

## 2

# UM PANORAMA SOBRE SAÚDE E DIREITOS HUMANOS<sup>1,2</sup>

---

*Sofia Gruskin*  
*Daniel Tarantola*

### INTRODUÇÃO

Que papel os direitos humanos desempenham no trabalho em saúde pública? Desde o início dos movimentos pela saúde da mulher, saúde reprodutiva e da população indígena tem sido defendido que as políticas e programas de saúde pública devem ter ciência e respeitar normas e padrões de direitos humanos. Também tem sido afirmado que o desrespeito aos direitos humanos constitui um obstáculo à efetividade de políticas e programas de saúde pública. Há aproximadamente uma década, um movimento interdisciplinar de “saúde e direitos humanos” tem produzido uma linha de pesquisas e inspirado programas voltados à realização do “mais alto padrão de saúde possível” (UN, 1966; Gruskin & Tarantola, 2001) com um foco particular nas populações mais desfavorecidas e marginalizadas, tendo sido a linguagem dos direitos humanos integrada a numerosas estratégias nacionais e internacionais de saúde pública, tais como àquelas abraçadas pela UNAIDS (2005, 2006). Contudo, ao se avançar além da retórica, ainda há diversidade de opiniões quanto ao que isso significa na prática.

Uma vez que muitos profissionais de saúde pública estão interessados em aplicar os direitos humanos ao seu trabalho, mesmo não tendo certeza do que isso significa em termos de esforços (além de se

---

<sup>1</sup> Tradução da publicação original Gruskin, S., & Tarantola, D. (2008). Health and human rights: overview. In K. Heggenhougen, & S. Quah (Eds.). *International encyclopedia of public health* (v. 3, p. 137-146). San Diego: Academic Press.

<sup>2</sup> Revisão técnica da tradução: Cassia Maria Buchalla.

ter um “bom coração”), é necessário inicialmente que sejam compreendidos alguns aspectos sobre os direitos humanos. No presente capítulo, procuramos estabelecer o que a aplicação desses conceitos representou na prática até o momento atual, discutir abordagens em saúde baseadas nos direitos humanos além sugerir questionamentos e preocupações futuros.

Embora este capítulo não pretenda incorporar as referências do campo da bioética à discussão, é importante reconhecer a longa relação entre os que estão no campo da bioética e os que trabalham com direitos humanos no que se refere à saúde (UNESCO, 2005). Os dois campos são distintos, mas eles se sobrepõem particularmente quanto à instituição de orientações internacionais para pesquisas por meio de formas de estabelecimento de normas profissionais. Os direitos humanos e a ética em saúde estão intimamente ligados, tanto conceitual como operacionalmente (Mann, 1999; Gruskin & Dickens, 2006). Ambos oferecem orientações singulares, valiosas e concretas para as ações de organizações nacionais e internacionais voltadas à saúde e desenvolvimento. Os trabalhadores em saúde pública deveriam observar seu valor específico, bem como as diferenças de paradigmas que representam particularmente em relação aos modos de observância, atuação e aplicação. As semelhanças e diferenças entre os campos da bioética e direitos humanos para o fortalecimento da proteção à saúde começaram a ser exploradas, mas estão fora do escopo do presente capítulo.

Aprendemos no trabalho com saúde pública que a atenção explícita aos direitos humanos mostra não só quem está ou não em desvantagem, como também se uma determinada disparidade em um desfecho em saúde é resultante de uma injustiça. Atualmente, os direitos humanos são concebidos de modo a oferecer uma estrutura para ação e planejamento, assim como para oferecer argumentos fortes e convincentes de responsabilidade governamental – não só instituir serviços de saúde, como também transformar as condições que criam, exacerbam e perpetuam pobreza, privação, marginalização e discriminação (Gruskin & Braveman, 2005). Um amplo espectro de atores tem cada vez mais procurado formas inovadoras de relacionar princípios dos direitos humanos ao trabalho em saúde, mostrando como uma perspectiva de direitos humanos pode render novos *insights* e formas mais efetivas de lidar com necessidades de saúde em âmbitos nacionais bem como na oferta de diretrizes programáticas em nível global.

## ABORDAGENS QUE INTEGRAM OS DIREITOS HUMANOS E O TRABALHO EM SAÚDE

Ao longo do tempo, tem se tornado claro que as pessoas tendem a trabalhar de várias formas para posteriormente trabalhar com saúde e direitos humanos e que, enquanto alguns têm a saúde como ponto de partida, outros têm os direitos humanos, e a única forma de integrá-los é que nenhuma abordagem tenha primazia sobre a outra. Apesar dessa diversidade, a estrutura em que operam pode, de um modo geral, ser dividida em quatro amplas categorias: *advocacy*, legislação, políticas e programas. Sintetizamos brevemente cada abordagem a seguir.

### Sistemas de *Advocacy*

*Advocacy*<sup>3</sup> é um componente-chave de muitas organizações que trabalham com saúde e direitos humanos. O trabalho na categoria de *advocacy* pode ser descrito como a utilização da linguagem dos direitos para chamar atenção a uma questão, mobilizar a opinião pública e advogar por mudanças nas ações de governos e outras instituições de poder. Os esforços de *advocacy* podem requerer a implementação de direitos mesmo que eles ainda não tenham sido reconhecidos em lei, e assim acabam por pressionar órgãos governamentais e intergovernamentais para que legitimem essas questões como reivindicações juridicamente vinculantes de direitos humanos. Isso também significa reunir desde ativistas que trabalham com assuntos relacionados à saúde (tais como os grupos focados na violência contra a mulher, em questões relacionadas à pobreza e ao comércio global) até formuladores de políticas públicas e outros grupos de influência, traduzindo as normas internacionais de direitos humanos para o trabalho e os interesses de comunidades locais, e apoiando a capacidade de organização de comunidades afetadas para que pressionem por mudanças nas estruturas legais e políticas. Um exemplo de abordagem de *advocacy* é o Movimento pela Saúde dos Povos (MSP), uma iniciativa da sociedade civil criada em 2000 que reúne indivíduos e organizações comprometidos com a implementação da Declaração de Alma-Ata sobre Atenção Primária à Saúde (Declaration of Alma-Ata, 1978; People's Health Movement, 2000). Em 2006, o MSP lançou a campanha “para

---

<sup>3</sup> O termo em inglês *advocacy* designa “defesa de direitos”. Optamos por não utilizar a tradução do termo para o português tendo em vista o uso consagrado e mais frequentemente empregado na literatura nacional e internacional ser no idioma original.

promover a meta de saúde para todos por meio de um movimento igualitário, participativo e intersetorial e como uma questão de Direito.” (People’s Health Movement, 2006).

### **Sistemas Legais**

Essa abordagem prioriza o papel das leis de direitos humanos nos níveis internacional e nacional na produção de normas, padrões e responsabilização<sup>4</sup> nos esforços relacionados à saúde. Isso envolve o engajamento formal com a lei, incluindo a construção da consonância entre a lei nacional e as normas internacionais de direitos humanos, por exemplo, para promover e proteger os direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids por meio de litígio e outras formas. A responsabilização jurídica por meio da legislação nacional e das obrigações presentes em tratados internacionais geralmente se expressa na análise do que um governo tem ou não feito em relação à saúde e como isso poderia se constituir em uma violação de direitos, buscando as soluções em cortes e tribunais nacionais e internacionais, e tendo como foco a transparência, a responsabilização e o funcionamento das normas e sistemas para promover e proteger os direitos relacionados à saúde. Exemplos de abordagem legal incluem casos judiciais recentes na América Latina e África do Sul sobre o acesso à medicação antirretroviral de pessoas vivendo com HIV, nos quais foram particularmente invocados os direitos à vida e à saúde (Carrasco, 2000; Nattrass, 2006). Nestes casos, as disposições constitucionais e os tratados internacionais de direitos humanos foram utilizados para desafiar a inação ou oposição de governos à aquisição e disponibilização de medicamentos sob a alegação de que estavam além das possibilidades econômicas do Estado ou, no caso da África do Sul, em razão da falta de evidências científicas quanto à sua segurança e eficácia (Elliot, 2002; PAHO, 2006).

### **Sistemas de Políticas**

Essa abordagem visa à criação de normas e padrões de direitos humanos principalmente por órgãos formuladores de políticas globais e nacionais a partir das perspectivas de saúde, econômica e de desenvolvimento. Essas incluem as normas ou linguagem dos direitos humanos con-

---

<sup>4</sup> O termo do inglês *accountability* foi traduzido como ‘responsabilização’ e ‘responsabilidade’.



forme constam nos documentos e estratégias que emanam de tais órgãos, bem como a abordagem adotada para operacionalizar o trabalho com direitos humanos em programas individuais e departamentos de uma organização. Além da inclusão das normas de direitos humanos em documentos consensuais e globais recentes, tal como o da Seção Especial sobre Aids da Assembleia Geral das Nações Unidas (UN, 2006), um amplo e crescente número de entidades nacionais e internacionais tem formulado abordagens em saúde baseadas em direitos no âmbito de seus próprios esforços. Dentre esses estão as diversas organizações e agências de desenvolvimento de assistência, fundos e programas do Sistema das Nações Unidas (tais agências incluem a UNAIDS, UNICEF, UNDP, UNFPA, DFID, assim como a Canadense CIDA e a Sueca SIDA).

### **Sistemas Programáticos**

Essa abordagem ocupa-se da implementação de direitos por meio de programas em saúde. Ela engloba o desenho, a implementação, o monitoramento e a avaliação de programas de saúde, incluindo quais assuntos são priorizados e por que razões nos diferentes estágios de trabalho. Tais esforços são frequentemente empreendidos por grandes organizações internacionais, tanto entidades intergovernamentais como não governamentais. Em geral, o trabalho nessa categoria refere-se à inclusão de componentes-chave de direitos humanos em iniciativas programáticas e em práticas cotidianas, tais como a garantia de atenção à participação de comunidades afetadas, não discriminação na forma como políticas e programas são conduzidos, atenção ao contexto legal e político no qual o programa está sendo implementado, transparência na forma como as prioridades são definidas e responsabilização jurídica pelos resultados. Exemplos detalhados dessa categoria são discutidos a seguir.

Na medida em que o campo da saúde e direitos humanos tornou-se mais enraizado em princípios robustos de direitos humanos e sólida saúde pública, é natural que diferentes interpretações e aplicações práticas estejam surgindo. Contudo, infelizmente, isso tem fomentado de várias maneiras a falta de clareza quanto ao valor agregado dos direitos humanos oferecido ao trabalho em saúde pública. Apesar das diferenças significativas, o trabalho que se assenta sob tais orientações é frequentemente visto como um amálgama denominado “abordagem de saúde baseada em direitos”, e estes são, em si, todo o mapa em se tratando de esforços legais, de *advocacy* ou programáticos. Pode-se afirmar que é uma grande conquista de todos aqueles que estimularam o diálogo em

torno da “abordagem de saúde baseada em direitos” que este termo seja hoje utilizado para caracterizar uma ampla gama de atividades. Um dos grandes desafios é o fato de o termo ser utilizado de modos distintos por diferentes instituições e indivíduos. No pior cenário, as inconsistências na forma pelas quais as “abordagens em saúde baseadas em direitos” são conceituadas ameaçam desfazer grandes realizações. No melhor, a diversidade na interpretação do que são as “abordagens de saúde baseadas em direitos” significa que o campo está vivo e bem.

### **A IMPRECISA ABORDAGEM EM SAÚDE BASEADA EM DIREITOS**

Em última análise, grande parte do trabalho de integração entre direitos humanos e saúde pública é observar sinergias e conflitos de decisão entre saúde e direitos humanos e trabalhar em um sistema de transparência e responsabilização de modo a alcançar o mais alto padrão de saúde possível. Os princípios centrais em todos os contextos são a não discriminação, igualdade e, na medida do possível, participação genuína das comunidades afetadas. Isso não significa uma única abordagem adequada. Além das diferenças de sistemas, questões relativas aos direitos e à adequação de políticas e programas relevantes a um determinado contexto de uma população podem ser diferentes a depender do contexto.

Inicialmente conceituada na metade dos anos 1990 como uma “abordagem baseada nos direitos humanos para o planejamento de programas de desenvolvimento” pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP, 1998), as abordagens baseadas em direitos têm sido aplicadas a populações específicas (por exemplo, crianças, mulheres, migrantes, refugiados e populações indígenas), necessidades básicas (como alimentação, água, segurança, educação e justiça), questões de saúde (por exemplo, saúde sexual e reprodutiva, HIV e acesso à medicação), fontes de sustento (como posse de terra, desenvolvimento rural e pesca) e ao trabalho de diversos atores engajados em atividades de desenvolvimento (por exemplo, o sistema das Nações Unidas, governos, organizações não governamentais e o setor corporativo). Mesmo a saúde sendo transversal a todas essas áreas e considerada tanto um pré-requisito como um importante desfecho de desenvolvimento, a compreensão acerca do que uma abordagem baseada em direitos de fato significa para os esforços em saúde pública varia entre os setores, disciplinas e organizações.

A fim de definir os princípios centrais das abordagens baseadas em direitos aplicáveis a todos os setores de desenvolvimento, incluindo-se a saúde, o sistema das Nações Unidas elaborou em 2003 o “Entendimento Comum” (UN, 2003). Em síntese, o documento sugere que os pontos a seguir são críticos para a identificação de uma abordagem baseada em direitos: todos os programas devem intencionalmente promover os direitos humanos internacionais; todos os esforços de desenvolvimento, em todos os níveis de planejamento de programas, devem ser norteados pelos padrões e princípios de direitos humanos fundamentados nas leis internacionais de direitos humanos; e todos os esforços de desenvolvimento devem construir a capacidade para “aqueles que têm deveres” cumpram suas obrigações e/ou para que os de direitos reivindiquem seus direitos (UN, 2003).

Definição das Nações Unidas sobre o Entendimento Comum da Abordagem Baseada nos Direitos Humanos para o Desenvolvimento:

1. Todos os programas de cooperação para o desenvolvimento, políticas e assistência técnica devem promover a implementação dos direitos humanos conforme preconizado na Declaração Universal de Direitos Humanos e outros instrumentos internacionais de direitos humanos.
2. Os padrões de direitos humanos contidos e os princípios resultantes da Declaração Universal de Direitos Humanos e outros instrumentos internacionais orientam toda cooperação e o planejamento de programas para o desenvolvimento em todos os setores e todas as fases desse processo.
3. A cooperação para o desenvolvimento contribui para o desenvolvimento de capacidades “daqueles que têm deveres” cumprirem suas obrigações e/ou de os “sujeitos de direitos” reivindicarem seus direitos.

Esse entendimento comum possui claras implicações para a implementação de políticas e programas de saúde porque oferece uma forma comum de pensar, muito embora, mesmo no âmbito da saúde, a interpretação do que esses programas efetivamente significam esteja longe de ser universal. Uma revisão de programas de saúde pública designados como “baseados em direitos” foi conduzida por parceiros e atores do sistema das Nações Unidas e indica diversas áreas relevantes acerca de como deveria ser a implementação de uma abordagem baseada em direitos (compilação bibliográfica, sem data). Uma abordagem em saúde baseada

em direitos torna explícita desde o início a referência aos direitos humanos, não inventa o conteúdo dos direitos e não evoca a relevância dos direitos retrospectivamente; ela enfatiza a capacidade de construção e não utiliza as normas de direitos humanos como uma forma de nomear violações após elas terem ocorrido, mas sim como uma forma de, em primeiro lugar, prevenir que as violações ocorram; e é baseada na implementação de um ou de vários princípios centrais de direitos, incluindo não discriminação, participação, responsabilização e transparência.

Ancorar estratégias de saúde pública nos direitos humanos pode enriquecer os conceitos e métodos utilizados para se alcançar os objetivos em saúde ao chamar atenção ao contexto legal e político no qual as intervenções em saúde ocorrem, assim como introduzir princípios de direitos, tais como a não discriminação e a participação das comunidades afetadas no desenho, implementação, monitoramento e avaliação dos sistemas, programas e outras intervenções de saúde. Além disso, essa prática permite que governos e agências internacionais sejam publicamente responsabilizados por suas ações e omissões. A introdução dos direitos humanos no trabalho em saúde pública diz respeito a abordagens e processos cujas aplicações têm por fim os maiores ganhos para a saúde pública. Isso não significa como o trabalho é feito ou qual será o desfecho final preestabelecido. Por exemplo, a utilização dos padrões de direitos humanos nos sistemas de saúde requer atenção quanto à sua disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e resultados entre diferentes grupos populacionais (Anexo – Comentário Geral N. 14, 2000). Esses termos possuem implicações concretas:

- Disponibilidade requer que a saúde pública e as instalações, bens e serviços de assistência à saúde, assim como os programas, sejam oferecidos com a máxima disponibilidade de recursos disponíveis aos governos. Tais recursos podem ter como origem fontes de financiamento público ou de ajuda internacional.
- Acessibilidade requer que as instalações, bens e serviços de saúde sejam alcançáveis por todos sem discriminação, incluindo-se de gênero e outras formas reconhecidas de discriminação, tais como condição socioeconômica, comunidade de origem e distância entre local de moradia e área urbana.
- Aceitabilidade demanda que as instalações, bens e serviços de saúde sejam culturalmente apropriados às populações atendidas.

- Por fim, instalações, bens e serviços de saúde devem ser apropriados do ponto de vista científico e médico e de ótima qualidade.

Embora nenhum desses termos deva ser estranho aos que trabalham na saúde pública, o valor agregado da abordagem de direitos humanos à saúde é a sistematização da atenção a essas questões, demandando que referências e objetivos sejam estabelecidos para garantir que quaisquer alvos sejam progressivamente alcançados e assegurando transparência e responsabilização nas decisões tomadas e nos resultados finais.

### **Abordagens em Saúde Baseadas em Direitos na Prática**

A integração entre saúde e direitos humanos proporciona um sistema no qual o progresso, sucesso, ou fracasso de uma política ou programa pode ser desenvolvido e avaliado perante ambas as referências, de saúde pública e de direitos humanos. Na prática, a estimativa, desenho, implementação, monitoramento e avaliação de qualquer política, estratégia e programa ou intervenção em saúde deve incorporar os componentes centrais de uma abordagem baseada em direitos.

Os profissionais de saúde pública e de direitos humanos têm cada vez mais trabalhado para transformar o compromisso com a saúde e os direitos em uma agenda de ação relativa ao desenvolvimento, desenho, implementação, monitoramento e avaliação de políticas, programas e intervenções. A Tabela 1 ilustra como as conexões entre uma saúde pública coesa e as normas de direitos humanos podem ser explicitamente estabelecidas e fortalecidas. Trata-se de uma tentativa de representar um processo pelo qual pontos de convergência e possíveis tensões entre práticas de saúde e de direito possam emergir. Ela divide esquematicamente o campo em cinco elementos, incluindo política e contexto legal; avaliação e análise de situação; desenho de política, programa ou intervenção; implementação; e monitoramento e avaliação. São propostas perguntas que permitem que cada um desses elementos sejam examinados pelos componentes-chave da abordagem baseada em direitos selecionados por sua relevância à saúde pública e aos direitos humanos: participação, atenção às populações mais vulneráveis, não discriminação e responsabilização. Essa tabela busca somente ajudar na sistematização e apresentação de exemplos de questões que interpelam uma abordagem baseada em direitos em cada estágio de seu desenvolvimento. Não há de forma alguma a pretensão de ser exaustiva e, se utilizada na prática, deverá ser adaptada conforme a especificidade de saúde ou incapacidade em questão.

Uma abordagem baseada em direitos para a saúde, portanto, pode orientar escolhas sobre o que pode ser feito e como pode ser feito, por exemplo, quando aplicada localmente em um ambiente institucional ou comunitário. Assim como em outras abordagens aplicadas aos esforços de planejamento de programas em saúde pública, seu objetivo é alcançar coerência ao atender às necessidades de saúde individuais e coletivas; mas, também, busca avançar na promoção e proteção dos direitos humanos. Utilizar a abordagem baseada em direitos é apenas uma das ferramentas para realizar um trabalho efetivo em saúde pública. Tal abordagem não estabelece, por si só, prioridades entre programas para a obtenção de recursos, já que cada um alegadamente melhoraria a saúde e a implementação de importantes direitos, nem determina a melhor forma de agir uma vez que a intervenção seja acordada. Uma abordagem baseada em direitos será mais forte quando utilizada conjuntamente com uma avaliação empírica do complexo epidemiológico, econômico, de gestão e outras informações relevantes para decidir como os recursos podem ser utilizados com maior efetividade e quais tipos de melhorias na saúde da população deveriam ser enfatizadas.

## CONCLUSÕES

Um progresso considerável foi alcançado na última década quanto à compreensão e promoção das abordagens em saúde baseada em direitos. Entretanto, os últimos anos têm testemunhado uma tendência preocupante, qual seja, a de alguns grupos atribuírem o reduzido sucesso de estratégias em áreas que abrangem desde HIV/Aids até sobrevivência infantil à “atenção desnecessária aos direitos humanos” (De Cock, Mbori-Ngacha, & Marum, 2002). Embora tais argumentos possam ser vagos, sem foco e frequentemente baseados em interpretações errôneas sobre como os direitos humanos e a saúde são efetivamente operacionalizados, o ceticismo que fundamenta tais argumentos precisará ser enfrentado nos próximos anos. Uma maior clareza sobre os paradigmas centrais da saúde e direitos humanos é essencial para tornar esse trabalho mais efetivo, assim como para possibilitar a formulação de contra-argumentos que sejam não só persuasivos para os céticos, mas úteis para a comunidade de saúde pública como um todo. O benefício, portanto, de considerar diferentes formas de conceituar e buscar abordagens em saúde baseadas em direitos é que, ao considerar diferentes iniciativas que reivindicam ser “baseadas em direitos”, é possível se obter uma noção mais clara de que

trabalho está sendo feito, bem como o que é necessário para levar o campo da saúde e direitos humanos na direção de maior clareza. A ideia não é impor uma definição de abordagem em saúde baseada em direitos sobre a outra, mas sim alimentar a discussão sobre como os esforços de diferentes atores que trabalham no campo da saúde e direitos humanos podem estar mais bem alinhados. Um passo preliminar consiste em examinar tais diferenças em vez de ocultá-las.

É de suma importância a documentação da efetividade das abordagens em saúde baseadas em direitos, isto é, a apresentação de sólidas evidências de como as abordagens de direitos humanos para iniciativas de saúde pública as têm, de fato, fortalecido e informado a prática consistente em saúde pública em vez de atuar como impedimentos. As abordagens em saúde baseadas em direitos vigentes atualmente em diversas instituições devem ser examinadas e validadas para garantir clareza quanto ao que se entende por pontos fortes e limitações das formas de integrar os direitos humanos ao trabalho em saúde no âmbito governamental, não governamental e internacional. São necessários esforços para reunir e analisar dados que demonstrem como os direitos humanos têm sido relevantes em todos os aspectos da formulação de programas em saúde pública, desde a análise da saúde e das necessidades em saúde de uma população até a forma como as avaliações de eficácia dos sistemas de saúde são feitas. Portanto, a pesquisa é necessária não somente para expandir a evidência já existente de que restrições aos direitos humanos afetam negativamente a saúde, mas também de que a implementação dos direitos humanos – todos os direitos humanos – tem impactos benéficos na saúde e no bem-estar.

É por meio de tais esforços que será constituída a habilidade de criar evidências da efetividade das abordagens em saúde baseadas em direitos. O desafio atual consiste em aproveitar o poder dos direitos humanos para melhorar todos os domínios do trabalho em saúde pública. Isso irá demandar a organização de habilidades e o comprometimento de toda a comunidade de saúde pública. Enquanto abraçamos as diferenças de como as abordagens baseadas em direitos são operacionalizadas, a tarefa no momento é garantir que a saúde pública e os direitos humanos continuem caminhando juntos de maneira forte, poderosa e prática.

**PARA SABER MAIS**

**Tabela 1 – Aplicação da abordagem baseada em direitos à saúde pública: exemplos de encaminhamentos para garantir a maior congruência entre saúde pública e direitos humanos.**

ELEMENTOS DE DIREITOS HUMANOS ELEMENTOS DE SAÚDE PÚBLICA	PARTICIPAÇÃO	ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES MAIS VULNERÁVEIS	NÃO DISCRIMINAÇÃO	RESPONSABILIZAÇÃO
1. Política e contexto legal	A participação das comunidades e grupos de interesse possui apoio da lei e da política? As comunidades expostas ou desproporcionalmente afetadas pelo problema de saúde em questão foram convidadas a contribuir na formulação das políticas que lhe dizem respeito?	As políticas referem-se especificamente às populações vulneráveis quanto à saúde, deficiência e determinantes sociais e econômicos? As estruturas, processos e recursos necessários têm sido disponibilizados para traduzir essas políticas e leis na prática?	As políticas e leis são discriminatórias com relação à má saúde e seus reconhecidos determinantes, práticas e impactos sociais e econômicos? Há políticas e leis que se opõem especificamente à discriminação com base na condição de saúde ou deficiência e seus reconhecidos determinantes, práticas e impactos sociais?	As políticas e leis têm sido debatidas por meio de processos políticos e em fórum público? As políticas, programas e intervenções são consistentes com as leis e normas e padrões dos direitos humanos? As políticas e leis foram traduzidas em decretos ou outros instrumentos para torná-las efetivas? O mecanismo de comunicação está organizado para encaminhar denúncias de violações de políticas e leis? O processo judicial e funcional está organizado para lidar com essas denúncias? Têm sido feitos esforço para chamar atenção das pessoas às políticas e leis que são especificamente relevantes a elas?



<p>2. Análise da situação de saúde de uma população em particular ou de um problema específico de saúde pública</p>	<p>Os membros de interesse dos setores governamentais, privado e das organizações da sociedade civil participaram do delineamento do estudo? Tem sido direcionada atenção para garantir que a população afetada pela má saúde, ou seus representantes, participe do desenho das avaliações de situação?</p>	<p>A avaliação de situação reconheceu as populações mais afetadas pela má saúde ou deficiência e teve como foco a análise de sua situação, necessidades e capacidade? Os fatores que conduzem ao aumento da vulnerabilidade à má saúde e deficiência foram adequadamente mapeados e incorporados ao desenho da análise de situação?</p>	<p>A análise de situação é, sob algum aspecto, discriminatória em seu objetivo, desenho, condução e análise?</p>	<p>Como e quem disseminará os resultados da análise entre os líderes políticos, grupos profissionais, comunidade e mídia? A avaliação de situação será conduzida por entidades competentes e confiáveis? O corpo de evidência presente informou o desenho da avaliação de situação? A apresentação dos resultados é sensível ao risco de tornar a discriminação mais grave? Caso afirmativo, qual mecanismo foi acionado para minimizar esse risco?</p>
<p>3. Processo de desenvolvimento de uma política pública, programa ou intervenção</p>	<p>As informações e consultas públicas foram incluídas nas etapas de desenvolvimento da política, programa ou intervenção? Opiniões divergentes foram consideradas antes de se obter uma decisão final?</p>	<p>As comunidades particularmente interessadas na questão de saúde ou deficiência participaram no desenho da política, programa ou intervenção? Quais benefícios e riscos decorrentes da política, programa ou intervenção poderiam ser acrescentados às comunidades particularmente vulneráveis ou afetadas pelo problema de saúde ou deficiência? Há atenção e recursos suficientes destinados a suprir as necessidades das populações vulneráveis?</p>	<p>O desenho da política, programa ou intervenção é, de alguma forma, discriminatório? Há legítimas restrições de direitos consideradas como parte da política, programa ou intervenção? Caso afirmativo, qual processo foi apresentado para legitimar tais restrições?</p>	<p>O desenvolvimento da política, programa ou intervenção é abertamente discutido com as comunidades vulneráveis ou seus representantes? Caso tenham sido afirmadas restrições de direitos no interesse da saúde pública, as razões para tanto têm sido claramente apresentadas, bem como os processos aplicados em tais decisões? As autoridades responsáveis pelo desenho da política, programa ou intervenção fizeram com que se tornassem conhecidas para o público? A política, programa ou intervenção atende aos critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade na forma com que responde às necessidades da população? O desenho da política, programa ou intervenção inclui alvos e referências para mensurar o progresso em relação à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços?</p>

4. Implementação de uma política, programa ou intervenção em saúde e deficiência	<p>As informações públicas, educação e participação são efetivamente incluídas na implementação da política, programa ou intervenção?</p> <p>Os atores do sistema de saúde e de outros setores relevantes foram formados, treinados e equipados para implementar a política, programa ou intervenção de forma sensível à saúde e direitos humanos?</p>	<p>Há comunidades particularmente vulneráveis ou afetadas engajadas na implementação da política, programa ou intervenção?</p> <p>A implementação da política, programa ou intervenção está investindo todo seu potencial por maiores disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços que atendem essas populações?</p>	<p>A implementação da política, programa ou intervenção é discriminatória em sua aplicação? De que modo tal discriminação é perpetrada? Em qual contexto e por quais atores?</p> <p>Como é possível combater a discriminação na implementação da política, programa ou intervenção?</p> <p>Quais planos foram feitos e recursos destinados para combater a discriminação ativa?</p>	<p>A implementação da política, programa ou intervenção atende aos critérios de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade na forma com que responde às necessidades da população?</p>
5. Um sistema no qual o sucesso ou fracasso de uma política ou programa possam ser avaliados tanto do ponto da saúde pública como dos direitos humanos	<p>Os alvos foram estabelecidos e sucesso e fracasso definidos com a participação pública?</p>	<p>Os alvos foram estabelecidos e sucesso e fracasso definidos com a participação das comunidades vulneráveis ou afetadas ou de seus representantes?</p> <p>A implementação atende às necessidades dessa população com o máximo de recursos disponíveis?</p> <p>Os sistemas de monitoramento e avaliação estão sendo eficientes ao monitorar e avaliar disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços que atendem essas populações?</p>	<p>O sistema de monitoramento e avaliação é projetado para detectar causas, práticas e impactos de ações discriminatórias?</p> <p>As reivindicações com base em discriminação são ouvidas e consideradas no processo de monitoramento e avaliação?</p>	<p>Há um mecanismo que monitore e avalie a implementação e os impactos da política, programa ou intervenção de acordo com os critérios de disponibilidade, acessibilidade e qualidade estabelecidos?</p> <p>Os processos foram planejados e recursos dirigidos para mensurar o impacto da política, programa ou intervenção estabelecida?</p> <p>Esses resultados são tornados públicos?</p> <p>Os impactos na saúde de quaisquer violações de direitos humanos são investigados e documentados?</p> <p>A política, programa ou intervenção tem contribuído para a promoção dos direitos humanos, inclusive o direito à saúde?</p> <p>A política, programa ou intervenção tem contribuído para progredir na realização de outros direitos humanos?</p> <p>Tais resultados são utilizados para informar mudanças ou ajustes necessários na política, programa ou intervenções, dentro e fora do setor da saúde?</p>



### **O Direito ao Mais Alto Padrão de Saúde Possível: 11/08/2000**

E/C.12/2000/4. (Comentários Gerais)

Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, Vigésima segunda sessão, Genebra, 25/Abril – 12/Maio, Agenda item 3.

Assuntos Substanciais Emergentes na Implementação da Convenção Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

### **Comentário Geral N. 14 (2000)**

O direito ao mais alto padrão de saúde possível (artigo 12 da Convenção Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais).

#### **Excertos**

11. O Comitê interpreta o direito à saúde, conforme definido no artigo 12.1, como um direito inclusivo que se estende não só ao cuidado em saúde apropriado e no momento certo como ao acesso à água segura e potável e saneamento adequado, uma oferta adequada de alimentação, nutrição e habitação seguras, condições ocupacionais e ambientais saudáveis e acesso à educação e informação relativas à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva. Outro importante aspecto é a participação da população no processo de formação de decisão relacionada à saúde nos níveis comunitário, nacional e internacional.
12. O direito à saúde em todas suas formas e níveis contém os seguintes elementos inter-relacionados e essenciais, cuja precisa aplicação dependerá das condições predominantes em um determinado Estado Parte:
  - (a) **Disponibilidade.** O funcionamento de saúde pública e das instalações, bens e serviços de atenção à saúde, bem como os programas, devem estar disponíveis em quantidade suficiente no Estado Parte. A natureza específica das instalações, bens e serviços irá variar a depender de inúmeros fatores, inclusive do nível de desenvolvimento do Estado Parte. Contudo, eles in-

cluído os determinantes fundamentais de saúde, tais como água potável para consumo e instalações sanitárias adequadas, hospitais, clínicas e outros estabelecimentos relacionados à saúde, médicos e profissionais treinados que recebam salários competitivos de mercado e medicamentos essenciais, conforme definido pelo Programa de Ação de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde.

- (b) Acessibilidade.** As instalações, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis a todos sem discriminação dentro dos limites jurídicos do Estado Parte. A acessibilidade possui quatro dimensões que se sobrepõem:

**Não discriminação:** instalações, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis a todos, especialmente aos setores da população mais vulneráveis e marginalizados, na lei e na prática, sem discriminação baseada em qualquer tipo de proibição.

**Acessibilidade física:** instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance físico e seguro a todos os setores da população, especialmente grupos vulneráveis ou marginalizados, tais como minorias étnicas e populações indígenas, mulheres, crianças, adolescentes, pessoas mais velhas, pessoas com deficiências e pessoas com HIV/Aids. Acessibilidade também implica que os serviços médicos e os determinantes fundamentais de saúde, tais como água segura e potável e instalações sanitárias adequadas, estejam dentro de alcance físico seguro, inclusive em áreas rurais. Acessibilidade inclui também acesso a estabelecimentos para pessoas com deficiências.

**Acessibilidade econômica (de preço acessível):** instalações, bens e serviços de saúde devem ter preço acessível a todos. O pagamento por serviços de atenção à saúde, assim como de serviços relativos às aos determinantes fundamentais de saúde, deve ser baseado no princípio da equidade, garantindo que tais serviços, públicos ou privados, tenham preço acessível a todos, inclusive grupos socialmente desfavorecidos. A equidade exige que domicílios mais pobres não devam ser

desproporcionalmente sobrecarregados com despesas de saúde em comparação aos domicílios mais ricos.

Acessibilidade de informação: acessibilidade inclui o direito a procurar, receber e comunicar informações e ideias relativas a assuntos de saúde. Contudo, a acessibilidade de informação não deve restringir o direito a ter informações pessoais de saúde tratadas com confidencialidade.

- (c) **Aceitabilidade.** Todas as instalações, bens e serviços devem respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados, isto é, respeitar a cultura dos indivíduos, minorias, povos e comunidades, sensíveis às necessidades de gênero e dos ciclos da vida, assim como ser moldados para respeitar a confidencialidade e melhorar o estado de saúde daqueles em questão.
- (d) **Qualidade.** Assim como ser culturalmente aceitáveis, as instalações, bens e serviços devem ser apropriados do ponto de vista médico e científico e de boa qualidade. Isso requer, dentre outras coisas, profissionais médicos capacitados, medicamentos e equipamento hospitalar cientificamente aprovados e que estejam dentro do prazo de validade, água segura e potável e saneamento adequado.

## REFERÊNCIAS

- Carrasco, E. (2000, 13 July). Access to treatment as a right to life and health. *International Conference on AIDS, TuOrE458*. Durban. Recuperado em 1 dezembro, 2007, de <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/d102239925.html>.
- Declaration of Alma Ata (1978). *International Conference of Primary Health Care*. Alma Ata, USSR.
- De Cock, K. M., Mbori-Ngacha, O., & Marum, M. (2002). Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *The Lancet*, 360, 67-72.
- Elliott, R. (2002). Inter-American Commission on Human Rights hold hearing on access to treatment in Latin America and the Caribbean. *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review*, 17, 66.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). (2000). General comment n° 14. The right to the highest attainable standard of health (article

- 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). EIC.12/2000/4. Geneva: United Nations.
- Gruskin, S., & Braveman, P. (2005). Addressing social injustice in a human rights context. In V. Sidel, & B. Levy (Eds.), *Social injustice and public health* (pp. 405-417). London/New York: Oxford University Press.
- Gruskin, S., & Dickens, B. (2006). Human rights and ethics in public health. *American Journal of Public Health, 96*(11), 1903-1905.
- Gruskin, S., & Tarantola, D. (2001). Health and human rights. In R. Detels, & R. Beaglehole (Eds.), *Oxford textbook on public health* (pp. 311-335). London/New York: Oxford University Press.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2005). *Intensifying HIV Prevention. UNAIDS policy position paper*. Recuperado em 1 dezembro, 2007, de [http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif\\_hiv-new\\_style\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-new_style_en.pdf).
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2006). *Scaling up access to HIV prevention, treatment, care and support: the next steps*. Recuperado em 1 dezembro, 2007, de [http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1267-univaccess-thenextsteps\\_en.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1267-univaccess-thenextsteps_en.pdf)
- Mann, J. M. (1999). Medicine and public health, ethics and human rights. In J. M. Mann, S. Gruskin, M. A. Grodin, & G. J. Annas (Eds.), *Health and human rights: a reader* (pp. 439-452). New York: Routledge.
- Nattrass, N. (2006). *AIDS, science and governance: the battle over antiretroviral therapy in Post-Apartheid South Africa*. University of Cape Town: AIDS and Society Research Unit. Recuperado em 1 dezembro, 2007, de <http://www.aids.truth.org/nattrass.pdf>.
- Pan American Health Organization (PAHO). (2006). *Legislation and milestones in access to antiretroviral treatment in Latin America and the Caribbean*. Recuperado em 1 dezembro, 2007, de [http://www.paho.org/Project.asp?SEL=CN&LNG=ENG&ID=270&PRGRP=docs\\_gen](http://www.paho.org/Project.asp?SEL=CN&LNG=ENG&ID=270&PRGRP=docs_gen).
- People's Health Movement. (2000). *The people's health charter*. Recuperado em 1 dezembro, 2007, de [http://www.phmovement.org/en/resources/charters/peoples\\_health](http://www.phmovement.org/en/resources/charters/peoples_health).
- People's Health Movement. (2006). *Right to health and health care campaign*. Recuperado em 1 dezembro, 2007, de <http://www.phmovement.org/en/campaigns/145/page>.
- United Nations (UN). (1966, 16 December). *International covenant on economic, social and cultural rights*. New York: UN. Recuperado em 1 dezembro, 2007, de [http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?chapter=4&lang=en&mtdsg\\_no=IV-3&src=TREATY](http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?chapter=4&lang=en&mtdsg_no=IV-3&src=TREATY).
- United Nations (UN). (2003). *The human rights-based approach to development cooperation towards a common understanding among the UN agencies*. Recuperado em 1 dezembro, 2007, de [http://hrbportal.org/?page\\_id=2127](http://hrbportal.org/?page_id=2127).

- 
- United Nations (UN). (2006). *Political Declaration on HIV/AIDS*. Resolução 60/262. Recuperado em 1 dezembro, 2007, de <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N05/503/32/PDF/N0550332.pdf?OpenElement>.
- United Nations Development Programme (UNDP). (1998). *Integrating human rights with sustainable human development: a UNDP policy document*. Recuperado em 1 dezembro, 2007, de [http://hurilink.org/tools/UNDP\\_integrating\\_hr.pdf](http://hurilink.org/tools/UNDP_integrating_hr.pdf).
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2005). *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. UNESCO Resolution adopted on the report of Commission III at the 18th plenary meeting, on 19 October 2005. Paris: UNESCO.

