D. DIREITO À SAÚDE

IMPLICAÇÕES SOCIAIS
PROGRESSO CIENTÍFICO
DISPONIBILIDADE E QUALIDADE

"Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários […]"
Artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos. 1948.

HISTÓRIA ILUSTRATIVA

A história de Maryam

Maryam tem 36 anos de idade e é mãe de seis crianças. Cresceu numa aldeia longe dos centros urbanos e deixou de estudar quando terminou o segundo ano. Os seus pais eram pobres e a escola era a quatro quilómetros a pé da sua aldeia. O seu pai acreditava que a educação de uma menina era uma perda de tempo e de esforço, uma vez que as meninas estão destinadas ao casamento e não a ganhar o sustento.

Quando tinha 12 anos, Maryam foi circuncidada de acordo com o costume local. Aos 16 anos casou com um homem nos seus 50 anos. O pai recebeu uma quantia substancial paga pelo noivo a título de *dote.* No ano seguinte, ela deu à luz um rapaz, mas a criança nasceu morta. A clínica regional era a 10 quilómetros da aldeia e não assistia aos partos. O marido batia-lhe muitas vezes durante a gravidez e ela acreditava que o bebé tinha nascido morto devido a esses espancamentos. Contudo, a família e muitos da aldeia colocaram a culpa pelo nascimento da criança morta sobre ela. Maryam não tinha qualquer desejo de ter relações sexuais com o marido. Ela tinha medo dele e temia uma gravidez. O marido considerava que era seu direito manter relações sexuais com ela e obrigava-a, regularmente, a fazê-lo. Maryam não queria engravidar mas não teve outra alternativa. Ela visitou um curandeiro local, tomou misturas de ervas e usou amuletos que não trouxeram qualquer resultado. Raramente tinha tempo para ir à clínica de saúde e quando foi, porque os seus filhos estavam doentes, não conseguiu falar de contraceção com a enfermeira. A enfermeira, embora parecesse perceber a língua materna de Maryam, preferiu falar na língua dominante falada na capital e entre a classe educada. A enfermeira intimidou Maryam.

A sua vida foi uma longa saga de violência, pobreza e carência. Maryam lutou para manter o seu corpo e alma juntos, ao longo das suas várias gravidezes e da educação dos seus filhos. Ela cultivava uma pequena área de terra para alimentar as suas crianças porque o marido nunca lhe dava dinheiro suficiente. Recorreu aos pais e até a missionários que visitavam a aldeia. Todos lhe disseram para obedecer ao marido e lembraram-lhe que o seu dever era obedecer ao marido e família.

Um dia o marido acusou Maryam de "fazer companhia" a outro homem. Ele afirmou que a viu a rir e a conversar com um aldeão local, num dia de mercado. Quando ela respondeu, ele agrediu-a repetidamente, esmurrando-a até ela cair no chão, chamando-a de prostituta e jurando que ia vingar a sua desonra. Maryam ficou gravemente ferida e pensou que tinha fraturado algumas costelas. Durante semanas não conseguiu sair de casa. Ela não tinha dinheiro para ir a um centro de saúde para receber tratamento e não existia forma de lá conseguir chegar. Ninguém na vila a ajudou, embora algumas pessoas pensassem que, desta vez, o marido tinha ido longe demais. Uma mulher é assunto do marido. Incapaz de ir ao mercado para comprar e vender e de tratar do seu quintal, Maryam e os filhos quase passaram fome.

Maryam sentiu que iria existir violência no futuro. Temeu pela sua vida e das suas crianças. Num sonho, ela viu a sua própria

morte e percebeu que tinha de partir. Assim que conseguiu andar, pegou nos dois filhos mais pequenos e deixou a aldeia. Agora vive noutra aldeia, uma refugiada no seu próprio país, vivendo no medo de ser encontrada pelo marido e ser levada de volta para casa.

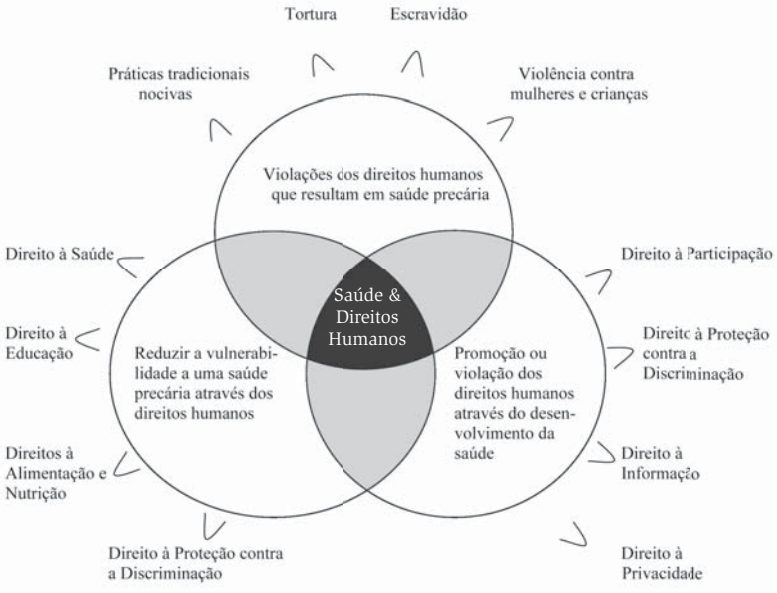
(Fonte: Adaptado da Organização Mundial de Saúde. 2001. *Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health*.)

Questões para debate

Repare nos pontos de debate listados *infra* da perspetiva da definição de saúde, tal como declarada na constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1946, "*[…] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade.*"

1. Quando começaram os problemas de Maryam?
2. Como foi ela tratada pelas figuras de autoridade (pai, marido, enfermeira e missionário)? Porquê?
3. Que impacto teve a pobreza na vida de Maryam e na dos seus filhos? Acha que Maryam e o marido eram igualmente pobres?
4. Como é que posicionaria cada grupo (homens, mulheres e crianças) na comunidade da Maryam, no que respeita ao seu estatuto e poder? Justifique.
5. Que informação necessitaria Maryam para mudar as circunstâncias da sua vida e a das suas crianças?
6. Embora exista um centro de saúde na região, ele foi útil para a Maryam? Justifique.
7. Observe o esquema abaixo: são dados exemplos das interligações entre saúde e direitos humanos. Que interligações se relacionam diretamente com as questões apresentadas na história da Maryam?

Exemplos de Interligações entre a Saúde e os Direitos Humanos



A SABER

1. O DIREITO HUMANO À SAÚDE NUM CONTEXTO MAIS ALARGADO

O direito humano à saúde apresenta um vasto e complexo conjunto de questões interligadas porque a saúde e o bem-estar estão intrinsecamente ligados a todas as etapas e aspetos da vida. Nos instrumentos internacionais de direitos humanos encontram-se direitos específicos relacionados com a saúde. Essencialmente, todos os direitos humanos são interdependentes e interrelacionados. Assim, a realização dos direitos humanos e a negligência relativamente aos mesmos ou a sua violação é relevante para um conjunto de direitos humanos e não para, apenas, um direito isolado. Esta interconectividade torna-se evidente quando se considera que o bem-estar humano (isto é, a saúde) requer a satisfação de todas as necessidades humanas, tanto físicas, tais como a necessidade de ar, água, alimento e sexo, como sociais e psicológicas, tais como a necessidade de amor e pertencer a grupos de amigos, família e comunidade.

Os direitos humanos encontram-se ligados às obrigações dos Estados de contribuir para o cumprimento dessas necessidades e de permitir a grupos e indivíduos viver com dignidade. A seguir à Segunda Guerra Mundial, a Carta das Nações Unidas tornou claro que os Estados-membros têm obrigações a respeito dos direitos humanos. O direito humano à saúde foi tornado explícito, em 1948, na Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH), no artº 25º que afirma que "*Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários […]*".

Uma definição ampla e visionária da saúde é estabelecida no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS): *"[…] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade."*. Esta visão holística da saúde enfatiza o facto de que muitas das políticas que determinam a saúde são feitas fora do setor convencional da saúde e afetam as determinantes sociais da saúde.

A OMS atribui uma importância crescente à operacionalização dos princípios de direitos humanos no seu trabalho e foca-se em três áreas principais: apoiar governos na adoção e implementação de uma abordagem baseada nos direitos humanos ao desenvolvimento da saúde, fortalecimento das capacidades da OMS para integrar a abordagem baseada nos direitos humanos no trabalho da OMS e promover o direito à saúde no direito internacional e nos processos de desenvolvimento. A organização adotou um documento com a sua posição sobre atividades de saúde e direitos humanos no seio da OMS, com o intuito de integrar os direitos humanos no âmbito do seu trabalho e de assegurar que o estatuto dos direitos humanos seja elevado à condição de um elemento essencial nos sistemas nacionais públicos de saúde.

Saúde e Segurança Humana

O número crescente de conflitos armados e emergências e o extenso número

de refugiados que procuram proteção da guerra e de desastres naturais colocam o direito humano à vida no centro do direito à saúde. As organizações, como o Comité Internacional da Cruz Vermelha, os Médicos para os Direitos Humanos, os Médicos sem Fronteiras e os Médicos do Mundo, mobilizam profissionais da saúde para aplicarem uma abordagem baseada nos direitos humanos, com o intuito de assegurar o direito à saúde em emergências e outras situações de insegurança humana. A violência é um enorme problema de saúde pública e um sério obstáculo à realização do direito à saúde. Cada ano, milhões de pessoas morrem em resultado de ferimentos devidos à violência. Outras sobrevivem mas vivem com incapacidades, tanto físicas como psicológicas. A violência pode-se prevenir. É resultado de complexos fatores sociais e ambientais. A experiência da violência coletiva, que acontece durante guerras civis e internacionais num país, é referida como algo que torna o uso da violência, nesses países, cada vez mais comum.

2. DEFINIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA QUESTÃO

Saúde e Direitos Humanos

Existem relações importantes entre saúde e direitos humanos. As áreas de interseção incluem: violência, tortura, escravidão, discriminação, água, alimentação, habitação e práticas tradicionais, nomeando apenas algumas.

O compromisso da DUDH para o direito humano à saúde, como uma parte do direito a um adequado padrão de vida, foi tornado mais explícito no **artº 12º do Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais** (PIDESC), em 1966. Este tratado foi adotado ao mesmo tempo que o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (PIDCP). Esta separação, através dos dois Pactos, em duas categorias era sintomática das tensões da Guerra Fria durante a qual os países do leste deram prioridade aos direitos humanos do PIDESC, enquanto os países ocidentais promoveram os direitos civis e políticos como o centro das preocupações de direitos humanos. Até à data, o PIDCP foi ratificado por 167 países e o PIDESC por 160.

O texto do artº 12º do PIDESC é pedra basilar do direito à saúde e estabelece:

1. Os Estados Partes no presente Pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir.
2. As medidas que os Estados Partes no presente Pacto tomarem com vista a assegurar o pleno exercício deste direito deverão compreender as medidas necessárias para assegurar:
   a) A diminuição da mortinatalidade e da mortalidade infantil, bem como o são desenvolvimento da criança;
   b) O melhoramento de todos os aspetos de higiene do meio ambiente e da higiene industrial;
   c) A profilaxia, tratamento e controlo das doenças epidémicas, endémicas, profissionais e outras;
   d) A criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença.

Existem vários tratados regionais de direitos humanos que foram mais longe na definição do direito à saúde, incluindo o artº 11º da Carta Social Europeia de 1961, que foi revista em 1996, o artº 10º do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos, Sociais e Culturais de 1988 e o artº 16º da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, de 1981.

"É meu objetivo que a saúde seja, finalmente, vista não como uma bênção pela qual se espera, mas, sim como um direito humano pelo qual se tem de lutar."
Kofi Annan

Os governos abordam as suas obrigações sob o artº 12º do PIDESC de forma diferente e o organismo encarregado de monitorizar a aplicação do Pacto procurou esclarecer as obrigações dos Estados com o seu **Comentário Geral nº14**, um texto interpretativo adotado em maio de 2000. Este Comentário Geral demonstra como a realização do direito humano à saúde depende da realização de outros direitos humanos, incluindo os direitos à vida, alimentação, habitação, trabalho, educação, participação, usufruto dos benefícios do progresso científico e sua aplicação, liberdade de procurar, receber e transmitir informações de todos os tipos, não discriminação, proibição da tortura e liberdade de associação, reunião e circulação.

Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade e Qualidade

O Comentário Geral também estabelece quatro critérios para, através deles, avaliar o direito à saúde:
A **disponibilidade** inclui o funcionamento da saúde pública e dos bens e serviços de saúde, assim como de programas, que têm de estar disponíveis em quantidade suficiente.
A **acessibilidade** das instalações, bens e serviços para a saúde exige a não discriminação, a acessibilidade física, a acessibilidade económica e a informação adequada.
A **aceitabilidade** exige que todos os serviços de saúde, bens e serviços devam respeitar a ética médica e ser culturalmente apropriados, sensíveis ao género e às condições do ciclo da vida, assim como projetados para respeitar a confidencialidade e melhorar a saúde e o estado da saúde daqueles a quem se dirige.
A **qualidade** requer que os serviços de saúde, bens e serviços devam ser científica e medicamente apropriados e de boa qualidade.

"O ser humano é a cura do ser humano."
Provérbio tradicional Wolof

Não Discriminação

A discriminação em razão do género, etnia, idade, origem social, religião, deficiência física ou mental, estado de saúde, identidade sexual, nacionalidade, estado civil, estatuto político ou outro pode prejudicar o gozo do direito à saúde. Particularmente importante neste sentido são a DUDH, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (CIEDR), de 1965, e a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDM), de 1979, todas elas se referindo ao acesso à saúde e a cuidados médicos sem discriminação. Os artºs 10º, 12º e 14º da CEDM afirmam os direitos **iguais das mulheres no acesso a cuidados médicos**, incluindo planeamento familiar, serviços apropriados para os cuidados da saúde reprodutiva e

gravidez e serviços de cuidado de saúde familiar.

Não Discriminação
Direitos Humanos das Mulheres

A **Declaração de Pequim e a Plataforma para a Ação** (1995), cujo conteúdo foi confirmado pela reunião Pequim + 10 em 2005, põem no centro a visão holística da saúde e a necessidade de incluir a total participação das mulheres na sociedade, do seguinte modo: "*a saúde das mulheres envolve o seu bem-estar emocional, social e físico e é determinado pelo contexto social, político e económico das suas vidas, assim como pela biologia. Para alcançar uma saúde ótima, a igualdade, incluindo a partilha de responsabilidades familiares, o desenvolvimento e a paz são condições necessárias*". Estes princípios são integrados no sistema das Nações Unidas e através dos esforços das organizações não governamentais (ONG). As mulheres, crianças, pessoas com deficiência, povos indígenas e tribais estão entre os grupos vulneráveis e marginalizados que sofrem de problemas de saúde devido à discriminação. Um exemplo da elaboração do direito à saúde, como o ocorrido no caso das mulheres, ilustra a ênfase crescente na obrigação dos governos de contribuir para a plena realização desse direito.

Direitos Humanos das Mulheres
Direitos das Crianças
Não Discriminação
Direitos das Minorias

O Direito de Beneficiar do Progresso Científico

A pandemia da SIDA revelou a urgência de tornar os medicamentos e o conhecimento científico disponíveis às pessoas dos países em desenvolvimento. O acesso limitado a terapias antirretrovirais tem aumentado a consciência de que para se alcançar o maior nível de saúde possível, as pessoas em todo o mundo devem ter a oportunidade de fazer uso do conhecimento científico relevante para a saúde e prosseguir livremente a investigação científica. Desde há muito tempo, os governos reconheceram no artº 15º do PIDESC o direito "*a beneficiar do progresso científico e das suas aplicações*" e a sua obrigação de conservar, desenvolver e difundir a ciência e a pesquisa científica. Ao mesmo tempo, o artº 15º também protege os interesses dos autores de produção científica, literária e artística. O **direito a beneficiar de medicamentos que salvam vidas** é prejudicado pelos direitos de propriedade intelectual que protegem os direitos de patente das companhias farmacêuticas. As políticas de certos países como a África do Sul, Índia, Brasil e Tailândia para ultrapassar obstáculos relativos à proteção de patentes conduziram a uma decisão da Conferência Ministerial de Doha, em 2001. Os membros da Organização Mundial do Comércio (OMC) concordaram que as regras que protegem tais patentes " *[…] devem ser interpretadas e implementadas de forma a apoiar os direitos dos membros da OMC para proteger a saúde pública e, em particular, para promover acesso a medicamentos para todos*." Além disto, faz referência específica ao direito de cada Estado "*[…] a determinar o que constitui uma emergência nacional ou outras circunstâncias de urgência extrema [permitindo as licenças compulsórias]; é assim entendido que a crise de saúde pública, incluindo as relativas ao VIH/ SIDA, tuberculose, malária e outras epidemias, pode representar uma emergência nacional ou outras circunstâncias de extrema urgência.*".

(Fonte: OMC.2001. *Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*.)

Globalização e o Direito Humano à Saúde

Desde os anos 70 que a economia mundial se tem modificado drasticamente devido à globalização, o que tem tido impactos diretos e indiretos na saúde. Alguns resultados conduziram a alterações positivas, tais como: o aumento nas oportunidades de emprego, a partilha de conhecimento científico e o aumento do potencial para a oferta de um nível elevado de saúde, em todo o mundo, permitido pelas parcerias entre os governos, sociedade civil e empresas. Contudo, as consequências negativas têm sido numerosas, uma vez que a liberalização do comércio, o investimento em países com baixos padrões laborais e a comercialização de novos produtos em todo o mundo tem, em alguns casos devido ao fracasso de alguns governos ou à falta de regulação, produzido benefícios desiguais entre e dentro dos países e, por essa via, trouxe impactos negativos à saúde. A capacidade dos governos para mitigar as possíveis consequências negativas do crescente aumento das trocas de bens, capital, serviços, pessoas, culturas e conhecimentos, para além das fronteiras nacionais, não tem sido capaz de acompanhar o ritmo deste movimento. Ao mesmo tempo, as companhias multinacionais têm sido capazes de fugir à prestação de contas. Por exemplo, de acordo com a Unidade de Ação sobre Saúde e Economia da Organização Mundial de Saúde, as substâncias prejudiciais, como o tabaco, são livremente comercializadas sem proteção adequada para a saúde das populações.

O desafio às leis e práticas comerciais, com base no Direito dos direitos humanos, tem sido motivado, em grande parte, pela preocupação relativamente ao direito à saúde. Um exemplo de crescente consciencialização sobre a necessidade de uma melhor regulação tem ocorrido em relação às licenças farmacêuticas. Através da Declaração de Doha (2001) sobre o Acordo *TRIPS* e a saúde pública, já referidos na seção anterior, os membros da OMC aceitaram que os governos poderiam conceder licenças compulsórias para produzir medicamentos em caso de emergência (artº 5º), que a ajuda deveria ser fornecida aos países sem capacidade para produzir produtos farmacêuticos (artº 6º) e que os países desenvolvidos devem assistir os países em desenvolvimento a obter transferência de tecnologia e conhecimento na área dos produtos farmacêuticos (artº 7º).

A decisão do Conselho Geral da OMC, em agosto de 2003, substituída pela emenda do Acordo *TRIPS* negociada em 2005, permite aos países conceder **licenças compulsórias** para a produção de medicamentos patenteados para serem exportados, em particular, para países menos desenvolvidos que têm pouca ou nenhuma capacidade de produção.

"Os seres humanos encontram-se no centro das preocupações para o desenvolvimento sustentável."

Declaração do Rio de Janeiro sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento. 1992.

Desta forma, as necessidades de saúde pública têm prioridade sobre os direitos de patente. Contudo, existe a preocupação de que estas realizações possam ser novamente limitadas através das chamadas regras *TRIPS-plus*, contidas nos acordos de comércio bilaterais e regionais, que estão a criar novos desafios ao direito à saúde e ao direito à vida.

Saúde e Ambiente

O direito a um ambiente saudável, como declarado na Res. 45/94, de 14 de dezembro de 1990, da Assembleia-Geral da ONU invoca que as pessoas têm o direito "*[…] a viver num ambiente adequado para a sua saúde e bem-estar.*" Este direito foi reconhecido em 90 constituições nacionais, incluindo a maioria das constituições nacionais aprovadas desde a Conferência do Rio sobre Ambiente e Desenvolvimento (1992). A Cimeira da Terra no Rio de Janeiro e o Plano adotado como Agenda 21 (1992) criaram uma moldura política única que reuniu preocupações sociais, económicas e ambientais como pilares interdependentes do desenvolvimento sustentável. A água e ar seguros e limpos e o adequado abastecimento de alimentos nutricionais estão todos relacionados com um ambiente saudável e a realização do direito à saúde. A Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável, em Joanesburgo, em 2002, reviu a implementação da Agenda 21. No Plano de Implementação de Joanesburgo, foi expresso um forte compromisso para melhorar globalmente os sistemas de informação da saúde e a literacia sobre saúde, para reduzir a prevalência do VIH/SIDA, para reduzir elementos tóxicos no ar e na água e para integrar preocupações de saúde na erradicação da pobreza.

No entanto, um quarto de todas as doenças ao nível mundial, desde a diarreia a infeções e cancro, são causadas pela poluição ambiental. Sendo que mais de um terço das doenças é atribuível a causas ambientais, as crianças suportam uma parte desproporcionada deste fardo. Os riscos ambientais influenciam em mais de 80% das doenças regularmente relatadas à Organização Mundial da Saúde. As regiões em desenvolvimento são particularmente afetadas por doenças transmissíveis e lesões, sendo que nos países desenvolvidos são mais frequentes as doenças cardiovasculares e o cancro. As estratégias públicas e de prevenção para a redução ou eliminação dos riscos ambientais para a saúde seriam um modo economicamente eficiente de contribuir para a saúde pública em todas as comunidades. Ações como a supressão progressiva da gasolina com chumbo (uma causa de atrasos mentais em crianças em várias regiões) demonstram que o sucesso é possível. No entanto, importantes iniciativas como o Objetivo de Desenvolvimento do Milénio nº 7 que visa a redução para metade da proporção de pessoas sem acesso sustentável a água potável e saneamento até 2015 ainda têm um longo caminho a percorrer.

(Fonte: OMS. 2006. *Preventing Disease Through Healthy Environments: Towards an estimate of the environmental burden of disease).*

Diversos documentos de direitos humanos estabelecem uma ligação entre a saúde e o ambiente, como a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (no seu artº 24º) e o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Económicos, Sociais e Culturais (no seu artº 11º). A jurisprudência de órgãos de direitos humanos confirma esta ligação. Numa comunicação apresentada à Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, em 1996, várias ONG alegaram que o governo militar da Nigéria esteve diretamente envolvido na produção de petróleo, através da companhia petrolífera estatal e a *Shell Petroleum,* e que estas operações causaram degradação ambiental e problemas de saúde entre a população Ogoni, resultantes da contaminação do ambiente.

Em outubro de 2001, a Comissão Africana concluiu que a República Federal da Nigéria tinha violado sete artigos da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, inclusive, o direito à saúde. Numa decisão de 2007 do Tribunal Interamericano de Direitos Humanos (o caso povo de Saramaka c. Suriname), este considerou o Suriname responsável por violações de direitos humanos, incluindo o direito à saúde, causadas pela degradação ambiental resultante da exploração florestal e de minas de ouro.

Direitos das Minorias

3. PERSPETIVAS INTERCULTURAIS E QUESTÕES CONTROVERSAS

A Declaração de Viena de 1993 torna claro que as diferenças devem ser reconhecidas, mas não de forma a negar a universalidade dos direitos humanos. O Comentário Geral nº 14 do CDESC sobre o Direito à Saúde incide sobre esta consciencialização, exigindo que as instalações de saúde, bens e serviços sejam **culturalmente apropriados**. Um aspeto cultural do direito humano à saúde é a ênfase colocada sobre o sistema biomédico da saúde e, por isso, sobre o entendimento de como realizar o direito humano à saúde. Contudo, em muitos lugares do mundo, a **medicina tradicional (MT)** domina a prática dos cuidados de saúde. Em África, mais de 80% da população utiliza a MT para ajudar a satisfazer as suas necessidades de cuidados médicos. Na Ásia (na China, em particular), América Latina e entre as populações indígenas da Austrália e das Américas, a MT é usada por mais de 40%). A OMS define MT como terapias que "*[…] envolvem o uso de medicamentos com base em plantas, partes de animais e/ou minerais; e terapias não medicamentosas […], terapias manuais e espirituais*." A prática da MT está intimamente ligada ao direito à cultura, às leis de proteção da propriedade intelectual, o direito à terra e o direito ao desenvolvimento sustentável. Reconhecendo o uso alargado e os benefícios da MT e a importância das terapias economica e culturalmente apropriadas, a OMS desenvolveu uma Estratégia de Medicinas Tradicionais (2002-2005) para auxiliar a garantir o uso racional da MT por todo o mundo em desenvolvimento.

Em outros casos, o direito à saúde pode ser negligenciado ou violado devido às relações de poder desiguais baseadas no género, idade, religião, etnia, etc., que existem dentro dos grupos e são consideradas fundamentalmente ligadas à cultura. De novo, aplica-se o princípio básico da não discriminação. A **mutilação genital feminina** (MGF) é uma prática que tem uma ampla incidência em grande parte de África e partes do Mediterrâneo e Médio Oriente. A prática, embora muitas vezes falsamente atribuída à religião, tem uma história que remonta há 2000 anos. A prática pode impossibilitar gravemente o bem-estar físico e psicológico das meninas e das mulheres.

De acordo com uma declaração conjunta da OMS, da UNICEF e do Fundo para a População da ONU, de fevereiro de 1996, "*é inaceitável que a comunidade internacional continue passiva em nome de uma visão distorcida de multiculturalismo. O comportamento humano e os valores culturais, por muito que pareçam sem sentido ou destrutivos, segundo uma perspetiva pessoal e cultural das outras pessoas, têm sentido e cumprem uma função para os que os praticam. Contudo, a cultura não é estática estando em fluxo constante, adaptando-se e reformando-se*". Em 2008, as três organizações atualizaram a sua declaração que

apresentou novos factos sobre a prática e salientou os aspetos de direitos humanos e jurídicos. No mesmo ano, a Assembleia Mundial da Saúde da OMS aprovou uma resolução sobre a eliminação da MGF que se focou na importância da ação concertada entre os setores da saúde, educação, finanças, justiça e assuntos das mulheres.

Direitos Humanos das Mulheres

4. IMPLEMENTAÇÃO E MONITORIZAÇÃO

Respeitar, Proteger e Implementar o Direito Humano à Saúde

As obrigações governamentais para garantir que os membros da sociedade usufruam do maior padrão de saúde possível requerem um conjunto de compromissos. A **obrigação de respeitar o direito humano à saúde** significa que o Estado não pode interferir ou violar o direito. Um exemplo seria recusar prestar cuidados de saúde a certos grupos, tal como as minorias étnicas ou prisioneiros, e arbitrariamente recusar cuidados de saúde, como no caso de não permitir às mulheres serem cuidadas por médicos e não providenciar médicas. **Proteger o direito à saúde** significa que o Estado deve prevenir que atores não estatais interfiram de algum modo no gozo do direito humano. Um exemplo seria evitar que uma empresa despejasse resíduos tóxicos numa rede de abastecimento de água. Se a violação ocorre, o Estado deve fornecer à população algum tipo de compensação. Isto também significa que o Estado é obrigado a adotar a legislação necessária e adequada, nomeadamente, leis reguladoras e de monitorização da gestão de resíduos tóxicos. A **implementação do direito à saúde** significa que o Estado deve ser proativo na garantia do acesso aos cuidados de saúde. Por exemplo, um número suficiente de clínicas de saúde deveria ser estabelecido para servir a população e estas clínicas deveriam fornecer serviços de acordo com os meios das populações que servem. O Estado deve publicitar a localização, serviços e requisitos da clínica. Isto não pode ser garantido se os cuidados de saúde forem relegados apenas para o setor privado.

Limitações ao Direito Humano à Saúde

Alguns direitos humanos são tão essenciais que não podem jamais ser limitados. Estes incluem a proibição da tortura e da escravidão, e a liberdade de pensamento. Outros direitos humanos podem ser limitados quando o bem público tem prioridade sobre o direito individual. O artº 4º do PIDESC permite limitações apenas se as mesmas forem previstas por lei e apenas na medida em que as mesmas sejam compatíveis com a natureza desses direitos e tenham como fim exclusivo a promoção do bem-estar geral numa sociedade democrática. Proteger o direito à saúde em termos de saúde pública tem sido usado pelo Estado como uma razão para colocar restrições sobre outros direitos humanos. É normalmente num esforço para prevenir a propagação de doenças infecciosas que têm sido limitadas outras liberdades. Inibir a liberdade de movimento, estabelecer quarentenas e isolar pessoas são medidas que têm sido usadas para prevenir a propagação de doenças graves e transmissíveis, como o ébola, a SIDA, a febre tifoide e a tuberculose. Em certos momentos, estas medidas foram excessivas. De forma a prevenir os abusos de direitos humanos cometidos em nome da saúde pública, as ações restritivas devem ser desenvolvidas

pelo governo apenas em último recurso. Os **Princípios de Siracusa** sobre as Disposições de Limitação e Derrogação no Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, de 1984, dão orientações a este respeito e fornecem um quadro definido estritamente sob o qual essas restrições podem ser impostas.

Qualquer restrição:

- deve estar prevista e ser imposta de acordo com a lei;
- deve aplicar-se no interesse de um objetivo legítimo de interesse geral;
- deve ser estritamente necessária numa sociedade democrática para alcançar o objetivo;
- deve aplicar-se se não existir outro meio disponível, menos intrusivo e restritivo, para alcançar o mesmo fim;
- não deve ser planeada ou imposta de forma arbitrária, ou seja, de forma discriminatória ou não razoável.

Mecanismos de Monitorização

Garantir que os governos cumpram com as suas obrigações de respeitar, proteger e implementar o direito à saúde requer mecanismos, tanto ao nível nacional como internacional. Ao nível nacional, as comissões governamentais, os provedores de justiça e as ONG podem participar num processo de revisão formal, assim que o país tenha ratificado o tratado que garante o direito à saúde. Cada parte no tratado de direitos humanos deve apresentar um relatório a um órgão de monitorização do tratado, por exemplo, o **Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais**. No momento da revisão, as **ONG** também submetem relatórios que são muitas vezes referidos como "*relatórios sombra*". Estes relatórios sombra oferecem a visão da sociedade civil e podem não estar de acordo com o relatório do governo. Toda a informação submetida é tida em conta quando o órgão do tratado prepara Comentários e Observações Finais. Embora não exista forma de impor o seu cumprimento, este relatório torna-se parte do registo público e, a este respeito, o país pode não desejar ser acusado de abusos de direitos humanos que possam ter, entre outras consequências, um impacto direto sobre as relações com outros países.

Quando o **Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais**, adotado em 2008, entrar em vigor[4], um mecanismo de queixas individuais também contemplará o direito à saúde e permitirá que o Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais decida sobre casos individuais.

O **Relator Especial** sobre o direito de todos à satisfação do mais alto padrão atingível de saúde mental e física, estabelecido, em 2002, pela (então) Comissão de Direitos Humanos da ONU e mantido pelo Conselho de Direitos Humanos compila informação e conduz um diálogo com os governos e as partes interessadas, informa regularmente sobre o estado do direito à saúde, incluindo leis, políticas, boas práticas e obstáculos e faz as recomendações necessárias. Para este fim, o Relator faz visitas aos diversos países e reage a alegadas violações do direito à saúde.

---

[4] Nota da versão em língua portuguesa: O Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais entrou em vigor no dia 5 de Maio de 2013 tendo, nessa data, 10 Estados Partes.

CONVÉM SABER

1. BOAS PRÁTICAS

Prevenção do VIH/SIDA

Histórias de sucesso no Cambodja, no Uganda, no Senegal, na Tailândia, na Zâmbia urbana e nos países ricos mostram que uma abordagem abrangente de prevenção é eficaz. Os factos sustentam que:

- A mudança comportamental exige informação específica, adequada ao local e formação sobre negociação e capacidades de tomada de decisão, apoio social e jurídico, acesso a meios de prevenção (preservativos e agulhas esterilizadas) e motivação para a mudança.
- Nenhuma abordagem única de prevenção pode conduzir à mudança alargada de comportamento na população. Os programas de prevenção numa escala nacional necessitam de se centrar em múltiplas componentes desenvolvidas em estreita colaboração com a população alvo.
- Os programas de prevenção para a população em geral devem centrar-se especialmente nos jovens.
- As parcerias são essenciais para o sucesso. Programas múltiplos que procuram múltiplas populações necessitam de parceiros múltiplos, incluindo os infetados com VIH/SIDA.
- A liderança política é essencial para uma resposta eficaz.

"Para se conseguir a abolição da prática da MGF, será preciso uma mudança fundamental de atitudes na forma como a sociedade entende os direitos humanos das mulheres."

Efua Dorkenoo. *Cutting the Rose.*

Comissões de Cidadãos e Políticas de Saúde Pública

As Comissões de Cidadãos (CC) são um novo modelo para adotar decisões políticas de saúde pública. Os modelos no Reino Unido, na Alemanha, na Escandinávia e nos Estados Unidos da América envolvem 12 a 16 cidadãos comuns, amplamente representativos da população, para investigar a informação que lhes é dada, questionar peritos, debater, deliberar e publicar as suas conclusões. As autoridades devem responder dentro de um certo período de tempo. No Reino Unido, vastos estudos-piloto sugerem que as CC são melhores a tratar de questões complexas e a chegar a conclusões sólidas do que as sondagens, grupos representativos e reuniões públicas. É claro que cidadãos comuns estão dispostos a tornarem-se diretamente envolvidos no processo de tomada de decisão, tendo uma forte e consistente visão sobre o tipo de saúde pública que querem para si e para as suas famílias.

O Juramento de Malicounda

Nos anos 80, uma organização popular do Senegal desenvolveu um currículo de resolução de problemas que envolveu a aprendizagem, por parte de toda a aldeia, sobre direitos humanos e a sua aplicação na sua vida quotidiana. O programa ofereceu aos participantes a hipótese de abordar problemas tais como a saúde, higiene, questões ambientais, competências de gestão financeira e material. A *TOSTAN* iniciou um programa em Malicounda, uma aldeia de 3.000 habitantes, que é parte de uma série de aldeias em Bambara que ainda pratica infibulação, uma das mais completas e brutais formas de circuncisão feminina. Depois de grande

debate público, incluindo uma atuação de teatro de rua que se focou sobre os problemas de infeção, os partos perigosos e a dor sexual causada pela infibulação, toda a aldeia fez um juramento, prometendo acabar com a prática da circuncisão feminina. Isto tornou-se conhecido como o Juramento de Malicounda. Depois, dois anciãos da aldeia decidiram espalhar a palavra às outras aldeias de que esta prática tinha de ser parada. Em fevereiro de 1998, treze aldeias fizeram o Juramento. Mais 15 aldeias puseram fim à prática, em junho do mesmo ano. O movimento ganhou atenção internacional. A 13 de janeiro de 1999, a Assembleia Nacional do Senegal aprovou uma lei a proibir a mutilação genital feminina. A ação jurídica, por si só, não teria sido suficiente para abolir a prática. O poder reside no controlo social executado pelas aldeias e na demonstração da vontade pública ao prestar o Juramento de Malicounda. A formação realizada pela *TOSTAN* enfatizou a ligação entre o direito à saúde e outros direitos humanos.

"Quando as plantas amistosas ouviram o que os animais tinham decidido contra a humanidade, planearam, por si mesmas, uma contrajogada. Concordaram que cada árvore, arbusto, erva, relva e musgo encontraria uma cura para cada uma das doenças referidas pelos animais e insetos. Depois, quando os índios Cherokee visitavam o seu Xamã acerca das suas maleitas, e se o curandeiro tivesse dúvidas, ele conversava com os espíritos das plantas. Eles sugeriam, sempre, remédios adequados para as doenças da humanidade. Tal, foi o início da medicina na tribo Cherokee há muito, muito tempo."

Cherokee. *The Origin of Medicine.*

Livros de Memórias

Em muitos países, os livros de memórias tornaram-se um modo importante para abrir canais de comunicação, dentro das famílias, sobre o VIH/SIDA e, em particular, para ajudar as mães seropositivas a dizer aos seus filhos qual é o estado da sua infeção. Os pais em estado terminal e os seus filhos trabalham em conjunto para compilar um livro de memórias que é normalmente um álbum que contém fotografias, piadas e outras recordações familiares. No Uganda, o uso de livros de memórias foi, pela primeira vez, usado pela Organização de Apoio contra a SIDA (*TASO,* na sigla inglesa), no início dos anos 90. Desde 1998, a Associação Nacional de Mulheres que vivem com SIDA promoveu esta abordagem numa escala mais ampla com ajuda da *PLAN* Uganda. A Associação descobriu que as mães infetadas com o VIH têm grande dificuldade em comunicar com os seus filhos sobre a sua saúde frágil; os livros de memórias foram boas formas de as mães introduzirem a ideia do VIH/SIDA nas vidas dos seus filhos e debaterem o seu impacto. O livro funciona como uma lembrança para os seus filhos das suas origens, para eles não perderem o seu sentimento de pertença. O livro também promove a prevenção do VIH/SIDA porque as crianças testemunham e compreendem a agonia que os pais estão a atravessar e não querem sofrer o mesmo destino.

Atenção aos membros mais vulneráveis da sociedade

Por todo o lado no mundo, os consumidores de droga e os prisioneiros estão entre os membros mais vulneráveis da sociedade. No contexto do VIH/SIDA e em outras condições graves, o direito à saúde é raramente implementado entre esta população devido à sua condição de criminosos ou da criminalização da toxicodependência que resulta na falta de acesso à informação, educação e serviços básicos de saúde e sociais. Nos anos 80, o Reino Unido e os Países Baixos

conceptualizaram o modelo conhecido como Redução de Danos. Desde então, tem sido replicado e adaptado ao uso local por todo o mundo. Esta estratégia destina-se a reduzir os danos para os consumidores de drogas, tanto indivíduos como comunidades. O espectro de práticas varia desde um consumo seguro até à gestão do consumo e abstinência. Embora o paradigma de redução de danos possa envolver a descriminalização de algumas drogas previamente designadas como ilícitas, como nos Países Baixos, pelo menos requer uma mudança de atitude em relação à droga pelos não consumidores, na medida em que as normas de direitos humanos guiam o tratamento dos consumidores de droga se estiverem presos ou em liberdade na sociedade. Evidências fortes mostram que nas comunidades que implementam políticas de redução de danos, a incidência de VIH/SIDA e outras infeções transmissíveis pelo sangue é menor entre consumidores de droga, do que nas comunidades que não usam esta abordagem. Os países que introduziram medidas, como instalações para injeção segura, troca por agulhas esterilizadas, educação e reabilitação são também signatários de tratados de controlo de droga e não consideraram que a redução de danos conflitua com outros tratados internacionais.

A Declaração de Montreal sobre a Deficiência Intelectual

Depois de muitos anos de debate sobre as necessidades das pessoas com deficiências intelectuais, a Conferência sobre Deficiências Intelectuais da OPAS/OMS de Montreal fez uma importante declaração, no dia 6 de outubro de 2004, que promete uma mudança paradigmática na forma como os Estados e organizações internacionais definem os direitos das pessoas com deficiência. O facto de que estas pessoas são, acima de tudo, seres humanos, em vez de indivíduos com deficiências, deve ser central a todas as políticas. A Declaração impele a comunidade internacional a ter plena consciência da tarefa distinta de garantir que as pessoas com deficiências intelectuais exerçam os seus plenos direitos como cidadãos. A atenção recai sobre as qualidades fundamentais da igualdade, não discriminação e autodeterminação. Ao afastar-se de um modelo puramente biomédico, a Declaração reconhece *"[…] a importância da abordagem dos direitos humanos à saúde, bem-estar e deficiência"*. Apesar de não ser juridicamente vinculativa, a Declaração é o único documento que serve de guia e estabelece os parâmetros para lidar com os direitos de pessoas com deficiências intelectuais e, assim, será a referência mais importante neste campo.

Síndrome Respiratória Aguda Grave (*SARS*, na sigla inglesa)

A epidemia da *SARS* começou em novembro de 2002 e foi considerada controlada em julho de 2003. Durante esse período, 8.400 pessoas foram declaradas infetadas e mais de 900 morreram. As estratégias de resposta dos países mais seriamente afetados – China, Hong Kong, Vietname, Taiwan e Canadá – revelaram as várias implicações relativas a direitos humanos e sublinharam a necessidade de vigilância de forma a proteger todos os direitos humanos enquanto se garante o direito à saúde. As questões que surgiram durante a epidemia incluiram: a importância da liberdade de imprensa, a obrigação dos Estados para com a segurança internacional, o direito individual à saúde e justificações de quarentena. A OMS elogiou o Vietname pelo seu sucesso durante os 45 dias do surto, durante os quais 65 pessoas foram infetadas e 5 morreram. A natureza holís-

tica do direito à saúde é evidente nas áreas que foram identificadas como diretamente responsáveis pelo sucesso do Vietname a lidar com a situação:

- Uma rede de saúde pública nacional abrangente e de bom funcionamento;
- Tratamento rigoroso, vigilância e isolamento dos indivíduos afetados;
- Trabalho efetivo com a OMS e outros parceiros;
- Conhecimento público precoce do surto;
- Transparência na informação diária dada ao público através dos meios de informação e de comunicação eletrónica;
- Cooperação excelente entre todas as agências e instituições locais e nacionais.

2. TENDÊNCIAS

Estratégias para Integrar Direitos Humanos e Desenvolvimento da Saúde

A consideração da saúde a partir de uma perspetiva de direitos humanos pode fornecer um quadro sobre a responsabilização dos países e da comunidade internacional pelo que tem sido feito e pelo que necessita de ser feito pela saúde da população. A extensão da integração dos direitos humanos na criação de políticas, na análise das condições de saúde sociais e físicas e no provimento de cuidados de saúde indica um movimento positivo na realização do direito humano à saúde. A lista seguinte indica as tendências atuais:

Áreas em que existem experiências fazendo a interligação entre a saúde e os direitos humanos, tanto no âmbito das práticas dos governos e dos seus parceiros, como na literatura especializada:

- direitos reprodutivos e sexuais
- VIH/SIDA
- tortura (prevenção e tratamento)
- violência contra as mulheres
- doenças contagiosas

Áreas em que políticas e programas começaram a refletir a consciencialização sobre a importância de interligar a saúde e os direitos humanos:

- direitos dos povos indígenas
- implicações da modificação genética na bioética e direitos humanos
- saúde materna e da criança
- direitos das pessoas com deficiência
- acordos de comércio específicos e o seu impacto no direito à saúde
- reabilitação pós-desastre
- redução da pobreza

Áreas em que pouca investigação e ainda menos aplicação se têm realizado com base na integração da saúde e dos direitos humanos. A lacuna é particularmente sentida no âmbito de:

- saúde ocupacional
- doenças crónicas
- nutrição
- meio ambiente (ar, água, pescas, etc.)

"A informação e as estatísticas são um instrumento poderoso para a criação de uma cultura de prestação de contas e para efetivar os direitos humanos."

Human Development Report. 2000.

3. ESTATÍSTICAS

Despesa Pública em Educação, Saúde e Despesas Militares (em % do PIB)			
País	**Educação (2007)**	**Saúde (2007)**	**Despesas Militares (2010)**
Alemanha	4.4 (2006)	8.0	1.4
Austrália	4.7	6.0	-
Áustria	5.4	7.7	0.9
Burkina Faso	4.6	3.4	1.5
China	-	1.9	2.0
Cuba	11.9	9.9	-
Estados Unidos da América	5.5	7.1	4.8
Geórgia	2.7	1.5	3.9
Índia	3.2 (2006)	1.1	2.4
Mali	3.8	2.9	1.9
Reino Unido	5.6	6.9	2.7
Suécia	6.7	7.4	1.2
Zimbabué	-	4.1	1.3

(Fonte: PNUD. 2010. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2010;* Banco Mundial, *World Development Indicators*, disponível em http://data.worldbank.org/indicator)

Despesa na Saúde (2009)			
País	**Total (pública e privada, % do PIB)**	**Pública (% da despesa total em saúde)**	**Per Capita** (Paridade no Poder de Compra US$)
Alemanha	11.3	75.7	4,629
Austrália	8.5	65.4	3,867
Áustria	11.0	74.5	5,037
Burkina Faso	6.4	61.7	38
China	4.6	50.1	177
Cuba	11.8	93.1	707
Estados Unidos da América	16.2	48.6	7,410

Despesa na Saúde (2009)			
País	**Total (pública e privada, % do PIB)**	**Pública (% da despesa total em saúde)**	**Per Capita** (Paridade no Poder de Compra US$)
Geórgia	10.1	28.7	256
Índia	4.2	32.8	45
Mali	5.6	47.9	38
Reino Unido	9.3	83.6	3,285
Suécia	9.9	78.6	4,252
Zimbabué	-	-	-

(Fonte: Banco Mundial, *World Development Indicators*, disponível em: http://data.worldbank.org/indicator.)

Esperança média de vida calculada desde o nascimento (2010)	
País	**Esperança de vida (população total)**
Alemanha	80.2
Austrália	81.9
Áustria	80.4
Burkina Faso	53.7
China	73.5
Cuba	79.0
Estados Unidos da América	79.6
Geórgia	72.0
Índia	64.4
Mali	49.2
Reino Unido	79.8
Suécia	81.3
Zimbabué	47.0

(Fonte: PNUD. 2010. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2010.)*

Mortalidade Materna (por 100.000 nados vivos, 2010)	
País	***Ratio* da Mortalidade Materna**
Alemanha	4
Austrália	4
Áustria	4
Burkina Faso	700
China	45
Cuba	45
Estados Unidos da América	20
Geórgia	66
Índia	450
Mali	970
Reino Unido	11
Suécia	3
Zimbabué	880

(Fonte: PNUD. 2010. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2010.)*

4. CRONOLOGIA

1946 Constituição da OMS

1961 Carta Social Europeia (revista em 1996)

1966 Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais

1975 Declaração sobre o Uso do Progresso Científico e Tecnológico no Interesse da Paz e para o Benefício da Humanidade

1975 Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência

1978 Declaração de Alma Ata sobre Cuidados de Saúde Primários

1981 Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos

1988 Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Económicos, Sociais e Culturais

1991 Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e a Melhoria dos Cuidados de Saúde Mental

1991 Princípios das Nações Unidas para os Idosos

1992 Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD)

1993 Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres

1994 Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD)

1995 Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres

1997 Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos (UNESCO)

1998 Princípios Orientadores relativos aos Deslocados Internos

2000 Comentário Geral nº 14 do Comité das NU dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais sobre o direito à saúde

2001 Declaração de Doha sobre o Acordo TRIPS e a Saúde Pública

2002 Cimeira Mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável

2002 Relator Especial para o direito de todos à satisfação do mais alto padrão atingível de saúde mental e física

2003 Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos (UNESCO)

2006 Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

2008 Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais

ATIVIDADES SELECIONADAS

ATIVIDADE I: VISUALIZAÇÃO DE UM ESTADO DE COMPLETO BEM-ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL

Parte I: Introdução

Para muitas pessoas, o conceito de saúde não está suficientemente desenvolvido de forma a incluir as amplas necessidades da sociedade, bem como o estado do indivíduo. Esta atividade permite aos participantes reconhecer os vários elementos que constituem uma condição ótima de saúde e partilhar ideias com outros membros do grupo de modo a criar um conceito abrangente.

Parte II: Informação Geral sobre a Atividade

Tipo de atividade: Sessão de chuva de ideias e reflexão de grupo.
Metas e objetivos: Tornar-se consciente do âmbito alargado de saúde como mais do que a "ausência de doença"; criar nos participantes a consciencialização do direito humano da saúde; criar ligações entre saúde e outras necessidades fundamentais; criar conexões entre necessidades fundamentais e direitos humanos.
Grupo-alvo: Jovens adultos e adultos
Dimensão do grupo: 10-30
Duração: 120 minutos
Materiais: folhas de papel grandes, marcadores e fita adesiva para colar as folhas à parede; uma cópia da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH).
Competências envolvidas: Comunicação verbal; análise participativa

Parte III: Informação Específica sobre a Atividade

Instruções:
O formador lê a definição de "saúde" da OMS. O Preâmbulo da constituição da OMS define saúde como *"[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença."*. O formador faz a pergunta: que elementos

e condições são necessários para realizar este amplo estado de saúde nas vossas comunidades? O formador certifica-se de que todos entendem a declaração e a pergunta. Se o grupo demorar a começar, o formador pode pedir ao grupo para dar respostas rápidas, seguindo a ordem em que eles estão sentados. Todas as ideias são registadas em grandes folhas de papel, suficientemente grandes para que todos possam vê-las claramente. Nenhuma ideia deve ser excluída. Quando o grupo tiver esgotado as suas ideias, alguém irá ler todas as ideias tal como foram registadas. As folhas de papel são colocadas na parede para todos as verem. Neste momento, o formador pede a cada um para explicar as suas ideias, uma vez que todos elencaram um elemento. Os participantes podem perguntar uns aos outros sobre os tópicos elencados. (Isto demora aproximadamente uma hora.)

Regras da chuva de ideias:

Todos os participantes, incluindo o formador, se sentam em cadeiras dispostas num círculo ou num círculo no chão. Esta prática estimula um sentimento de igualdade entre todos. A atividade envolve um pensamento rápido uma vez que as contribuições dos participantes alimentam as ideias e o processo de pensamento do grupo. O formador necessita manter a ordem fazendo o seguinte:

1. Todos os participantes falam sobre as suas ideias; contudo, têm de possibilitar ao relator escrever as ideias à medida que elas são ditas.
2. Durante a fase da revisão, os participantes devem ouvir cuidadosamente, enquanto o porta-voz de cada grupo apresenta uma nova lista, usando uma linguagem de direitos humanos.

Passo 1:

O formador distribui cópias da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) ou de outra fonte tematicamente organizada. O formador explica que todas as necessidades da saúde que foram anotadas nas folhas são direitos humanos. Por exemplo, num sentido amplo, o direito à vida, artº 3º da DUDH, apoia o direito à saúde.

Passo 2:

O formador pede aos participantes que se dividam em grupos de 4 a 6 pessoas. Nesses grupos, eles irão usar as listas que criaram e irão encontrar o direito humano correspondente. Cada grupo irá escolher um porta-voz para apresentar as conclusões do grupo em plenário. Durante o período de trabalho no pequeno grupo, o formador visita cada grupo, observa e oferece assistência quando é pedida. (Permitir 30 minutos)

Passo 3:

O facilitador reúne novamente o grande grupo. Os porta-vozes dos grupos apresentam as suas conclusões. Alguém anota a nova lista de direitos humanos que apoia e garante o direito à saúde sobre novas folhas de papel que estão coladas à parede para todos verem. O grupo pode colocar questões ao longo da sessão. Estas listas manter-se-ão na parede para referência futura. (Permitir 30 minutos)

Passo 4:

De modo a avaliar a sessão, o formador pede aos participantes para dizerem o que eles aprenderam na sessão e também sugerir como o exercício pode ser melhorado.

Sugestões metodológicas:

- Este é um exercício de empoderamento. O formador deve encorajar os participantes a usarem as suas próprias ideias, a serem capazes de pensar criticamente e a fazerem a sua própria investigação. O formador não deve fazer de "perito" que tem todas as respostas.
- Tanto na parte de chuva de ideias, como na parte reflexiva da sessão, to-

dos os participantes devem falar. Se uma ou várias pessoas dominarem o debate do grupo, o formador deve sugerir que ninguém deve falar mais do que uma vez até todos os outros terem sido ouvidos.
- Enfatizar a caraterística de "senso comum" dos direitos humanos, dizendo aos participantes que a DUDH é um código de ideias relativas à dignidade humana que todas as pessoas têm como verdadeira.

ATIVIDADE II: ACESSO A MEDICAMENTOS

Parte I: Introdução

O acesso sem restrições à medicação não é assegurado a todos os que sofrem ou estão doentes. Em África, por exemplo, milhões de pessoas morrem porque não têm dinheiro para os medicamentos que prolongam a vida ou aliviam as dores e que são fornecidos pelas grandes empresas farmacêuticas. Por esta razão, e devido a pressões de ONG, alguns governos começaram a importar medicamentos genéricos mais baratos. As indústrias farmacêuticas consideram isto uma violação dos seus direitos de propriedade.

Parte II: Informação Geral

Tipo de atividade: Simulação
Metas e objetivos: Compreender a complexidade dos direitos humanos; considerar opiniões opostas.
Grupo-alvo: Jovens adultos e adultos
Dimensão do grupo: 15 a 40 no máximo
Duração: 120 a 180 minutos
Materiais: quadro, marcadores, fita adesiva
Competências envolvidas: de comunicação, empatia

Parte III: Informação Específica sobre a Atividade

Instruções:

O formador dá informação sobre a seguinte situação: o governo de um Estado africano cedeu à pressão da sociedade civil e começou a distribuir e a vender medicamentos genéricos baratos, importados de outros países. Algumas empresas farmacêuticas, considerando que tal constitui uma violação dos seus direitos de patente, processaram o governo e algumas ONG. Os participantes dividem-se em 4 grupos, cada um representando uma das partes no processo.

O formador informa cada grupo da sua posição no processo e dá-lhes cerca de 20 minutos para se preparem para o julgamento, encontrando argumentos e enquadrando posições.

Cada grupo designa um porta-voz que, mais tarde, apresentará os argumentos.

Os seguintes papéis têm de ser desempenhados no "tribunal simulado":
- o **juiz** pondera os argumentos das 3 partes e profere uma sentença;
- o **representante da indústria farmacêutica** está interessado em aumentar as vendas e não abdica do direito à patente em favor dos doentes;
- um **representante do governo**: o govero distribui e vende medicamentos genéricos baratos, importados, apenas devido às pressões de ONG, mas, na realidade, partilha da posição das empresas farmacêuticas;
- o **representante das ONG** conseguiu, com sucesso, fazer com que o governo distribuisse medicamentos genéricos gratuitos ou a um preço muito baixo.

Enquanto os grupos preparam a sua argumentação, o formador deve preparar a sala para o julgamento. Depois, os grupos tomam os seus lugares, o juiz abre a audiên-

cia e pede a cada grupo que apresente as suas posições e argumentos. O juiz resume todos os argumentos, pondera-os e profere uma decisão que tenha em consideração as diferentes opiniões dos litigantes.

Outras sugestões:

Encontrar um consenso no grupo: depois de todas partes terem apresentado os seus argumentos numa sessão plenária, os participantes formam grupos de trabalho. Em cada grupo de trabalho, deve haver um membro de cada litigante mais um juiz. O formador pede aos grupos que tentem chegar a consenso sem negligenciar a posição de todas as partes. Depois de 30 minutos de trabalho de grupo, cada grupo apresenta o seu processo de debate e a sua possível solução no plenário. As respostas e soluções mais importantes são registadas no quadro. Quando todos os grupos tiverem apresentado o debate do processo de tomada da decisão, a atividade termina.

Direitos relacionados/outras áreas a explorar*:* Globalização, discriminação, pobreza.

(Fonte: Adaptado de: Conselho da Europa. 2002. *Compass. A Manual for Human Rights Education with Young People.*)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

3D. *TRIPS and Health.* In: Practical Guide to the WTO. Available at: www.3dthree.org/pdf_3D/Guide-075Ch4.pdf

Abbot, Frederick M. 2005. *The WTO Medicines Decision: World Pharmaceutical Trade and the Protection of Public Health.* In: American Journal of International Law (Volume 99). pp. 317-358.

Chan, Kevin. 2004. *SARS and the Implication for Human Rights.* In: Case Studies. Cambridge: The Carr Center for Human Rights Policy.

Council of Europe. 2002. *COMPASS. A Manual for Human Rights Education with Young People.* Strasbourg: Council of Europe. Available at: http://eycb.coe.int/compass

Farmer, Paul and **Amartya K. Sen. 2004**. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor.* Berkely: University of California Press.

Fourth World Conference on Women, Beijing. 1995. *Beijing Declaration and Platform for Action.* Available at: www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/

Hestermayer, Holger. 2008. *Human Rights and the WTO: The Case of Patents and Access to Medicines*. Oxford: Oxford University Press.

Jones, Peris S. 2009. *AIDS Treatment and Human* Rights in *Context*. Basingstoke: Palgrave.

MacDonald, Theodore H., Halfdan Mahler and Hane Serag. 2008. *Health, Human Rights, and the United Nations: Inconsistent Aims and Inherent Contradictions?* London: Radcliffe.

MacDonald, Theodore H., Noel A. Kinsella and John A. Gibson. 2007. *The Global Human Right to Health: Dream or Possibility?* London: Radcliffe.

MacDonald, Theodore H. **2006**. *Health, Trade And* Human Rights. London: Radcliffe.

Mann, Jonathan, Sofia Gruskin, Michael A. Grodin and George J. Annas (eds.). 1999. *Health and Human Rights.* New York: Routledge.

Marks, Stephen P., Sofia Gruskin and Michael A. Grodin. 2005. *Perspetives on Health and Human Rights.* New York: Routledge.

Marks, Stephen (ed.). 2002. *Health and Human Rights: The Educational Challenge.* Boston: François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights/Harvard School of Public Health.

Nygren-Krug, Helena. 2005. *Integrating Human Rights in Health. Human Rights in the Context of Public Health*. In: Bulletin of Medicus Mundi Switzerland (Nr. 96). Available at: www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200502/kap02/02nygren.html

Huenchuan, Sandra. 2010. *Ageing, Human Rights and Public Policies.* New York: United Nations.

Stott, Robin. 2000. *The Ecology of Health.* Devon. U.K: Green Books Ltd.

The People's Movement for Human Rights Education (PDHRE). 2002. *Passport to Dignity: Working With the Beijing Platform for Action for the Human Rights of Women.* New York: PDHRE.

UNAIDS. 2010. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic.* Available at: www.unaids.org/globalreport/global_report.htm

UNDP. 2010. *Human Development Report 2010. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development.* New York: UNDP. Available at: http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/

United Nations Conference on Environment and Development, Rio de Janeiro. 1992. *Rio Declaration on Environment and Development and Agenda 21.* Available at: www.un.org/esa/dsd/agenda21/

World Conference against Racism, Racial Discrimination Xenophobia and Related Intolerance. 2001. *Durban Declaration and Programme of Action.* Available at: www.ohchr.org/Documents/Publications/Durban_text_en.pdf

World Conference on Human Rights. 1993. *Vienna Declaration and Programme of Action.* Available at: www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/%28symbol%29/a.conf.157.23.en

World Food Summit. 2002. *Declaration of the World Food Summit: Five Years Later, International Alliance against Hunger.* Available at: www.fao.org/worldfoodsummit/english/index.html

World Food Summit. 1996. *Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action.* Available at: www.fao.org/wfs/homepage.htm

World Health Organization (WHO). 2011. *An Update on WHO's Work on Female Genital Mutilation, 2011.* Available at: www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/rhr_11_18/en/index.html

World Health Organization (WHO). 2002. *World Report on Violence and Health.* Available at: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/outline/en/

World Trade Organization (WTO). 2003. *Implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health. WT/L/540*. Available at: www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/implem_para6_e.htm

World Trade Organization (WTO). 2001. *Ministerial Declaration on the TRIPS.* Available at: www.wto.org/english

INFORMAÇÃO ADICIONAL

3D (Trade, Human Rights, Equitable Economy): www.3dthree.org

Ethical Globalization Initiative: www.realizingrights.org

Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO): www.fao.org

François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights: www.hsph.harvard.edu/fxbcenter

Health Statistics and Health Information System: www.who.int/healthinfo/en

International Federation of Health and Human Rights Organisations: www.ifhhro.org/

International Harm Reduction Association: www.ihra.net

Médecins sans Frontières (MSF): www.msf.org

Mental Disability Rights International: www.disabilityrightsintl.org

Michael Kirby Centre for Public Health and Human Rights: www.med.monash.edu.au/michael-kirby

Montreal Declaration on Intellectual Disabilities: www.declarationmontreal.com

People's Health Movement: www.phmovement.org

Physicians for Human Rights: www.physiciansforhumanrights.org

UNAIDS: www.unaids.org

United Nations Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health: www2.ohchr.org/english/issues/health/right

World Bank, World Development Indicators: http://data.worldbank.org/indicator

World Health Organization (WHO), Health and Human Rights: www.who.int/hhr/en/

World Medical Association: www.wma.net/en/10home/index.html