



A CAPILARIDADE DOS TRATADOS INTERNACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS NA GESTÃO LOCAL: UM ESTUDO SOBRE O ODS 3 NO MUNICÍPIO DE PIRAÍ-RJ

THE CAPILLARITY OF INTERNATIONAL HUMAN RIGHTS TREATIES IN LOCAL
GOVERNANCE: A STUDY ON SDG 3 IN THE MUNICIPALITY OF PIRAÍ-RJ

Recebido em: 22/04/2026

Aprovado em: 15/06/2026

GABRIEL RIBEIRO BERTOLACCINI FIGUEIREDO

Universidad de Salamanca, Castilla y León, Espanha

Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: gabrielribeiroiasd@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-4837-9259>

RESUMO

O presente artigo analisa a aplicabilidade prática da Agenda 2030 e do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº 3 (ODS 3) no município de Pirai-RJ, sob a perspectiva do Direito Internacional Público e do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc). Diante do desafio logístico imposto por territórios com vasta extensão geográfica e baixa densidade demográfica, a pesquisa investiga como a governança local atua na efetivação do controle de convencionalidade difuso e primário. Metodologicamente, o estudo caracteriza-se como um estudo de caso de natureza mista, utilizando a técnica de triangulação de dados por meio do cruzamento de indicadores do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) com dados primários obtidos junto à Secretaria Municipal de Saúde via Lei de Acesso à Informação (LAI). Os resultados empíricos revelam que Pirai registrou uma taxa de mortalidade infantil de 6,17 por mil nascidos vivos, índice significativamente mais protetivo do que o limite máximo de 8 por mil estabelecido pelo IPEA para 2030. Conclui-se que o município opera como um laboratório de governança global, demonstrando que a capilaridade da atenção primária e o cumprimento de metas locais evitam omissões administrativas, convertendo obrigações convencionais abstratas em garantia material do direito à saúde na ponta do sistema federativo.

Palavras-chave: Direito Internacional Público. Agenda 2030. Controle de Convencionalidade. Saúde Pública. Pirai-RJ.



ABSTRACT

This article analyzes the practical applicability of the 2030 Agenda and Sustainable Development Goal 3 (SDG 3) in the municipality of Piraí-RJ, from the perspective of Public International Law and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR). Facing the logistical challenge imposed by territories with vast geographical extension and low demographic density, the research investigates how local governance acts in the execution of primary and diffuse conventionality control. Methodologically, this study is a mixed-methods case study, utilizing data triangulation by crossing indicators from the Health Information System for Primary Care (SISAB) with primary data obtained from the Municipal Health Secretariat through the Access to Information Law (LAI). The empirical results reveal that Piraí recorded an infant mortality rate of 6.17 per thousand live births, a significantly more protective index than the maximum limit of 8 per thousand established by IPEA for 2030. It concludes that the municipality operates as a global governance laboratory, demonstrating that the capillarity of primary care and the fulfillment of local goals prevent administrative omissions, converting abstract conventional obligations into the material guarantee of the right to health at the end of the federative system.

Keywords: Public International Law. 2030 Agenda. Conventionality Control. Public Health. Piraí-RJ.

1 INTRODUÇÃO

A reconfiguração do direito internacional público impõe aos Estados soberanos um dever que ultrapassa a mera ratificação formal de tratados protetivos. A urgência atual gira em torno da conversão desses compromissos em políticas públicas tangíveis. O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc) de 1966 ilustra bem essa necessidade, especialmente em seu artigo 12, que positiva o direito ao mais alto nível possível de saúde física e mental. Esse mandamento convencional ganhou tração recente com a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU). Por meio do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável número 3 (ODS 3), a organização estipulou metas estatísticas e prazos globais para tentar garantir a saúde e o bem-estar coletivo.

O nó górdio do constitucionalismo surge quando a eficácia dessas obrigações internacionais depende do plano local para acontecer. Dentro do arranjo federativo brasileiro, a competência executória primária para as ações de atenção básica recai sobre os municípios. Essa descentralização, por sua vez, esbarra em assimetrias geográficas e demográficas severas. Territórios com grande extensão e baixa densidade demográfica sofrem com gargalos logísticos crônicos que travam a capilarização dos serviços. O resultado direto é o tensionamento da eficácia do direito à saúde bem na ponta do sistema. O impasse central da pesquisa reside em compreender como o processo de territorialização do ODS 3 pode funcionar como engrenagem

para o controle de convencionalidade difuso na gestão da atenção primária, tomando como cenário um município de baixa densidade demográfica.

O estudo foca na aplicabilidade da Agenda 2030 e no desempenho real dos indicadores do ODS 3 no município de Piraí-RJ. A intenção é investigar como a governança local e a estrutura da rede de atenção básica dão concretude às balizas do Pidesc. Olhar para o direito internacional público sob uma ótica descendente justifica a pesquisa tanto na teoria quanto na prática. É na prefeitura que o cidadão bate à porta; o município funciona como o primeiro garantidor das convenções globais. Negligenciar essa base significa aceitar falhas locais de proteção que, no limite, têm o potencial de engajar a responsabilidade internacional do Estado brasileiro.

A lógica do trabalho se desenvolve ao longo de seções integradas. A discussão teórica começa no capítulo 3, que aborda a gênese e a progressividade das obrigações do Pidesc, além da inserção dessas normas no ordenamento doméstico pela via do controle de convencionalidade. O fechamento dessa primeira etapa conceitual amarra a teoria às características geográficas e demográficas específicas de Piraí-RJ. A metodologia, detalhada no capítulo 2, adota um caráter misto. O desenho metodológico preferiu a triangulação de dados primários, obtidos diretamente via Ouvidoria Municipal, com dados secundários extraídos das plataformas do SISAB e do IBGE. No capítulo 4, a análise confronta os resultados locais de mortalidade infantil e cobertura vacinal com os parâmetros nacionalizados pelo IPEA. As considerações finais, reunidas no capítulo 5, sintetizam as lições de governança global colhidas ao longo deste estudo de caso.

2 METODOLOGIA

O desenho metodológico desta pesquisa se consolida empiricamente sob a forma de um estudo de caso descritivo. O trabalho adota uma abordagem predominantemente quantitativa, estruturada por procedimentos de pesquisa documental e bibliográfica.

A escolha do município de Piraí, situado na Região do Médio Paraíba fluminense, como objeto de análise não foi casual. O cenário justifica-se por suas peculiaridades geográficas e demográficas específicas. São variáveis ideais para observar, na ponta do sistema, os gargalos reais de capilarização das metas da Agenda 2030 (IBGE, 2022).

Para a construção da matriz teórica, realizou-se um levantamento focado em diplomas normativos do direito internacional público e do direito constitucional. O mapeamento priorizou o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Pidesc) e as metas

nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável readequadas pelo IPEA (IPEA, 2018). A validade científica do percurso investigativo apoia-se na técnica de triangulação de dados. O cruzamento de fontes distintas buscou mitigar vieses interpretativos a partir de três eixos analíticos.

O primeiro eixo abrange os dados territoriais de extensão espacial e densidade populacional, extraídos das plataformas oficiais do IBGE (IBGE, 2022). O segundo lida com dados secundários de desempenho sanitário. Aqui, o foco ficou nos indicadores de cobertura vacinal para Pentavalente e Poliomielite, além das taxas de assistência pré-natal, extraídos diretamente do SISAB (Brasil, 2024).

O fechamento da triangulação exigiu o acesso a dados primários de gestão local. Informações pormenorizadas sobre as estratégias municipais de busca ativa, taxas de mortalidade infantil e fluxos internos de atendimento foram fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde. O acesso a esse acervo ocorreu via Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011), por requerimento protocolado na Ouvidoria Geral do Município (Piraí, 2026). Após a coleta, o material foi tabulado e processado por meio de análise estatística descritiva simples. O passo final consistiu em confrontar os achados com as metas do IPEA para o ODS 3 no horizonte de 2030 (IPEA, 2018). Esse encadeamento permitiu avaliar, sob o prisma qualitativo, a ocorrência do controle difuso de convencionalidade com base no adimplemento material das obrigações no plano da administração pública municipal.

3 O CONTEXTO HISTÓRICO E A GÊNESE DO PIDESC

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) nasceu em 16 de dezembro de 1966, adotado pela Resolução nº 2.200-A (XXI) da Assembleia Geral da ONU.

A gênese do Pidesc se liga diretamente à polarização ideológica da Guerra Fria. Naquela época, as democracias liberais ocidentais priorizavam as liberdades negativas dos direitos civis e políticos. O bloco socialista e os países em desenvolvimento, em contrapartida, defendiam a centralidade dos direitos econômicos e sociais como precondition para a dignidade humana. O tratado simbolizou o triunfo de uma tese central: o ideal do ser humano livre e liberto do temor e da miséria depende de condições materiais concretas para se realizar, estabelecendo uma gramática jurídica própria em seu artigo 2.1, afastando-se da lógica de aplicação imediata dos direitos civis. O dispositivo introduz a cláusula da realização progressiva. Essa regra impõe aos

Estados o dever de adotar medidas até o limite dos recursos disponíveis para alcançar a eficácia plena das metas propostas. Conforme a doutrina de Abramovich e Courtis (2011), o conceito de progressividade carrega um sentido de progresso. Trata-se da obrigação estatal de melhorar continuamente as condições de gozo e exercício desses direitos.

O Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU faz um alerta importante sobre esse ponto. As ações estatais não podem se resumir a aspirações políticas vagas ou genéricas. Para o órgão, as medidas devem ser deliberadas, concretas e orientadas para o cumprimento das obrigações reconhecidas no Pacto. A cláusula de progressividade, portanto, deixa de ser uma autorização para a inércia ou para o adiamento indefinido de políticas públicas. O mandamento é de ação imediata: os processos voltados à eficácia plena precisam começar logo.

A exegese contemporânea de Abramovich e Courtis reforça essa visão. Embora a eficácia plena das metas sociais ocorra de forma gradual, o artigo 2.1 do PIDESC cria obrigações com efeito imediato. O compromisso de adotar medidas e o dever de garantir direitos sem discriminação (artigo 2.2) não ficam condicionados a justificativas financeiras ou políticas. O status de direitos humanos conferido à saúde (artigo 12), ao trabalho e à educação exige uma postura ativa e deliberada do Estado desde a ratificação. Esse arcabouço histórico e obrigacional ganha contornos práticos no século XXI com a Agenda 2030. Os deveres estatais de fazer saem do campo das intenções políticas abstratas e passam a integrar indicadores de governança monitoráveis e exigíveis.

Sob a ótica do direito internacional público, a implementação de metas como o ODS 3 materializa o dever imediato de agir. É a transformação da teoria da progressividade em resultados sociais mensuráveis na ponta do sistema, sob constante fiscalização global.

3.1 O BRASIL COMO SIGNATÁRIO E A INCORPORAÇÃO DAS NORMAS INTERNACIONAIS

O Estado brasileiro ratificou o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) em 9 de julho de 1992, formalizado pela promulgação do Decreto nº 591/1992 (BRASIL, 1992). Essa adesão carrega um denso significado histórico e político. O ingresso tardio do país no tratado decorre diretamente do longo período de exceção democrática vivido nas décadas anteriores. A incorporação ocorreu no rastro da redemocratização e da promulgação da Constituição Federal de 1988.

A Carta Magna operou uma virada paradigmática ao fundamentar a República sobre a

dignidade da pessoa humana, abrindo o ordenamento jurídico interno às diretrizes internacionais de proteção social (Piovesan, 2023).

A Constituição de 1988 inovou ao prever, em seu artigo 5º, § 2º, a chamada cláusula de abertura material (Piovesan, 2023). O dispositivo estabelece que os direitos e garantias expressos no texto não excluem outros decorrentes de tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte. Sob o prisma do direito internacional público, a recepção do PIDESC produziu uma simbiose normativa. Os direitos sociais elencados na convenção passaram a integrar o bloco de constitucionalidade difuso do sistema brasileiro. Essa integração dota o direito à saúde (artigo 12 do Pidesc e artigo 6º da CRFB/88) de uma força expansiva de proteção recíproca.

A vinculação do Brasil ao pacto afasta qualquer caráter meramente retórico ou simbólico. Os tratados internacionais de direitos humanos possuem uma natureza jurídica distinta dos acordos contratuais multilaterais clássicos. Eles não buscam o equilíbrio de interesses ou vantagens recíprocas entre Estados, mas sim a proteção efetiva dos indivíduos sob suas respectivas jurisdições.

Por força dessa natureza cogente, o ato de ratificação vincula o Estado brasileiro em sua totalidade orgânica. O compromisso se estende a todas as esferas federativas: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A responsabilidade internacional pelo cumprimento das metas de direitos sociais projeta-se sobre a atuação imediata de governadores e prefeitos. O gestor local não pode escusar-se do cumprimento alegando autonomia federativa ou repartição interna de competências. Na lição clássica de Cançado Trindade (1997, p. 442), "o descumprimento das normas convencionais engaja de imediato a responsabilidade internacional do Estado, por ato ou omissão, seja do Poder Executivo, seja do Legislativo, seja do Judiciário".

Dessa premissa nasce a obrigatoriedade do controle de convencionalidade. O instituto reconfigura a atuação prática da administração pública ao exigir a compatibilização vertical das normas internas com os tratados de direitos humanos em vigor. A produção científica contemporânea estabelece uma distinção fundamental para a aplicação desse mecanismo, baseada no critério do destinatário da norma.

Conforme a categorização de Juan Carlos Hitters, o controle difuso de convencionalidade exercido no plano interno assume um caráter primário, ao passo que o modelo concentrado da Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) opera em sede secundária (Hitters, 2015, p. 126). Sob esse mesmo aspecto, Eduardo Ferrer Mac-Gregor (2011,

p. 559) conceitua o mecanismo difuso como um novo paradigma para o aplicador do direito.

Essa engenharia convencional se estabelece mediante um verdadeiro diálogo entre jurisdições (Piovesan, 2013). A abordagem vincula os órgãos jurisdicionais tradicionais, mas avança sobre a estrutura administrativa como uma obrigação difusa a todos os agentes públicos e entidades. Governantes e servidores passam a atuar como garantidores primários das obrigações internacionais no plano local.

As leis ordinárias, os decretos e os atos administrativos expedidos no âmbito dos entes federados precisam guardar estrita consonância com os parâmetros protetivos internacionais. Essa exigência atinge diretamente as políticas públicas municipais de execução de serviços essenciais. O Supremo Tribunal Federal fixou o norte dessa matéria no julgamento do RE 466.343/SP (STF, 2008). O tribunal conferiu o status de supralegalidade aos tratados de direitos humanos ratificados sem o quórum de emenda constitucional. A decisão posiciona o PIDESC acima de toda a legislação infraconstitucional e dos atos normativos editados por estados e municípios.

A preeminência normativa implica uma barreira intransponível para o gestor: qualquer ato normativo local, portaria de saúde ou resolução orçamentária municipal que reduza o espectro de eficácia do direito à saúde incorre em manifesta inconvenção. A mesma mácula atinge medidas que violem o princípio da vedação ao retrocesso social.

Os agentes públicos e órgãos da gestão municipal atuam para concretizar direitos humanos na ponta. Por essa razão, encontram-se juridicamente vinculados à obrigação de realizar o controle de convencionalidade *ex officio* em suas práticas administrativas (CNJ, 2022). Em última análise, a governança municipal se converte no cenário central para a validação da ordem jurídica internacional. É a conformidade das ações administrativas locais que determina a própria responsabilidade do Estado brasileiro perante os sistemas globais de fiscalização e tutela da dignidade humana.

4 DO DIREITO À SAÚDE AO ODS 3: A NOVA GOVERNANÇA GLOBAL

O artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) positiva o direito de toda pessoa ao mais alto nível possível de saúde física e mental (ONU, 1966). Esse dispositivo afasta qualquer definição estática ou puramente biológica associada à mera ausência de doenças. A sua interpretação oficial, por sua vez, ganhou densidade

por meio da Observação Geral nº 14 do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU (ONU, 2000). O documento orientador estabelece que a saúde abrange determinantes sociais específicos. São fatores socioeconômicos que condicionam uma vida saudável, englobando condições de trabalho, saneamento básico, alimentação adequada e água potável. A engrenagem se fecha com o acesso universal e equitativo a um sistema de assistência estruturado (ONU, 2000).

A Observação Geral nº 14 fixou quatro pilares interdependentes para guiar a prestação estatal: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (ONU, 2000). O primeiro exige estabelecimentos e programas em quantitativo suficiente. O segundo impõe o acesso físico, econômico e informativo sem discriminação. Os últimos demandam o respeito à ética e à cultura local, aliados à qualidade científica e médica das prestações (ONU, 2000). Sob o prisma do direito internacional público, esses critérios retiram a política de saúde da esfera da mera discricionariedade do gestor. A atividade administrativa é convertida em uma obrigação jurídica vinculante de estrutura e resultado. Esse aparato normativo ganhou reforço com a Resolução nº 70/1 da Assembleia Geral das Nações Unidas, que instituiu a Agenda 2030 (ONU, 2015). O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável número 3 (ODS 3) busca assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (ONU, 2015). A meta funciona como bússola operacional para a gestão pública moderna.

A transição do modelo original do Pidesc para a arquitetura dos ODS preserva a substância do direito, mas altera profundamente a sua metodologia de aplicação. Traduz-se o conceito abstrato de "alto nível possível de saúde" em metas programáticas mensuráveis, amparadas por indicadores estatísticos claros e prazos peremptórios de cumprimento (ONU, 2015).

A mudança de eixo corporifica a evolução de uma norma protetiva tradicional para um modelo complexo de governança baseada em evidências. Sob a égide do ODS 3, o adimplemento dos tratados internacionais pelo Estado supera a edição de leis formais. A avaliação passa a focar na eficácia material e mensurável de indicadores finalísticos no território local, são exemplos as taxas de mortalidade materna e infantil, os índices de cobertura vacinal e a abrangência da atenção primária. Cria-se um nexo de causalidade técnica. A governança local e a alimentação precisa dos sistemas de informação em saúde tornam-se os instrumentos definitivos para checar se o Estado soberano cumpre as obrigações assumidas perante a comunidade internacional.

5 A TERRITORIALIZAÇÃO DAS METAS E O DESAFIO DA GESTÃO LOCAL

A territorialização constitui o processo político e técnico fundamental para adaptar, interiorizar e implementar as agendas globais plurianuais. O mecanismo ajusta a Agenda 2030 às especificidades socioeconômicas, demográficas e geográficas de cada localidade (IPEA, 2018). Essa fase revela-se crucial para a eficácia do sistema sob o prisma do direito internacional público. É no território municipal que os direitos sociais de segunda dimensão deixam o plano meramente programático. O texto abstrato das convenções internacionais ganha contornos de prestações materiais e de serviços públicos contínuos. A governança global depende do fortalecimento das capacidades institucionais locais para se efetivar na base da sociedade.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) desempenhou papel basilar na nacionalização das metas globais no cenário brasileiro (IPEA, 2018). O órgão atua como assessoramento técnico permanente da Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (CNODS). Esse esforço gerou a publicação das Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, adequando os macroindicadores da ONU à complexa realidade jurídica, econômica e social do país.

A consecução dos compromissos internacionais, no entanto, demanda um planejamento estratégico operado de baixo para cima (PNUD, 2021). A metodologia do PNUD adverte que a média dos indicadores nacionais costuma mascarar desigualdades regionais e assimetrias severas de infraestrutura entre os municípios (PNUD, 2021).

A verdadeira eficácia das normas de direitos humanos sociais ocorre na esfera municipal de governo. O ente federativo detém competência constitucional precípua para executar os serviços de atenção primária à saúde (artigo 30, VII, da CRFB/88). O processo de territorialização exige que o gestor público local decodifique e supere barreiras geográficas e demográficas específicas.

Para municípios com vasta extensão territorial e baixa densidade demográfica, o cumprimento do ODS 3 condiciona-se à estruturação logística da rede assistencial. A interiorização é indispensável. Sem mecanismos eficientes de busca ativa e dispersão de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), o isolamento se consolida. As populações residentes em zonas rurais, distritos isolados ou periferias geográficas restam marginalizadas do acesso equânime. O resultado é a perpetuação de quadros de vulnerabilidade que violam os preceitos do Pidesc.

O monitoramento sistemático de indicadores locais finalísticos funciona como o principal instrumento de aferição da não retrocessividade dos direitos sociais (PIOVESAN, 2023). A avaliação foca na taxa de mortalidade infantil e na infância (meta 3.2), na proporção de consultas de assistência pré-natal e nos índices de cobertura vacinal sistemática (meta 3.3).

Alimentar os sistemas nacionais de informação em saúde supera o mero exercício estatístico ou o encargo burocrático de rotina. A atividade ascende ao status de um imperativo de governança jurídica. É por meio da transparência e da evolução progressiva desses indicadores locais que o município valida materialmente o compromisso assumido pelo Estado brasileiro perante a comunidade internacional. O processo assegura que o direito ao mais alto nível possível de saúde seja garantido bem na ponta extrema do sistema federativo.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO: O MUNICÍPIO DE PIRAÍ-RJ

Delimitar as coordenadas geográficas, demográficas e socioeconômicas que circundam o objeto empírico deste estudo de caso é indispensável para compreender a viabilidade prática da territorialização dos ODS. O município de Piraí está situado na Região do Médio Paraíba, no sul do estado do Rio de Janeiro. A localidade integra uma área de relevante trânsito rodoviário e articulação logística regional (IBGE, 2024). O território municipal estende-se por uma área de 505,375 km², de acordo com os dados consolidados do Censo Demográfico realizado pelo IBGE (IBGE, 2024). A população residente recenseada totaliza 27.472 habitantes. O contingente resulta em uma densidade demográfica calculada de 54,36 habitantes por quilômetro quadrado (IBGE, 2022).

Esses índices revelam uma distribuição espacial complexa sob a perspectiva da governança em saúde pública. O cenário é marcado por vazios populacionais intermitentes e uma expressiva dispersão da comunidade em distritos e áreas rurais adjacentes ao núcleo urbano principal.

O IBGE aponta que o salário médio mensal dos trabalhadores formais no município gira em torno de 2,4 salários mínimos (IBGE, 2022). No que tange à ocupação, a taxa da população economicamente ativa está fixada em 22,9%.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Piraí, por sua vez, encontra-se categorizado no patamar de alto desenvolvimento. O indicador registra o valor global de 0,708, sendo que o subíndice específico voltado à dimensão da Longevidade atinge a marca de 0,816 (PNUD; IPEA, 2010).

Essa configuração estrutural confere a Piraí-RJ o status de cenário analítico ideal. A localidade combina uma vasta extensão territorial com baixa densidade populacional e indicadores de desenvolvimento consolidados.

O município sintetiza os desafios logísticos típicos do federalismo brasileiro na descentralização das políticas do Sistema Único de Saúde. Apresentar essa realidade demográfica e territorial antecede e fundamenta a análise subsequente dos indicadores finalísticos do ODS 3. O mapeamento permite correlacionar de forma direta a infraestrutura disponível na ponta com o cumprimento material das metas assumidas pelo Estado brasileiro no plano internacional.

5.2 DESEMPENHO DOS INDICADORES DO ODS 3: ENTRE O SISTEMA E A REALIDADE

Os dados empíricos colhidos nos sistemas oficiais passam agora por uma análise crítica. O parâmetro de confronto baseia-se nas metas que o IPEA nacionalizou para o alcance do ODS 3. O foco central da avaliação reside no desempenho dos indicadores finalísticos da atenção primária municipal.

A mensuração da Atenção Primária à Saúde (APS) em Piraí-RJ estruturou-se pelo cruzamento de duas fontes documentais complementares. De um lado, os relatórios públicos do SISAB; de outro, os dados institucionais fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. As informações locais foram obtidas por requerimento via Lei de Acesso à Informação, sob o protocolo nº 000566.2026-78, cancelado pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica (PIRAÍ, 2026). Essa checagem mútua atesta a consistência fática do território diante dos parâmetros internacionais de direitos humanos.

5.3 SAÚDE MATERNO-INFANTIL (METAS ODS 3.1 E 3.2)

Entre 2021 e 2025, o município registrou um universo acumulado de 1.527 nascidos vivos, conforme a base estadual do SINASC (Piraí, 2026). No quesito qualidade da assistência gestacional, o cruzamento de dados aponta excelência. Do montante de nascimentos, 1.409 gestantes passaram por 7 ou mais consultas de pré-natal. O número representa 92,27% de cobertura qualificada (Piraí, 2026). Apenas 5 gestantes ficaram sem assistência ao longo do quinquênio. O dado isolado atesta a eficiência dos mecanismos de busca ativa face à dispersão populacional do município.

O indicador finalístico de impacto na mortalidade infantil expressa o reflexo material dessa rede protetiva (meta ODS 3.2). O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) registrou 16 óbitos em crianças menores de 5 anos no período avaliado (PIRAÍ, 2026). Piraí atingiu o ápice de sua eficiência sanitária no ano-base de 2023. Foram computados apenas 2 óbitos infantis para 324 nascimentos, consolidando a taxa de mortalidade infantil em 6,17 por mil nascidos vivos (Piraí, 2026).

A meta nacionalizada pelo IPEA para o ODS 3.2 fixa o limite máximo de até 8 óbitos infantis por mil nascidos vivos para 2030 (IPEA, 2018). O confronto estatístico prova que Piraí opera em níveis protetivos superiores ao planejado para o fim da década. A eficácia do direito à saúde na localidade supera o registro formal. O cenário reflete o adimplemento material de obrigações com efeito imediato previstas no PIDESC, sustentado por uma atenção primária capaz de resguardar o mínimo existencial (ONU, 2000).

5.4 COBERTURA VACINAL E PREVENÇÃO DE DOENÇAS (META ODS 3.3)

Os dados do SINAN revelam as oscilações típicas da gestão local no combate a epidemias (meta ODS 3.3) (PIRAÍ, 2026). O município enfrentou um severo surto epidemiológico de dengue em 2024, saltando de 448 casos notificados no ano anterior para 4.120 contágios. A taxa de letalidade, contudo, permaneceu zerada no período crítico. O resultado decorre do manejo clínico rápido nas redes de urgência e triagem da atenção básica (Piraí, 2026). Quanto às patologias crônicas monitoradas, como tuberculose e HIV, os índices mostraram-se estáveis, acumulando 59 e 67 casos novos nos cinco anos estudados, respectivamente (Piraí, 2026).

A imunização e o controle endêmico configuram obrigações estatais de resultado perante o direito internacional público (ONU, 2000). Mesmo diante de barreiras geográficas decorrentes da vasta extensão territorial e da baixa densidade demográfica (IBGE, 2022, 2024), a estabilidade epidemiológica mantida sinaliza atuação preventiva contra retrocessos sanitários. A gestão cumpre o mandamento convencional de adotar medidas deliberadas até o limite dos recursos disponíveis (Abramovich; Courtis, 2011).

5.5 O CONTROLE DE CONVENCIONALIDADE E A GOVERNANÇA LOCAL

A análise dos resultados ganha contornos dogmáticos ao dialogar com os dados do e-Gestor Atenção Básica do Ministério da Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde certificou que Piraí-RJ manteve rigorosamente 100,0% de cobertura populacional da APS entre 2021 e 2025

(Piraí, 2026).

O dado valida empiricamente que a administração exerce um controle difuso e primário de convencionalidade em suas políticas de saúde. O arranjo caminha nos moldes teóricos clássicos de Juan Carlos Hitters (2015). Ao universalizar o acesso à totalidade dos residentes, inclusive em zonas rurais e distritos isolados, os agentes locais funcionam como garantidores em primeiro grau das obrigações internacionais assumidas pelo Brasil.

O controle de convencionalidade no plano interno supera a atividade reativa do Poder Judiciário. Como assevera a doutrina de Flávia Piovesan (2013), o instituto deve se consubstanciar em um agir administrativo cotidiano e preventivo. A eficácia material do ODS 3 no município prova que o descumprimento de normas convencionais se evita na base do pacto federativo. A governança local obstaculiza omissões administrativas e garante que as diretrizes do PIDESC e da Agenda 2030 deixem o campo abstrato para se tornarem direitos subjetivos usufruídos pelo cidadão na ponta (Trindade, 1997; IPEA, 2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O coração desta pesquisa bateu em cima da aplicabilidade da Agenda 2030 e do ODS 3 no município de Piraí-RJ, tudo sob o teto do direito internacional público e do PIDESC. Confrontar a norma internacional com o chão da gestão local provou algo simples: territorializar metas globais é viável e o processo já está rodando na prática.

O monitoramento estendido até o ano-base de 2025 comprova que a atual gestão municipal blindou seus indicadores de impacto em patamares altamente protetivos. O grande marco dessa curva de eficiência sanitária ocorreu no indicador de mortalidade infantil, que atingiu a marca de míseros 6,17 por mil nascidos vivos. O IPEA, para se ter uma ideia do abismo, aceita uma taxa de até 8 por mil só para o horizonte de 2030 (IPEA, 2018). Sustentar esse nível de proteção ao longo de todo o quinquênio avaliado evidencia que barreiras demográficas severas ou a vasta extensão territorial não servem de desculpa para travar o direito à saúde na ponta do sistema. O segredo do sucesso dessa linha histórica recente mora, na verdade, na capilaridade da atenção primária e na postura ativa dos agentes públicos locais em manter a busca ativa funcionando.

A experiência de Piraí-RJ ilustra o papel da administração local na execução de diretrizes globais. O monitoramento dos dados indica que o controle de convencionalidade difuso, no plano municipal, opera por meio da atividade administrativa de rotina, sem depender

da provocação do Judiciário.

A manutenção histórica de 100% de cobertura populacional na APS reflete a execução prática dessa engrenagem. O caso concreto demonstra que os tratados internacionais de direitos sociais encontram na descentralização federativa o seu principal vetor de eficácia material. É na execução do serviço público municipal, em última análise, que se obstaculiza a omissão do Estado e se viabiliza a transição das metas programáticas para a realidade do cidadão

Houve gargalos, claro. O delay crônico na consolidação de dados pelos sistemas federais limitou o estudo. A saída foi utilizar a Lei de Acesso à Informação direto na Ouvidoria Municipal, um movimento que escancara o peso da transparência ativa no monitoramento de políticas públicas. Fica a expectativa de que este caso concreto alimente o debate sobre a reconfiguração da ordem jurídica global, mostrando que a virada começa no plano local.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVICH, Victor; COURTIS, Christian. **Direitos sociais são exigíveis**. Tradução: Luís Carlos Stephanou. Porto Alegre: Ed. Dom Quixote, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2026]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRASIL. **Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992**. Promulga o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 9153, 9 jul. 1992. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB): Relatório de Indicadores de Desempenho da Atenção Primária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPaInel.xhtml>. Acesso em: 16 jun. 2026.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário nº 466.343/SP**. Relator: Min. Gilmar Mendes. Julgado em 03/12/2008. Diário da Justiça Eletrônico, Brasília, DF, n. 232, divulgado em 4 dez. 2008. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=2343529&numeroProcesso=466343&classeProcesso=RE&numeroTema=60>. Acesso em: 16 jun. 2026.

CN. **Recomendação nº 123, de 7 de janeiro de 2022**: Recomenda aos órgãos do Poder Judiciário a observância dos tratados de direitos humanos e o controle de convencionalidade. Brasília, DF: CNJ, 2022. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4305>. Acesso em:

17 jun. 2026.

FERRER MAC-GREGOR, Eduardo. Interpretación conforme y control difuso de convencionalidad. El nuevo paradigma para el juez mexicano. **Estudios constitucionales**, Santiago, ano 9, n. 2, p. 531-622, 2011. Disponível em:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?lng=pt&nrm=iso&pid=S0718-52002011000200014&script=sci_arttext&utm. Acesso em: 19 jun. 2026.

HITTERS, Juan Carlos. Control de convencionalidad (adelantos e retrocessos). **Estudios constitucionales**, Santiago, v. 13, n. 1, p. 123-162, 2015. Disponível em:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5247225>. Acesso em: 18 jun. 2026.

IBGE. **Censo Demográfico 2022: População e Densidade Demográfica**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/pirai/panorama>. Acesso em: 18 jun. 2026.

IBGE. **Território: Área Territorial Oficial**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/pirai/panorama>. Acesso em: 18 jun. 2026.

IPEA. **ODS – Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Proposta de Adequação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, DF: Ipea, 2018. Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9341/1/Cadernos_ODS_Objetoivo_2_Fome%20zero%20e%20agricultura%20sustent%C3%A1vel.pdf. Acesso em: 18 jun. 2026.

ONU. Assembleia Geral. **Resolução nº 70/1 (2015): Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. A/RES/70/1. Nova York: ONU, 2015.

ONU. Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. **Observação Geral nº 14 (2000): O direito ao mais alto nível possível de saúde (Artigo 12 do Pacto)**. E/C.12/2000/4. Genebra: ONU, 2000.

ONU. **Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Adotado pela Assembleia Geral por meio da Resolução nº 2200A (XXI) em 16 de dezembro de 1966.

Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>. Acesso em: 18 jun. 2026.

PIOVESAN, Flávia. **Controle de convencionalidade: direitos humanos e diálogo entre jurisdições**. In: MARINONI, Luiz Guilherme; MAZZUOLI, Valerio de Oliveira (Coord.). Controle de convencionalidade: um panorama latino-americano. Brasília: Gazeta Jurídica, 2013, p. 140

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2023.

PIRAÍ (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. **Informações institucionais sobre os indicadores de saúde, cobertura assistencial e dados vitais (2021-2025)**. Resposta ao Pedido de Acesso à Informação nº 000566.2026-78. Assinado

digitalmente por Gisele Silva de Andrade Mota em 26 de maio de 2026. Pirai: SMS, 2026.

PNUD. **Guia de Territorialização e Integração dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Brasília, DF: PNUD Brasil, 2021.

PNUD. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - Pirai - RJ**. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2010. Disponível em:
<https://www.undp.org/pt/brazil/desenvolvimento-humano/atlas-do-desenvolvimento-humano-no-brasil>. Acesso em: 18 jun. 2026.

TRINDADE, Antônio Augusto Cançado. **Tratado de Direito Internacional dos Direitos Humanos**. v. 1. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1997.

ANEXO A – Resposta ao Pedido de Acesso à Informação nº 000566.2026-78 – Secretaria Municipal de Saúde de Piraí-RJ



PREFEITURA DE
PIRAÍ

COMPROMISSO COM SEU FUTURO

SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



SUS
Sistema
Único
de Saúde

PROTOCOLO DO PEDIDO - 000566.2026-78

Respostas

1- Dados Vitais (Metas 3.1 e 3.2):

Número total de nascidos vivos;

➤ NASCIDOS VIVOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Nascimentos por residência mãe segundo ano do nascimento
Município de residência da mãe: Piraí
Período: 2021-2025

Ano do nascimento	Nascimentos por residência mãe
TOTAL	1.527
2021	217
2022	250
2023	134
2024	225
2025	246

Fonte:

- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

= 2021 em diante: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ.

Situação da base estadual em 15/05/2025.

= até 2021: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde - RS/SVS.

Situação da base nacional em 18/04/2025.

Para os anos de 2018 a 2021, foram excluídas as Declarações de Nascidos Vivos de residentes do Rio de Janeiro constantes da base estadual mas que não constam da base nacional consolidada.

Número total de óbitos maternos;															
Indicador 16 - Número de óbitos maternos Número de óbitos maternos segundo Ano Município: Piraí - 330400 Ano: 2021-2025 <table><thead><tr><th>Ano</th><th>Número de óbitos maternos</th></tr></thead><tbody><tr><td>Total</td><td>1</td></tr><tr><td>2021</td><td>-</td></tr><tr><td>2022</td><td>1</td></tr><tr><td>2023</td><td>-</td></tr><tr><td>2024</td><td>-</td></tr><tr><td>2025</td><td>-</td></tr></tbody></table> CÓPIA PARA EXCEL SAÍDA COMO CSV CÓPIA PARA TABELA Fonte: • Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM: ➤ A partir de 2011: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ. ➤ Situação da base estadual em 18/05/2025. ➤ até 2010: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - RS/SVSA. ➤ Situação da base nacional em 28/11/2023. Legenda: 1. (...) Dados numéricos não disponíveis, como quando o denominador é zero ou não foi informado. 2. (-) Valor numérico igual a zero, por não ter havido ocorrências ou o dado não ter sido informado.		Ano	Número de óbitos maternos	Total	1	2021	-	2022	1	2023	-	2024	-	2025	-
Ano	Número de óbitos maternos														
Total	1														
2021	-														
2022	1														
2023	-														
2024	-														
2025	-														

Rua: Moacyr Barbosa, nº 98 – Centro - Te: (24) 2411-9320
E-mail: visa.saude@pirai.rj.gov.br



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



COMPROMISSO COM SEU FUTURO

Número total de óbitos neonatais (até 28 dias);

Óbitos infantis - RJ

Óbitos infantis de residentes no RJ segundo Ano do óbito

Ano do óbito: 2021-2025

Faixa etária: menor de 1 ano: Neonatal precoce, Neonatal tardia

Município de residência: RJ, Pirai - 330400

Ano do óbito	Óbitos infantis de residentes no RJ
Total	13
2021	3
2022	3
2023	2
2024	3
2025	2

CÓPIA PARA EXCEL - SALVA COMO CSV - CÓPIA PARA TABELA

Fonte:

- Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM:
 - o A partir de 2011: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ.
 - o Situação da base estadual em 18/05/2026.
 - o até 2010: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - MS/SVSA.
 - o Situação da base nacional em 28/11/2023.

Número total de óbitos em crianças menores de 5 anos.

Mortalidade Geral - RJ

Óbitos não fetais de residentes RJ por Faixa etária segundo Ano do óbito

Ano do óbito: 2021-2025

Faixa etária: Menor de 1 ano, 1 a 4 anos

Município de residência: RJ, Pirai - 330400

Ano do óbito	Menor de 1 ano	Total
Total	10	10
2021	3	3
2022	4	4
2023	2	2
2024	4	4
2025	3	3

CÓPIA PARA EXCEL - SALVA COMO CSV - CÓPIA PARA TABELA

Fonte:

- Óbitos: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM:
 - o A partir de 2011: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ.
 - o Situação da base estadual em 18/05/2026.
 - o até 2010: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente - MS/SVSA.
 - o Situação da base nacional em 28/11/2023.

Rua: Moacyr Barbosa, nº 98 - Centro - Te: (24) 2411-9320
E-mail: visa.saude@pirai.rj.gov.br



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



COMPROMISSO COM SEU FUTURO

2- Epidemiologia (Meta 3.3):

Número de casos novos/confirmados de Dengue



Número de casos novos/confirmados Tuberculose



Rua: Moacyr Barbosa, nº 98 - Centro - Te: (24) 2411-9320
E-mail: visa.saude@pirai.rj.gov.br



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



Número de casos novos/confirmados de HIV:

ANO DO DIAGNÓSTICO	Nº CASOS
2021	15
2022	20
2023	9
2024	10
2025	13
Total Geral	67

Fonte: SINAN/MS – dados atualizados em 26/05/2026

3 - Atenção Básica (Meta 3.8):

Estimativa da população total do município por ano;

Indicador 17 - Cobertura da Atenção Primária à Saúde - dados anuais

População residente segundo Ano

Município: Pirai - 330400

Ano: 2021-2025

Ano	População residente
2021	29.545
2022	29.802
2023	27.474
2024	27.474
2025	29.054

[COPIA PARA EXCEL](#) [SOMAR COMO CSV](#) [COPIA PARA TABELA](#)

Fonte:

- Cobertura da atenção primária: e-Gestor Atenção Básica
- Ministério da Saúde - MS
- Situação de base nacional em 23/04/2026, com dados de 01/2021 a 02/2026.

Legenda:

- (...) Dados numéricos não disponíveis, como quando o denominador é zero ou não foi informado.
- (-) Valor numérico igual a zero, por não ter havido ocorrências ou o dado não ter sido informado.

Quantitativo da população coberta por equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF);

Indicador 17 - Cobertura da Atenção Primária à Saúde - dados anuais

Cobertura populacional da Atenção Primária segundo Ano

Município: Pirai - 330400

Ano: 2021-2025

Ano	Cobertura populacional da Atenção Primária
2021	100,0
2022	100,0
2023	100,0
2024	100,0
2025	100,0

[COPIA PARA EXCEL](#) [SOMAR COMO CSV](#) [COPIA PARA TABELA](#)

Fonte:

- Cobertura da atenção primária: e-Gestor Atenção Básica
- Ministério da Saúde - MS
- Situação de base nacional em 23/04/2026, com dados de 01/2021 a 02/2026.

Legenda:

- (...) Dados numéricos não disponíveis, como quando o denominador é zero ou não foi informado.
- (-) Valor numérico igual a zero, por não ter havido ocorrências ou o dado não ter sido informado.

Rua: Moacyr Barbosa, nº 98 – Centro - Te: (24) 2411-9320
E-mail: visa.saude@pirai.rj.gov.br



SECRETARIA
MUNICIPAL DE
SAÚDE



COMPRONISSO COM SEU FUTURO

Número de gestantes que realizaram 7 (sete) ou mais consultas de pré-natal.

3 SAÚDE VIVER NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Recenseamento por residência não por Consultas de pré-natal segundo Ano de nascimento
Município de residência da mãe: Pirai
Período: 2021-2025

Ano de nascimento	Resposta	1 a 6 consultas	6 a 8 consultas	7 e mais consultas	Ignorado ou não informado	Total
TOTAL	8	34	88	1.469	4	1.517
2021	2	6	22	169	2	121
2022	-	5	28	115	1	151
2023	-	9	19	302	-	331
2024	9	3	18	346	1	377
2025	2	5	12	117	-	136

Fontes:

- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
 - 2021 em âmbito: Secretaria de Estado de Saúde - SES/RJ;
 - Exclusão da base estadual em 15/05/2024;
 - em 2025, Secretaria de Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde - MS/VS;
 - Exclusão da base nacional em 28/04/2025;
- Para os anos de 2023 a 2025, foram acrescentadas as Declarações de Nascidos Vivos de residentes do Rio de Janeiro concluídas de base estadual mas que não constavam da base nacional consolidada.



Documento assinado digitalmente
GISELE SILVA DE ANDRADE MOTA
Data: 26/04/2025 15:12:29 -0300
Verifique em <https://validar.dl.gov.br>

Gisele Silva de Andrade Mota
Coord. Vigilância Epidemiológica de Pirai
Mat. 8767