível de 45% mundo e a maior parte deste declínio ocorreu a partir de 2000. O ODM 6 conseguiu garantir a redução de cerca de 40% de novas infecções por HIV entre 2000 e 2013 (de cerca de 3,5 milhões de casos para 2,1 milhões). Em junho de 2014, em todo o mundo, 13,6 milhões de pessoas infectadas com HIV receberam terapia anti-

retroviral (ART). A terapia antirretroviral impediu 7,6 milhões de mortes AIDS entre 1995 e 2013. Além disso, mais de 6,2 milhões de mortes por malária foram evitadas entre 2000 e 2015. A ONU (UN, 2015) estima que a taxa de incidência da malária caiu 37% e a mortalidade global da malária foi reduzida em 58%. Estima, ainda, que entre 2000 e 2013 de 37 milhões de vidas foram salvas por intervenções para a prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose. A taxa de mortalidade Mundial da Tuberculose caiu 45% e a taxa de prevalência 41% entre 1990 e 2013.

Cumprir destacar a influência das crises econômicas mundiais como obstáculos para o êxito dos ODM. A deterioração da situação econômica determinou consequências decisivas para a efetivação dos ODM. Os países em desenvolvimento sofreram uma desaceleração considerável no crescimento econômico, o que afetou frontalmente os recursos de investimento nos ODM. Embora se reconheça que muitas economias tenham registrado uma recuperação rápida, em muitos casos, no entanto, esta recuperação está assentada em solo menos seguro.

Observa-se que as políticas e os investimentos não fomentaram de forma eficiente o avanço equilibrado das oito metas dos ODM (seja entre os países, seja no interior destes). Diante disso, precisa-se refletir sobre a atual estrutura de desenvolvimento e buscar uma nova forma de crescimento, que seja mais estável, equitativa e inclusiva. Consta demarcar que os diferentes contextos nacionais e as diversas condições iniciais de desenvolvimento, assim como as experiências pretéritas sugerem distintos caminhos para superar os obstáculos ao crescimento e o desenvolvimento sustentável. Entende-se que o que há de comum são as metas almejadas, mas a instrumentalização e os processos para alcançá-las dependem da história, do perfil social, do grau de autodeterminação e da cultura de cada povo. Não existem fórmulas prontas, existem experiências exitosas e fracassadas, que podem servir de base para configurações de políticas e planos de ação (RAMOS, 2014).

O mundo mudou muito desde 2000. A crise financeira e econômica recente expôs a completa interdependência da economia mundial e as deficiências da governança econômica internacional para alcançar um meio propício para o desenvolvimento e a estabilidade financeira-econômica. Observa-se que o programa dos ODM não prestou atenção suficiente a alguns valores e objetivos fundamentais da Declaração do Milênio, especialmente, no que se refere a abordar as questões de desigualdades (*igualdade*), da garantia da sustentabilidade do meio ambiente, da segurança alimentar e nutricional, e do acesso sustentável da energia (*respeitando a natureza*), bem como deixou de abordar as pressões demográficas (*solidariedade*), os direitos humanos, a boa governança (liberdade e tolerância), a garantia da

paz, a segurança e o desenvolvimento mundial sustentável (responsabilidade comum) (ONU, 2011).

Nesse contexto, o debate sobre a agenda posterior a 2015 deve deter atenção a efetiva realização dos direitos humanos, pois estes estão vinculados as condições econômicas e sociais prévias para o desenvolvimento. Seja mediante políticas e leis relativas ao trabalho, seja por meio de medidas de proteção as minorias e aos grupos mais vulneráveis da população.

Deve-se considerar que os ODM representaram uma oportunidade sem precedentes para promover ações e investimentos na saúde, em todos os níveis de intervenção (local, nacional, regional e mundial). No entanto, a tendência indica que nos próximos anos o volume de recursos para o financiamento de políticas sanitárias diminuirá, principalmente, nos países de renda média, notadamente a maioria dos beneficiários da América Latina e Caribe.

Entende-se que chegou o momento, na seara de saúde, de se promover a priorização do fortalecimento da capacidade de resposta dos serviços de saúde com uma visão mais integral, ao invés do investimento em ações verticais direcionadas a doenças específicas (RAMOS, 2014). Entende-se que a saúde é um bem público global e, por isso, transversal, circunscrita em diversas culturas, Estados, governos, disciplinas, territórios, períodos e mercados. Compreende-se que a busca pela saúde representa o melhor elemento de configuração de um destino comum da humanidade, e possivelmente, o único com condições de demover as tradicionais resistências ao internacionalismo normativo.

Tem se observado que a temática da saúde está em expansão, exatamente pela percepção que a saúde é elemento decisivo na construção de um desenvolvimento sustentável e no combate a pobreza, bem como item fundamental para uma governança mais eficaz e segura em âmbito mundial. Observa-se que, cada vez mais, a saúde torna-se instrumento estratégico para as relações diplomáticas e com alto grau de interdependência em relação a questões como tecnologia, ciência, economia e comercio. A expansão da saúde ocasionou, por conseguinte, o aumento dos atores e agendas políticas e sociais, que por sua vez, por um lado, criou condições de possibilidade para mitigar problemas de saúde o que acabou por ocasionar mitigação de problemas de saúde, por outro, estimulou a fragmentação, redundância e descontinuidades, cuja governança torna-se significativamente difícil e complexa.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a maioria dos países latino-americanos promoveu algum tipo de ampliação no acesso e na participação social relacionado com os sistemas de saúde. No entanto,

ISSN 1980-8860

deve-se destacar que grande parte das ações são focalizadas e/ou fragmentadas. E na realidade, se configuram como atuações dirigidas pela elite técnica e econômica desses países. Ocorre que em poucas ocasiões a sociedade civil foi convocada para participar com voz e voto nas decisões sobre as políticas e programas que afetam sua saúde, bem como no planejamento e na gerência dos serviços nacionais e locais de saúde. Da mesma forma, em pouquíssimas situações as necessidades dos países pobres foram colocadas como prioridades pelas agências e governos internacionais dos países do primeiro mundo.

Entende-se, no entanto que o desenvolvimento é questão de crucial importância aos países periféricos, mas não somente, o desenvolvimento resultante do incremento do comércio (com redução de tarifas comerciais) e o aumento da exportação. Estes elementos podem e contribuem decisivamente para o aumento do PIB de alguns países, mas isso não é reflexo necessário no desenvolvimento integral das populações excluídas.

O processo de interferência na formulação de políticas públicas (entre estas, a da saúde) que tenham um forte substrato social baseado na equidade e inclusão social, passa pelo fortalecimento da esfera pública. A afirmação de que setores como educação e seguridade social (previdência, saúde e assistência social) não podem ser privatizados ou negligenciados.

Entende-se, ainda, que os objetivos e as agendas construídas nos fóruns internacionais representam uma conquista fundamental para essa parte do mundo, mas, até o presente momento essas diretrizes não se refletiram na melhoria da qualidade de vida de grande parte da população desses países. Verifica-se que se faz emergentes o fortalecimento, simultâneo, de outras políticas e formas de ação que possibilitem novos pactos entre os atores governamentais e não-governamentais de proteção aos direitos sociais, em especial à saúde.

Por outro lado, conclui-se que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) manterão sua pertinência depois de 2015. Verifica-se que o ano de 2015 representou o prazo para a realização de diferentes metas relacionadas com os ODM, mas percebe-se que sua incompletude representam um impulso para a efetivação dos objetivos traçados.

Observa-se que o mundo alcançou muitos avanços desde a Declaração do Milênio de 2000. Muitas autoridades e teóricos afirmam que os ODM contribuíram para despertar a sociedade mundial e centrar a atenção dos governos nacionais, regionais e mundiais na formulação e implementação de políticas públicas de combate a pobreza.

Considera-se que a capacidade dos ODM para atrair à atenção política e impulsionar medidas na direção do desenvolvimento sustentado e no combate às desigualdades representou a base de seu êxito. Conclui-se que, em virtude da simplicidade de sua configuração

e da facilidade de divulgação, os ODM angariaram apoio decisivo dos governos dos Estados, da sociedade e dos meios acadêmicos. Percebe-se que os ODM conseguiram atrair a atenção da sociedade internacional para o desenvolvimento em torno de um conjunto de objetivos comuns da humanidade, e esta unidade é extremamente significativa.

Observou-se que os ODM representaram uma questão central das estratégias nacionais de muitos países em desenvolvimento e forneceram um marco para a definição de suas políticas públicas. Contudo, deve-se ressaltar que todos esses elementos não garantiram de forma suficiente os progressos em todas as frentes e persistem as desigualdades entre os países e no interior destes. Embora, deva-se reconhecer que a construção da Declaração do Milênio contribuiu para fomentar uma aliança mundial para o desenvolvimento.

A realização do direito à saúde, e de todos os direitos humanos, requer políticas, planejamento e recursos adequados. Conclui-se, por fim, que os ODM se constituíram como instrumentos decisivos para compreensão dos atores, interesses e racionalidades que marcaram o processo de configuração das políticas públicas de saúde nos primeiros 15 anos do século XXI. E devem servir como pressuposto para a formulação de novas diretrizes, para as políticas de saúde no mundo, que garantam, de forma mais equitativas e justas, o acesso ao direito à saúde, especialmente, a população mais pobre dos países em desenvolvimento.

5 REFERÊNCIAS

AÑÓN, Lema Carlos. **Salud, justicia, derechos: el derecho a la salud como derecho social**. Madrid: DYKINSON, 2009.

ARAUJO, José Duarte de. **Saúde e desenvolvimento econômico: atualização de um tema**. *Revista Saúde Pública* (online). Vol. 9. N. 4. 1975. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101975000400007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 out. 2013.

BANCO MUNDIAL. **Evidencia internacional sobre políticas de la primera infancia que estimulen el desarrollo infantil y faciliten la inserción laboral femenina: documento de trabajo 01/06 de la Oficina para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay**. [S. l.]: Banco Mundial, 2006.

_____. **Objetivos de desarrollo del milênio**. 2012. Disponível em: <<http://www.bancomundial.org/odm>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

BARRETO, S. et al. **Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges**. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/22407860>>. Acesso em: 11 out. 2012.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BUCHANAN, Allen E. A right to a decent minimum of health care. **Philosophy and Public Affairs**, v. 13, 1984.

BUSS, Paulo Marchiori. FERREIRA, José Roberto. **Cooperação e integração regional em saúde na América do Sul: a contribuição da Unasul – Saúde**. Ciência e Saúde Coletiva (on line). N. 6. 2011. pp. 2699-2711.

_____, Paulo Marchiori et al. **Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, n.12, pp.2555-2570. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XAT011214>>. Acesso em: 07 set. 2016.

CARBONELL, Miguel. El derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos: las observaciones generales de la ONU. **Revista da Defensoria Pública**, São Paulo, v. 1, n. 1, jul./dez. 2008.

CARVALHO, Al. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. Disponível em:< <http://books.scielo.org/id/8pmm/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf> >. Acesso em: 7 set. 2016.

CEPAL. **Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe**. Santiago: CEPAL, 2005a.

_____. **Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe**. Santiago, 2005b. Disponível em: <<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/21541/P21541.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

CONTRERAS PELÁEZ, F. **Derechos sociales: teoría e ideología**. Madrid: Tecnos, 1994.

DALLARI, Sueli Gandolfi; NUNES JÚNIOR, Vidal Serrano. **Direito sanitário**. São Paulo: Verbatim, 2010.

DANIELS, Norman. Health care needs and distributive justice. *Philosophy and Public Affairs*. In: BEAUCHAMP, Tom; WALTERS, LeRoy (Ed.). **Contemporary issues in bioethics**. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, 1981.

DINIZ, Marcelo Bentes. DINIZ, Marcos Monteiro. **Um indicador comparativo de pobreza multidimensional a partir dos ODM**. Economia aplicada. V. 13. N.3, 2009, pp. 399-423.

HONÓRIO, Claudia. **Olhares sobre o mínimo existencial em julgados brasileiros**. 2011. Disponível em: <<http://www.dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/17942/claudia1.pdf>>. Acesso em 20 set. 2011.

HERNANDEZ PENA, Patricia et al. **Avances y retos de la salud**. Rev. Saúde Pública (online). 1990, vol. 29, n.4, pp.326-332. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 nov. 2012.

JORDONOVSKI, Elio. GUIMARÃES, Paulo Cesar Vaz. **O desafio da equidade no setor saúde**. Ver. Adm. Empres. (online). 1993. Vol. 33, n.3. pp. 38-51. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a04v33n3.pdf> >. Acessível em: 12 set. 2013.

KOHN, Robert et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 18, n. 4-5, p. 229-240, 2005.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In.: FINKELMAN, Jacobo (org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MEZZAROBBA, Orides. STRAPAZZON, Carlos Luiz. **Direitos fundamentais e a dogmática do bem comum constitucional**. Sequência (on line). N. 64. Florianópolis, 2012. pp. 335-372.

NUNES, Everardo Duarte. **Ciências sociais em saúde: um panorama geral**. In.: GOLDENBERG, P. MARSIGLIA, RMG and GOMES, MHA (orgs). O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444p.

ONU. Informe Anual des Secretaria Geral. **Acelerar el logro de los objetivos de desarrollo del milenio**: opciones de crecimiento sostenido e inclusivo y cuestiones relativas a la promoción relativas a la agenda de la Naciones Unidas para el desarrollo con posterioridad a 2015. [S. 1.]: ONU, 2011. (Sexagésimo sexto período de sesiones. Tema 119 de la lista preliminar. Seguimiento de los resultados de la cumbre del milênio).

OPAS. **Agenda de Salud para las Américas 2008-2017**. Washington, D. C.: OPAS, 2007. Disponível em: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf>. Acesso em jun 2011.

_____. **Saúde nas Américas: panorama regional e perfis de países**. Washington, DC.: OPAS, 2012.

ISSN 1980-8860

_____. Nuevos rumbos para la salud en las américas: evolución de la salud de la población. **Informe Caudrenial dal Director**. 2002a. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/d/ops98-02_ch02.htm>. Acesso em: 14 jun. 2012.

_____. **Salud pública en las Américas**. Washington, D.C.: OPAS, 2002b.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. **Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina**. Ciência da Saúde Coletiva (on line). Vol.9. n. 2, 2004. pp. 339-350.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 12. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

SARLET, Ingo Wolfgang Sarlet. **A eficácia dos direitos fundamentais**. 7. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. **Introdução ao estudo do direito**. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2003.

_____. **Universalidade do direito à saúde**. São Luís: EDUFMA, 2014

REZENDE, María José. **Os objetivos de desenvolvimento do milênio da ONU: alguns desafios políticos da co-responsabilização dos diversos segmentos sociais no combate à pobreza absoluta e a exclusão**. Investigación y desarrollo. Vol. 16. N 2 (2008). pp 184-213.

_____. **Universalidade do direito à saúde**. EDUFMA, 2014.

SEN, Amartya Kumar. **Desenvolvimento como liberdade**. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SHETTY, Salil. **Declaração e objetivos de desenvolvimento do milênio: oportunidades para os direitos humanos**. *Revistas Internacional de Direitos Humanos*. Ano 2. N.2. 2005.

TORRES, Cristina. MÚJICA, Oscar J. Salud, equidade y los objetivos de desarrollo del milênio. **Revista Panamericana Salud Publica** [online]. 2004, vol. 15, n. 6, pp. 430-439. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/51020-49892004000600012.htm>> Acesso em: 30 out. 2012.

UN. **Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2015**. Disponível em: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf> Acesso em: 07 set. 2016.