

# Fenômenos Sociais e Direito 2

RENATA LUCIANE POLSAQUE YOUNG BLOOD

(Organizadora)



**Atena**  
Editora

Ano 2018

**RENATA LUCIANE POLSAQUE YOUNG BLOOD**

(Organizadora)

# **Fenômenos Sociais e Direito 2**

Atena Editora  
2018

2018 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

**Editora Chefe:** Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Diagramação e Edição de Arte:** Geraldo Alves e Natália Sandrini

**Revisão:** Os autores

#### **Conselho Editorial**

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

F339 Fenômenos sociais e direito 2 [recurso eletrônico] / Organizadora  
Renata Luciane Polsaque Young Blood. – Ponta Grossa (PR):  
Atena Editora, 2018. – (Fenômenos Sociais e Direito; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-85107-25-3

DOI 10.22533/at.ed.253180409

1. Cidadania. 2. Direito – Filosofia. 3. Direitos fundamentais.  
4. Problemas sociais. I. Série

CDD 323.6

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

O conteúdo do livro e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2018

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

E-mail: [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

## APRESENTAÇÃO

As Ciências Sociais reúnem campos de conhecimento com foco nos aspectos sociais das diversas realidades humanas. Entre eles pode-se citar o Direito, a Economia, a Administração e o Serviço Social. A partir da abordagem transdisciplinar destes conhecimentos, é possível estimular uma nova compreensão da realidade por meio da articulação de elementos que perpassam entre, além e através de disciplinas, numa busca de compreensão de fenômenos complexos, como as necessidades da sociedade e o viver em sociedade.

A Coletânea Nacional “Ciências Sociais e Direito” é um *e-book* composto por 34 artigos científicos que abordam assuntos atuais com a perspectiva transdisciplinar, como: o impacto da tecnologia de informação nas relações sociais, a reconstrução do acesso à justiça, a influência das mídias nas relações de poder, novos espaços de efetivação dos direitos humanos, a educação como caminho para uma sociedade mais democrática, entre outros.

Mediante a importância, necessidade de atualização e de acesso a informações de qualidade, os artigos elencados neste *e-book* contribuirão efetivamente para disseminação do conhecimento a respeito das diversas áreas das Ciências Sociais e do Direito, proporcionando uma visão ampla sobre estas áreas de conhecimento.

Desejo a todos uma excelente leitura!

Prof. Ms. Renata Luciane Polsaque Young Blood

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A DIMENSÃO ILÍCITA DA PROVA NO PROCESSO PENAL BRASILEIRO A PARTIR DA TEORIA GARANTISTA FERRAJOLIANA	
<i>Lidiane Mauricio dos Reis</i> <i>Silvia Mesquita da Silva</i>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>19</b>
A IMUNIDADE DE JURISDIÇÃO DO ESTADO SOB A ÓTICA PROCESSUAL BRASILEIRA	
<i>Tatiana de A. F. R. Cardoso Squeff</i> <i>Nathália Yasmini Hoffmann da Silva</i>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>37</b>
DESCOLONIZAR PARA COOPERAR: RUMO À DISTRIBUIÇÃO CONSTITUCIONAL DE JUSTIÇA	
<i>José Edmilson de Souza Lima</i> <i>Roberto José Covaia Kosop</i>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>54</b>
O IDEÁRIO DE EFETIVAÇÃO DA DEMOCRACIA DELIBERATIVA VIA PROCESSO JUDICIAL	
<i>Júlia Francieli Neves Scherbaum,</i> <i>Leonel Severo Rocha,</i>	
<b>CAPÍTULO 5</b> .....	<b>68</b>
OS DIREITOS FUNDAMENTAIS EM CONFLITO COM A ESTRUTURA DO ESTADO NA PERSPECTIVA DA SUSTENTABILIDADE SOCIAL	
<i>Isabela Borges Cilião</i> <i>Marcus Vinicius Bialta Bueno</i>	
<b>CAPÍTULO 6</b> .....	<b>83</b>
O IMPACTO DAS FAKENEWS E O FOMENTO DOS DISCURSOS DE ÓDIO NA SOCIEDADE EM REDE: A CONTRIBUIÇÃO DA LIBERDADE DE EXPRESSÃO NA CONSOLIDAÇÃO DEMOCRÁTICA	
<i>Isadora Forgiarini Balem</i>	
<b>CAPÍTULO 7</b> .....	<b>96</b>
O PAPEL DA MÍDIA NA DIFUSÃO DOS CONFLITOS CARCERÁRIOS	
<i>Taís do Couto de Oliveira</i> <i>Monique Vigil Klüsener</i> <i>Valquiria Castro Pereira</i>	
<b>CAPÍTULO 8</b> .....	<b>106</b>
O TRATAMENTO JURÍDICO DO ACESSO À INFORMAÇÃO AMBIENTAL NO URUGUAI E NO BRASIL: ANÁLISE A PARTIR DAS LEIS DE ACESSO À INFORMAÇÃO	
<i>Rafaela Bolson Dalla Favera</i> <i>Olívia Martins de Quadros Olmos</i> <i>Rosane Leal da Silva</i>	
<b>CAPÍTULO 9</b> .....	<b>117</b>
REVISÃO TEÓRICA DOS CONCEITOS: PARTICIPAÇÃO SIGNIFICATIVA, AUTONOMIA AMPLIADA E AUTOCOMUNICAÇÃO DE MASSA	
<i>Aline Amaral Paz</i> <i>Sandra Rúbia da Silva</i>	
<b>CAPÍTULO 10</b> .....	<b>131</b>
A TRANSPARÊNCIA COMO INSTRUMENTO À EFICÁCIA MATERIAL DO DIREITO HUMANO AO	

DESENVOLVIMENTO

*Guilherme Aparecido da Rocha*

**CAPÍTULO 11 ..... 145**

A ACESSIBILIDADE EM PROVEITO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL FRENTE À PROATIVIDADE INFORMACIONAL DO ESTADO: DO STANDARD INTERNACIONAL À NORMATIVIDADE BRASILEIRA E COLOMBIANA

*Guilherme Pittaluga Hoffmeister*

*Leonardo Fontana Trevisan*

*Natália Flores Dalla Pozza*

**CAPÍTULO 12 ..... 157**

O USO DA TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM: A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DA PERSONALIDADE FRENTE À CAPTAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE IMAGENS DE PACIENTES

*Géssica Adriana Ehle*

*Daniela Richter*

**CAPÍTULO 13 ..... 169**

PODER PÚBLICO, TIC E E-GOV: UMA ANÁLISE ACERCA DO USO DAS NOVAS TECNOLOGIAS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

*Alice Reichembach Gelatti*

*Rebeca Lírio de Souza*

*Rosane Leal da Silva*

**CAPÍTULO 14 ..... 181**

POR QUE PRECISAMOS FALAR SOBRE O PAPEL DO CONSUMIDOR FINAL NA DESTINAÇÃO DOS PRODUTOS NANOTECNOLÓGICOS?

*Raquel Von Hohendorf*

*Daniele Weber da Silva Leal*

*Wilson Engelmann*

*Cristine Pinto Machado*

*Paulo Júnior Trindade dos Santos*

**CAPÍTULO 15 ..... 197**

A GESTÃO ESCOLAR E A PROMOÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

*Ane Patrícia de Mira*

*Paulo Fossatti*

**CAPÍTULO 16 ..... 210**

AÇÕES AFIRMATIVAS DECORRENTES DOS TRATADOS INTERNACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS

*Reynaldo Alan Castro Filho,*

**CAPÍTULO 17 ..... 226**

DIREITOS HUMANOS NA SOCIEDADE TECNOLÓGICA: INFORMAÇÃO, LIBERDADE DE EXPRESSÃO E SEGURANÇA HUMANA

*Alini Bueno dos Santos Taborda*

**CAPÍTULO 18 ..... 235**

SAÚDE E DIREITOS HUMANOS: EM COMUM, A BUSCA PELO BEM-ESTAR DO SER HUMANO

**SOBRE A ORGANIZADORA..... 251**

## SAÚDE E DIREITOS HUMANOS: EM COMUM, A BUSCA PELO BEM-ESTAR DO SER HUMANO

**Noedi Rodrigues da Silva**

Mestrando em Direitos Humanos (UniRitter)

**RESUMO:** O objetivo do artigo é, por um lado, apontar interações entre saúde e direitos humanos, no sentido de que tanto as violações aos direitos humanos causam impactos negativos sobre a saúde, quanto as políticas, programas e práticas de saúde podem causar – e não raramente causam – impactos negativos, ou violações aos direitos humanos; mas que ambos os campos também se influenciam positivamente. Por outro lado, busca-se indicar que tanto a saúde quanto os direitos humanos podem e devem ser colocados em uma perspectiva mais ampla, com o objetivo comum de promover o bem-estar do ser humano, caso em que seriam – saúde e direitos humanos – campos complementares, e não antagônicos. Por fim, destaca-se a necessidade, ou pelo menos a conveniência de que sejam adotadas abordagens de direitos humanos, no campo de promoção e proteção da saúde, e de saúde, no campo de promoção e proteção dos direitos humanos, com ganhos para ambos os lados.

**PALAVRAS-CHAVE:** saúde; direito à saúde; direitos humanos; bem-estar humano; direito internacional.

**ABSTRACT:** The purpose of this article is to point out interactions between health and human rights, in the sense that both human rights violations cause negative impacts on health, and health policies, programs and practices can cause - and not infrequently cause - negative impacts, or violations of human rights; but that both fields also have a positive influence. On the other hand, it seeks to indicate that both health and human rights can and should be placed in a broader perspective, with the common goal of promoting the well-being of the human being, in which case they would be - health and human rights - complementary, not antagonistic, fields. Finally, it is necessary to emphasize the need, or at least the convenience, of adopting human rights approaches in the field of health promotion and protection, and health, in the field of promotion and protection of human rights, with gains for both the sides.

**KEYWORDS:** health; right to health; human rights; human well-being; international right.

### 1 | INTRODUÇÃO

*Harrington e Stuttaford* (2010, p. 1) relatam que, nas últimas décadas, o direito humano à saúde foi movido para o centro do debate político e de políticas sociais através do globo. Segundo eles, organizações sociais

colocaram esse direito no coração de campanhas por justiça social a nível nacional e global. Sobre isso, *Tobin* (2012, p. 57) obtempera que, não obstante os progressos alcançados, evidências empíricas sugerem que o *status* e relevância do direito à saúde são muito menos seguros e muito mais marginalizados do que indicaria a afirmação de Harrington e Stuttaford.

Saúde e direitos humanos não costumam aparecer muito relacionados, ao menos não de modo explícito. Dito de outro modo, como regra, discussões sobre saúde raramente incluem considerações sobre direitos humanos e, do mesmo modo, o discurso sobre os direitos humanos quase nunca se desenvolve de uma perspectiva de saúde (MANN *et al*, 2013, p. 16). O que de certo modo é surpreendente, na medida em que o direito à saúde é, pelo menos nos dias atuais, amplamente reconhecido como um direito humano inalienável, intimamente ligado ao direito à vida, e até mesmo utilizado como exemplo da interconectividade dos direitos humanos. Isto porque satisfazer o direito à saúde exige a satisfação, também, de outras necessidades humanas, sejam elas físicas (ar puro, água potável, alimento, etc), sejam elas sociais ou psicológicas (pertencimento a família, grupo, comunidade, etc); e de outra sorte, sem proteção à saúde todos os demais direitos, inclusive o direito à vida, ficam comprometidos, ou têm dificultado o seu exercício.

Vista a questão por outro ângulo, são comuns as constatações de que violações aos direitos humanos, pelo menos nas suas formas mais óbvias, como é o caso da tortura, repercutem negativamente sobre a saúde e, do mesmo modo, práticas, programas e políticas de saúde, isto é, medidas adotadas com vistas a promover e proteger a saúde, em muitos casos acarretam algum tipo de restrição aos direitos humanos. Não é menos evidenciado que a realização dos direitos humanos repercute positivamente na saúde e, inversamente, um elevado nível de saúde repercute positivamente na realização e gozo dos direitos humanos.

Não se trata, aqui, de um conflito aparente entre dois direitos humanos, ou entre um direito humano e os demais, pois o foco principal do estudo não é o direito à saúde, mas sim as políticas, programas e práticas em saúde, de um lado, e o conjunto dos direitos humanos, de outro. Talvez se pudesse afirmar que as medidas adotadas com vistas a promover e proteger um direito humano, o direito à saúde, podem e de fato acarretam, violações a outros direitos humanos. Indo além, talvez até se pudesse, estudando mais, concluir que as medidas adotadas com vistas a promover e proteger um direito social, tende a impor restrições a direitos de liberdade, mas isso não será aprofundado aqui.

O que se pretende é, à vista dessa tensão existente entre os dois campos, o da saúde e o dos direitos humanos, desenvolver a ideia de que, para além de ambos, haveria um objetivo comum, que é o bem-estar, ou quem sabe a qualidade de vida do ser humano. A partir disso, se apontará, na doutrina especializada, razões para que abordagens mais amistosas e informadas sejam adotadas, tanto no campo da saúde, quanto no dos direitos humanos.



Para tanto, será necessário resumir alguns conceitos, ou ideias, com vistas a bem situar o debate ora proposto, e que seriam os conceitos ou ideias de saúde, saúde pública, direitos humanos e direito à saúde. A perspectiva, neste artigo, será o direito internacional, e não será possível abordar todas as dificuldades que cercam a concretização do direito à saúde e dos demais direitos humanos, tendo em vista os limites deste artigo.

## 2 | CONCEITO DE SAÚDE NO DIREITO INTERNACIONAL

Conforme *Talavera Fernandes* (2016, p. 38), antes de junho de 1946 a saúde era definida em termos negativos, ou seja, correspondia à constatação de ausência de doenças e, por conseguinte, o correto funcionamento do organismo. O autor transcreve definição constante em dicionário, segundo a qual saúde era “o estado no qual um ser orgânico exerce normalmente suas funções”, definição de índole fundamentalmente biológica, objetivista, que serviu de base ao conceito de enfermidade, largamente utilizado em medicina clássica e que se concretizava em “um estado de anormalidade no exercício das funções por parte de um ser orgânico”.

Então a OMS, em junho de 1946, em sua assembleia fundacional, definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades”. Segundo *Talavera Fernandes*, “com esta definição, que abarca praticamente todos os aspectos da vida humana, a saúde se converteu em uma ‘categoria subjetiva’: é dizer, já não se trata de um parâmetro biológico senão de uma ‘aspiração’ definida pelo próprio indivíduo”.

*Tobin* (2012, p. 276), para o qual a definição de saúde é necessária, com vistas a impor limites ao alcance desse mesmo termo, concorda que, por um lado, a inclusão do conceito de bem-estar social na definição de saúde, pela OMS, “é muito abrangente”, mas por outro lado, a tradicional definição biomédica de saúde, como a ausência de doença, “é muito estreita”. Argumenta que o atual significado de saúde deveria estender-se a um modelo biopsicossocial, que reconhecesse o potencial para fatores sociais, e não apenas a condição patológica, para limitar o funcionamento de um indivíduo dentro da sociedade.

*Mann et al* (2013, p. 16-7) consideram que o moderno conceito de saúde – aquela formulação da OMS – deriva de duas disciplinas que, embora distintas, estão relacionadas: medicina e saúde pública. Para eles, “enquanto a medicina geralmente foca na saúde do indivíduo, a saúde pública enfatiza a saúde das populações”. Destacam, na dimensão individual de saúde, trecho da *Ottawa Charter for Health Promotion* (1986), no sentido de que “um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, para satisfazer necessidades, e para mudar ou lidar com o ambiente”; e na dimensão coletiva, trecho da Declaração de Alma-Ata (1978), no sentido de que “[...] objetivo social cuja realização requer a ação de muitos outros

setores econômicos e sociais em adição ao setor da saúde”.

Para os fins deste artigo, importa anotar brevemente o que se entende por *saúde pública*, na medida em que é no âmbito da saúde pública que vêm as políticas, programas e práticas de saúde com potencial de restrição aos direitos humanos. Como consignado por *Jonathan Mann* (1996, p. 141-2), a saúde pública deriva do conceito de saúde da OMS e do Relatório do Instituto de Medicina, de 1988, este definindo que o papel da saúde pública é o de “garantir as condições em que as pessoas podem ser saudáveis”. E conclui que a saúde pública, assim, procura assegurar as condições básicas essenciais nas quais as pessoas possam aumentar seu bem-estar físico, mental e social.

### 3 | UMA IDEIA DE DIREITOS HUMANOS

Os direitos humanos são, conforme definido por *Tarantola e Gruskin* (2013, p. 44), “o que os governos podem fazer a você, não podem fazer a você e devem fazer por você”. Os mesmos autores descrevem os *direitos humanos* como sendo *inalienáveis* (os indivíduos não podem perder esses direitos, assim como não podem deixar de ser seres humanos); *indivisíveis* (aos indivíduos não pode ser negado um desses direitos, por ser considerado menos importante ou não essencial); *interdependentes* (todos os direitos humanos são parte de uma estrutura complementar, cada um deles impactando e sendo impactado por todos os outros); e que os direitos humanos focam na relação entre o Estado – primeiro garantidor e protetor dos direitos humanos – e indivíduos, que titularizam direitos humanos pelo simples fato de serem humanos (local citado).

A busca por reconhecimento dos direitos humanos retroagiria, segundo *Hunt* (2008, p. 15), a 1776, com a frase de Thomas Jefferson, frase que, revisada pelo próprio autor, integra a Declaração de Independência dos Estados Unidos da América, é tida como uma das frases mais conhecidas no idioma inglês e conteria as palavras mais potentes e consequentes da história americana (wikipedia.org): *Consideramos estas verdades como auto-evidentes, que todos os homens são criados iguais, que são dotados pelo Criador de certos direitos inalienáveis, que entre estes estão vida, liberdade e busca da felicidade*. Esta seria a origem dos direitos humanos, que para outros, seria a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, francesa, de 1789, a qual declara que todos os homens nascem iguais e permanecem livres e iguais em direitos.

Importa registrar, para os fins desse tópico, que foi a Segunda Guerra que, com suas atrocidades, impulsionou decisivamente a adoção, em 1948, da Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH, contemplando um extenso rol de direitos. Contudo, a consagração dos direitos humanos na DUDH, não foi, nem seria suficiente para assegurar a efetiva promoção e proteção dos direitos reconhecidos, dentre outras razões, porque à Declaração faltava normatividade, ou seja, não gerava, pelo menos

não com força suficiente, obrigações aos estados que haviam chancelado aquela declaração, dita universal. Assim é que em 1966, em Nova Iorque, a Assembleia Geral da ONU aprovou, simultaneamente, dois instrumentos, dependentes de ratificação e, portanto, geradores de obrigações para os estados que os ratificassem: o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos – PIDCP e o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais – PIDESC. Como se sabe, essa bifurcação entre direitos civis e políticos, de um lado, e econômicos, sociais e culturais, de outro, justificada pelas distintas formas de monitoramento, acarretou um enorme atraso na concretização dos últimos, pois enquanto a criação de um Comitê e de um Protocolo Facultativo para os direitos civis e políticos seguiu-se à aprovação do PIDCP, o comitê DESC foi criado em 1985 e o Protocolo Facultativo ao PIDESC só veio em 2008 – exatamente no sexagésimo aniversário da DUDH –, com vigência internacional em 05/05/2013.

E finalmente, os direitos humanos passaram a ser assegurados em outros instrumentos, além dos dois Pactos antes mencionados, mais precisamente em convenções internacionais, como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra Mulheres, de 1979; a Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1990; a Convenção sobre a Eliminação de toda as Formas de Discriminação, de 1995; e outras, que integram o chamado direito internacional dos Direitos Humanos. Com menor alcance, há os tratados regionais de direitos humanos, podendo-se destacar as convenções Europeia e Americana de Direitos Humanos.

#### **4 | DIREITO À SAÚDE COMO DIREITO HUMANO: CONCEITO E ALCANCE, NO DIREITO INTERNACIONAL**

A Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH, de 1948, em seu artigo 25 estabelece que “Toda 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 [...]”. O direito à saúde, como outros direitos econômicos, sociais e culturais é, atualmente, reconhecido como um direito inalienável, juntamente com os tradicionais direitos civis e políticos.

Conhecer o caminho percorrido pelo direito à saúde, até ser incorporado no principal instrumento do direito internacional, como um direito humano, auxilia na compreensão do direito à saúde, como concebido atualmente. *Tobin* (2012, p. 65-6 e 87), afirma que o exame da história do direito à saúde revela que esse direito não é, como muitas vezes se afirma, produto da ideologia comunista, mas pelo contrário, a linhagem desse direito é entretecida com os genes de uma gama de diversos atores – o legado do Iluminismo, as falhas da Revolução Industrial, o desenvolvimento de uma distinta filosofia latino-americana firmemente embasada em valores católicos sobre

justiça, o impacto da Grande Depressão, a emergência do moderno estado de bem-estar social e a personalidade de indivíduos como Franklin D. Roosevelt. Ademais, o direito à saúde é profundamente interconectado com a história da saúde pública, que revela uma antiga aceitação da necessidade de os Estados adotarem medidas para proteger a saúde de suas populações.

A busca por reconhecimento do direito à saúde, no direito internacional, seguiu o mesmo caminho dos direitos humanos em geral, como acima mencionado. Mas como faz notar *Tobin* (2012, p. 83), nem a Declaração americana, nem a francesa, nem os antecedentes English Magna Carta (1215), English Bill of Rights (1689), US Bill of Rights (1791) e Declaração francesa (1793), fizeram referência ao direito à saúde, embora a última tenha incluído o que atualmente se consideram direitos econômicos e sociais (educação e assistência social). A própria DUDH não incluiu o direito à saúde como um direito específico, mas sim no bojo do artigo 25.1, juntamente com outros direitos econômicos e sociais (alimentos, roupas, moradia, cuidados médicos e serviços sociais).

O artigo 12 do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais – PIDESC, de 1966, dispôs que “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”, além de estabelecer as medidas que os Estados devem adotar com vistas a assegurar o pleno exercício desse direito. Esta formulação, distinta daquela adotada na DUDH, reflete o conceito de saúde adotado no preâmbulo da Constituição da OMS, de 1946, que definiu saúde como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”.

Porém, os governos passaram a abordar de formas diferentes as suas obrigações, decorrentes do PIDESC, o que levou o organismo encarregado de monitorar a aplicação do Pacto – o Comitê DESC, criado em 1985 e cuja primeira reunião foi em 1987 – a procurar esclarecer as obrigações dos Estados. O fez por meio do seu Comentário Geral nº 14, um texto interpretativo adotado em maio de 2000. Este Comentário Geral “demonstra como a realização do direito à saúde depende da realização de outros direitos humanos, incluindo os direitos à vida, alimentação, habitação, 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” (*Compreender os Direitos Humanos: manual de educação para os direitos humanos*, p. 6).

Além disso, o Comentário Geral nº 14 estabelece quatro critérios para 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 precisam estar disponíveis em quantidade suficiente); a *acessibilidade* (das instalações, bens e serviços de saúde; exige a não discriminação, a acessibilidade física, a acessibilidade econômica e a informação adequada); a *aceitabilidade* (exige que todos os serviços de saúde, bens e serviços respeitem a ética médica; sejam culturalmente apropriados, sensíveis ao

gênero e às condições do ciclo da vida; e projetados para respeitar a confidencialidade e melhorar a saúde e o estado da saúde daqueles a quem se dirige); e a *qualidade* (requer que os bens e serviços de saúde sejam apropriados e de boa qualidade, tanto do ponto de vista da ciência quanto do ponto de vista médico).

E finalmente, a formulação do direito à saúde, no direito internacional, se consolida com o aparecimento do mesmo padrão, que primeiro surgiu no preâmbulo da Constituição da OMS, agora em outros instrumentos, além do PIDESC, mais precisamente em convenções internacionais, como a Convenção sobre os Direitos da Criança, que em seu artigo 24.1 assegura o “direito a gozar do melhor estado de saúde possível”; e a Convenção sobre os direitos das Pessoas com Deficiência, que em seu artigo 25 assegura às pessoas com deficiência “o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência”.

A partir dessa formulação, iniciando-se pelo preâmbulo da Constituição da OMS, passando pelo PIDESC e chegando às convenções internacionais antes mencionadas, o direito à saúde se estabeleceu, no direito internacional, como o direito ao mais alto nível possível de saúde. Com menor alcance, há tratados regionais de direitos humanos, que igualmente definiram o direito à saúde, podendo-se destacar o artigo 11 da Carta Social Europeia, de 1961, revista em 1996; o artigo 10 do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em matéria de DESC, de 1998; e o artigo 16 da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, de 1981.

Quanto ao significado do direito à saúde, no direito internacional, há muitos enfoques possíveis, mas aqui mencionaremos os aspectos que, segundo *Tobin (2012, p. 274/371)*, delimitariam suficientemente o significado e o alcance do “mais elevado nível de saúde atingível”, que é o interesse no qual o direito à saúde está fundamentado. São eles: a) a obrigação geral imposta aos estados para reconhecer o direito à saúde no direito internacional; b) passos específicos a serem tomados pelos estados para conseguir realizar plenamente o direito à saúde no direito internacional; c) a obrigação para abolir tradicionais/culturais práticas que são prejudiciais à saúde do indivíduo; e d) a obrigação dos estados para cooperar com e assistir outros estados na completa realização do direito à saúde no direito internacional. Depois de examiná-los, o autor oferece quatro argumentos centrais, sobre o alcance e a natureza do direito à saúde. O *primeiro* é que o direito à saúde não é um direito a ser saudável, mas um direito a receber e desfrutar de serviços, instalações e condições que são necessárias para prevenir, remediar e mitigar problemas de saúde. O *segundo* é que, sendo impróprias as definições de saúde como patologia ou com foco na ideia de normalidade, então um modelo biopsicossocial de saúde é defendido, com vistas a evitar o potencial de estigmatização que vem associado ao modelo patológico, e garantir que os estados alarguem a sua investigação para além da condição do indivíduo, para considerar fatores externos que devem ser enfrentados no desenvolvimento apropriado de serviços, instalações e condições para assegurar a saúde de um indivíduo. O *terceiro* é que, embora se deva ter cautela ao incluir no alcance do direito à saúde tudo o que

tem um impacto sobre a saúde de um indivíduo, uma base prática e de princípios justifica a inclusão da autonomia sexual e contra o tratamento médico não consensual, dentro do alcance do direito à saúde. E o *quarto* argumento é que a adoção dos elementos essenciais estruturados pelos corpos de monitoramento dos tratados de direitos humanos, nomeadamente que os serviços de saúde devem ser disponíveis, acessíveis, aceitáveis e de qualidade apropriada, é uma ferramenta interpretativa apropriada, para identificar os elementos que constituem o direito à saúde.

Este seria, portanto, o significado ou o alcance do direito à saúde, no direito internacional: não é um direito a ser saudável, mas um direito a receber e desfrutar de serviços, instalações e condições necessárias para prevenir, remediar e mitigar problemas de saúde; no desenvolvimento de serviços, instalações e condições para assegurar a saúde de um indivíduo, devem-se considerar fatores externos à condição do indivíduo, na base de um modelo biopsicossocial de saúde; a autonomia sexual e contra o tratamento médico não consensual, deve ser incluída no alcance do direito à saúde; e os elementos essenciais indicados no Comentário Geral 14 do Comitê DESC – disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade apropriada – constituem guia adequado para identificar os elementos que constituem o direito à saúde.

## **5 | IMPACTOS DAS POLÍTICAS, PROGRAMAS E PRÁTICAS DE SAÚDE, SOBRE OS DIREITOS HUMANOS**

Como relatam *Mann et al* (2013, p. 20), em todo o mundo, cuidados de saúde são providenciados através de diversos mecanismos, tanto públicos quanto privados. Contudo, as responsabilidades da saúde pública são realizadas por meio de políticas e programas elaborados e implementados pelo Estado, ou com suporte deste. Assim, com vistas a identificar os impactos das políticas, programas e práticas de saúde, sobre os direitos humanos, importa contextualizar as funções principais da saúde pública.

Conforme os autores, as três funções centrais da saúde pública são: 1) avaliar necessidades e problemas de saúde; 2) desenvolver políticas para enfrentar questões prioritárias; e 3) assegurar programas para implementar metas estratégicas de saúde. Potenciais benefícios, bem como restrições aos direitos humanos, podem ocorrer na persecução de cada uma dessas três áreas de responsabilidade da saúde pública. Por exemplo, avaliações envolvem coleta de dados sobre importantes problemas de saúde em uma população, e uma falha do estado no reconhecimento de um problema de saúde que afete especialmente um grupo marginalizado ou estigmatizado, pode violar o direito à não discriminação, conduzindo à negligência de serviços necessários, o que por sua vez, pode afetar a realização de outros direitos, incluindo o direito à segurança em caso de doença ou incapacidade, ou ao cuidado especial e assistência dos quais mães e crianças são titulares, conforme o artigo 25 da DUDH.

Uma vez decidido quais problemas serão avaliados, a metodologia de coleta

de dados pode criar encargos ou restrições adicionais aos direitos humanos. Coletar informações de indivíduos, como: se eles estão infectados com o vírus da imunodeficiência (HIV); se têm câncer de mama; ou são geneticamente predispostos a doenças cardiovasculares, claramente pode afetar ou restringir o direito à segurança pessoal (associado com o conceito de consentimento informado), e de interferência arbitrária na privacidade dos indivíduos. Adicionalmente, o direito à não discriminação pode ser ameaçado mesmo por um exercício aparentemente simples de coleta de informações. Por exemplo, uma pesquisa sobre saúde realizada por telefone, excluindo famílias sem telefone (normalmente famílias com baixo *status* socioeconômico), pode resultar em uma avaliação tendenciosa, que por sua vez, pode resultar em políticas ou programas que falham no reconhecimento ou na satisfação de necessidades de uma população inteira. Também, estado de saúde pessoal ou informações sobre o comportamento sexual (como orientação sexual ou histórico de uso de drogas) têm a possibilidade de serem mal utilizadas pelo estado, diretamente ou disponibilizando tais informações a terceiros, resultando em graves danos aos indivíduos e violações a muitos direitos. O mau uso de informações sobre o estado de infecção com HIV acarreta restrições ao direito ao trabalho e à educação, violações ao direito ao casamento e a constituir família, ataques contra a honra e a reputação, limitações à liberdade de movimento; detenções arbitrárias ou exílio; e até mesmo tratamento cruel, degradante ou desumano.

A segunda principal tarefa da saúde pública é desenvolver políticas para prevenir e controlar problemas de saúde prioritários. Importantes restrições aos direitos humanos podem surgir no processo de desenvolvimento de políticas. Exemplificam *Mann et al* (2013, p. 20-1), que se um governo se nega a divulgar as bases científicas da política em saúde, ou a permitir debates sobre o seu mérito, ou, de outro modo se recusa a informar e a envolver o público no desenvolvimento da política, os direitos a “procurar, receber e transmitir informações e ideias...independentemente das fronteiras” (DUDH, art. 19) e “tomar parte no governo...diretamente ou através de escolha livre de representantes” (DUDH, art. 21), podem ser violados. De modo que a priorização de questões de saúde pode resultar em discriminação contra indivíduos, como quando o principal problema de saúde de uma população definido em bases de sexo, raça, religião ou linguagem, recebem, sistematicamente, baixa prioridade (e. g., doença de célula falciforme nos EUA, a qual afeta primariamente a população africana e americana; ou mais globalmente, mortalidade materna, câncer de mama e outros problemas de saúde das mulheres).

A terceira função nuclear da saúde pública, de assegurar serviços capazes de realizar os objetivos das políticas, é também intimamente ligado com o direito à não discriminação. Quando serviços sociais e de saúde não levam em conta barreiras logísticas, financeiras e sócio culturais para o acesso a elas, facilmente pode ocorrer discriminação, intencionalmente ou não. Por exemplo, em clínicas para a saúde de mães e crianças, detalhes como horários do serviço, acessibilidade através do

transporte público e disponibilidade de creches podem influenciar forte e negativamente a utilização do serviço.

Segundo *Mann et al* (obra e local citados), é essencial reconhecer que em busca da realização de cada uma destas funções nucleares e responsabilidades, a saúde pública pode sobrecarregar direitos humanos. Segundo os autores, no passado, quando restrições a direitos humanos eram reconhecidas, elas eram normalmente justificadas como necessárias para a proteção da saúde pública. Na verdade, a saúde pública tem uma longa tradição, ancorada na história do controle das doenças infecciosas, de limitação de “direitos de poucos” para o “bem de muitos”. Assim, medidas coercitivas como testes e tratamentos obrigatórios, quarentena e isolamento, são consideradas medidas básicas de controle tradicional das doenças transmissíveis.

## 6 | IMPACTOS DAS VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS, NA SAÚDE

*Tarantola e Gruskin* (2013, p. 51) desenvolvem consistente e abrangentemente este ponto de contato da saúde com os direitos humanos. Eles destacam, por exemplo, que agentes e profissionais de saúde, agindo em nome do Estado, estão acostumados a aplicar restrições à liberdade individual, nos casos em que o gozo desses direitos cria uma ameaça, real ou percebida, para a população em geral.

Como registram *Mann et al* (2013, p. 22), os impactos na saúde são evidentes quando se trata de certas violações severas de direitos humanos, como é o caso da tortura, prisão sob condições desumanas, execuções sumárias e desaparecimento. Por esta razão, expertos em saúde preocupados com os direitos humanos têm cada vez mais disponibilizado a sua expertise para ajudar a documentar esses abusos. Exemplos desse tipo de colaboração médica para os direitos humanos incluem exumações de valas comuns para examinar alegações de execuções; exames de vítimas de tortura; e entrada de pessoal em prisões, para avaliar o estado de saúde dos prisioneiros.

Contudo, os impactos das violações de direitos humanos na saúde vão além dessas questões, em pelo menos dois modos: *primeiro*, a duração e extensão dos impactos na saúde, resultantes de severos abusos de direitos e dignidade permanecem, geralmente, não apreciados. Tortura, aprisionamento sob condições desumanas ou trauma associado ao testemunho de execuções sumárias, sequestro ou maus tratos a terceiros, têm sido associados a severos efeitos, provavelmente para a vida toda, sobre o bem-estar físico, mental e social das vítimas. Adicionalmente, uma compreensão mais profunda dos efeitos negativos da tortura sobre a saúde deve também incluir a sua larga influência sobre bem-estar mental e social; tortura é normalmente usada como uma ferramenta política para desencorajar pessoas de participação significativa ou resistência ao governo (MANN et al, 2013, p. 22-3).

Em segundo lugar, e para além desses sérios problemas, são crescentes as



evidências de que violações de muitos outros, senão de todos os direitos humanos, têm efeitos negativos sobre a saúde. Os autores exemplificam: o direito à informação pode ser violado quando cigarros são comercializados sem que o governo assegure que informações referentes aos efeitos danosos do tabaco na saúde estejam também disponíveis. O custo desta violação para a saúde pode ser quantificado através de medidas de doenças evitáveis relacionadas ao tabaco, incapacidade e morte prematura, incluindo excesso de cânceres, doenças cardiovasculares e respiratórias. Outras violações do direito à informação, com impactos substanciais sobre a saúde, incluem a retenção governamental de informações científicas válidas sobre anticoncepção ou medidas (e. g. preservativos) para prevenir infecções com o HIV.

Como outro exemplo, mencionam que o enorme problema mundial de doenças ocupacionais, incapacidade e morte reflete violações ao direito de trabalhar sob “condições justas e favoráveis” (DUDH, art. 23). Ponderam que nesse contexto a identificação, pelo Banco Mundial, do aumento da escolaridade das mulheres como uma intervenção crítica para melhorar o estado de saúde em nações em desenvolvimento, expressa poderosamente o impacto penetrante da realização dos direitos (no caso, dos direitos à educação e à não-discriminação com base no sexo), sobre o estado de saúde da população.

Um problema relacionado, mas ainda mais complexo, envolve – ainda segundo *Mann et al* – o potencial impacto na saúde associado a violações da dignidade, individual e coletiva. A Declaração Universal dos Direitos Humanos considera dignidade, do mesmo modo que os direitos, inerente, inalienável e universal. Embora importantes impactos sobre a saúde relacionados à dignidade possam incluir problemas como o mau estado de saúde de muitos povos indígenas, falta um vocabulário e um enquadramento coerentes para caracterizar a dignidade e as diferentes formas de violação à dignidade. Uma taxonomia e uma epidemiologia das violações da dignidade podem revelar uma enorme quantidade de danos ao bem-estar físico, mental e social, antes suspeitos, embora não nomeados e, portanto, não documentados.

A avaliação dos impactos na saúde decorrentes de violações de direitos, está ainda nos seus primórdios. Progresso nesse sentido exigirá uma capacidade mais sofisticada para documentar e avaliar violações de direitos; a aplicação de metodologias médicas e das ciências sociais para identificar e avaliar efeitos no bem-estar físico, mental e social; e pesquisa para estabelecer válidas associações entre violações de direitos e impactos na saúde (MANN et al, 2013, p. 23).

## 7 | OBJETIVO COMUM E COMPLEMENTARIDADE

Para *Tarantola e Gruskin* (2013, p. 56), saúde e direitos humanos, juntos e com independência um do outro, chegaram a um grau de proeminência no discurso político e público, nunca antes testemunhado. Os campos da saúde e dos direitos

estão iluminados, atualmente, pelos seus pontos em comum, não mais pelas suas diferenças. Ainda segundo esses autores, “ambos são obrigações dos governos em relação ao seu povo; e cada um suporta e requer o cumprimento do outro”.

A ideia de que promover e proteger direitos humanos está indissolúvelmente ligado ao desafio de promover e proteger a saúde – defendida por *Mann et al* –, deriva, em parte, do reconhecimento de que saúde e direitos humanos são abordagens complementares para o problema central, da definição e do avanço do bem-estar humano. Essa conexão fundamental conduz para além da simples, embora ampla menção de saúde na DUDH (art. 25) e das responsabilidades específicas dos estados relacionadas à saúde, listadas no artigo 12 do PIDESC, incluindo: redução da morte fetal e da mortalidade infantil, promovendo o desenvolvimento saudável da criança; melhoria da higiene ambiental e industrial; prevenção, tratamento e controle de epidemias, endemias, doenças ocupacionais e outras; e garantia de cuidados médicos.

Modernos conceitos de saúde reconhecem que as condições subjacentes estabelecem a base para a realização do bem-estar físico, mental e social (ver, além dos autores citados neste ponto, *Istúriz, Acevedo e Jiménez, 2012*, especialmente p. 4 e seguintes). Dada a importância dessas condições, é notável como têm recebido pouca atenção nas pesquisas de saúde, para a precisa identificação e compreensão dos modos de ação dessas condições, importância relativa, e possíveis interações.

A análise mais amplamente aceita foca, segundo *Mann et al*, no *status* socioeconômico; a relação positiva entre elevado *status* socioeconômico e melhor estado de saúde é bem documentada. No entanto, esta análise possui, para os autores citados, pelo menos três importantes limitações. Primeiro, ela não responde adequadamente a um crescente número de observações discordantes, como: a crescente longevidade dos homens e mulheres casados canadenses, comparados com os seus conterrâneos não casados (viúvos, divorciados, nunca casados); estados de saúde diferentes entre populações minoritárias e majoritárias, que persistem mesmo quando medidas tradicionais de *status* socioeconômico são consideradas; ou relatórios sobre resultados diferenciais marital, econômico e educacional entre mulheres obesas, em comparação com não-obesas.

Um segundo problema reside nas definições de pobreza e suas relações com o estado de saúde. Claramente, pobreza pode ter diferentes significados em saúde. Por exemplo, distinções entre o significado em saúde, de pobreza absoluta e pobreza relativa, têm sido propostas.

Uma terceira dificuldade prática é que o paradigma socioeconômico cria um desafio esmagador, para cujo enfrentamento os profissionais de saúde não estão nem treinados, nem equipados. Além disso, a identificação de *status* socioeconômico como “condição essencial” para boa saúde, pode, paradoxalmente, encorajar complacência, apatia e até mesmo paralisia de políticas e programas (MANN et al, 2013, p.24).

Abordagens complementares ou alternativas, sobre a natureza das condições essenciais para a saúde, estão emergindo. Por exemplo, a *Ottawa Charter for Health*

*Promotion* (1986) foi além da pobreza para propor que “as condições e recursos fundamentais para a saúde são paz, moradia, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”.

## 8 | CONVENIÊNCIA DE ABORDAGENS AMISTOSAS EM AMBOS OS CAMPOS

Ante o quadro delineado nos itens 5, 6 e 7, não há dúvidas de que abordagens mais informadas e colaborativas, tanto no campo da saúde quanto no dos direitos humanos, só pode beneficiar a ambos. Por exemplo, considerar violações de direitos como um ponto de partida para o reconhecimento de problemas de saúde, pode ajudar a descobrir encargos anteriormente não reconhecidos sobre o bem-estar físico, mental e social. E de uma perspectiva dos direitos humanos, a documentação de impactos na saúde resultantes da violação de direitos humanos pode contribuir para aumentar a consciência social sobre a importância de promover e proteger os direitos humanos.

A experiência com a epidemia global de HIV/AIDS, apontada por estudiosos como a gênese do processo de integração dos direitos humanos à saúde (TARANTOLA E GRUSKIN, 2013, p. 48), sugere uma abordagem analítica mais profunda, utilizando uma análise de direitos, e não apenas dos fatores tradicionais de saúde. *Mann et al* mencionam, por exemplo, que mulheres casadas, monogâmicas, no leste da África, estão relacionadas como infectadas com HIV. Embora estas mulheres saibam sobre HIV e preservativos sejam acessíveis naquele mercado, o fator de risco delas é a sua inabilidade para controlar o comportamento dos seus maridos, ou para recusar uma relação sexual indesejada ou desprotegida. A recusa pode resultar em dano físico, ou em divórcio, o equivalente a uma morte social e econômica para essas mulheres. Além disso, a vulnerabilidade das mulheres para o HIV é, agora, reconhecida como integralmente conectada com discriminação e desigualdade de direitos, envolvendo propriedade, casamento, divórcio e herança. O sucesso da promoção de preservativos para HIV, nesta população, é limitado, na ausência de mudanças sociais e nas leis, que, promovendo e protegendo os direitos das mulheres, fortalecesse as suas habilidades para negociar a prática sexual e se protegerem da infecção do HIV.

Mais amplamente, a evolução da pandemia HIV/AIDS mostrou um consistente padrão através do qual discriminação, marginalização, estigmatização e, mais genericamente, uma falta de respeito pelos direitos humanos e dignidade de indivíduos e de grupos, eleva a vulnerabilidade deles, expondo-os ao HIV. Neste sentido, HIV/AIDS pode ser ilustrativo de um fenômeno mais geral, no qual a vulnerabilidade de indivíduos e de grupos para doenças, incapacidade e morte prematura, está ligado ao *status* de respeito aos direitos humanos e à dignidade (MANN et al, 2013, p. 24-5).

Exploração adicional das dimensões conceitual e prática desta relação é necessária. Por exemplo, grupos de doenças evitáveis, epidemiologicamente identificadas; excessivas incapacidades e mortes prematuras, poderiam ser

analisadas para descobrir as limitações ou violações específicas de direitos humanos e da dignidade que estão envolvidas. Do mesmo modo, uma ampla análise das dimensões dos direitos humanos dos principais problemas de saúde, como câncer, doenças cardiovasculares e lesões, deveria ser desenvolvida. A hipótese segundo a qual a promoção e proteção de direitos e saúde estão indissolúvelmente ligadas, exige exploração criativa e rigorosa avaliação.

O conceito de uma relação indissolúvel entre saúde e direitos humanos também oferece, conforme *Mann et al* (2013, p. 25), um enorme potencial de consequências práticas. Por exemplo, profissionais de saúde poderiam considerar a utilização da DUDH como um guia coerente para a avaliação do estado de saúde de indivíduos ou populações; a extensão na qual os direitos humanos são realizados pode representar um índice de bem-estar melhor e mais compreensivo do que os tradicionais indicadores do estado de saúde. Trabalhadores em saúde também deveriam considerar as suas responsabilidades não apenas para respeitar os direitos humanos no desenvolvimento de políticas, programas e práticas, mas para contribuir ativamente da sua posição como profissionais de saúde, para melhorar a realização social dos direitos. Trabalhadores em saúde há muito tempo reconhecem as raízes sociais do estado de saúde; a ligação com os direitos humanos poderia ajudar os profissionais de saúde a se envolver de forma específica e concreta com toda a gama de pessoas que trabalham para promover e proteger os direitos humanos e a dignidade humana em cada sociedade.

De uma perspectiva dos direitos humanos, expertos e expertise em saúde podem contribuir significativamente para que a sociedade reconheça os custos e benefícios associados com a realização, ou com o fracasso no respeito aos direitos humanos e à dignidade. Isto pode ser conseguido sem necessidade de justificar os direitos humanos e a dignidade em motivos de saúde (ou em qualquer outro fim pragmático). Ao revés, a colaboração com os expertos em saúde pode ajudar a dar voz aos sutis e sérios impactos na saúde, associados com a falta de respeito aos direitos humanos e à dignidade. Adicionalmente, o direito à saúde só pode se desenvolver e adquirir significado através do diálogo entre as disciplinas da saúde e dos direitos humanos. Finalmente, a saúde como pré-condição da capacidade para realizar e gozar dos direitos humanos e da dignidade, deve ser apreciada. Por exemplo, o estado de desnutrição, ou de nutrição pobre, de crianças, pode contribuir, de modo sutil, mas importante, para a limitação na realização e gozo do direito à educação; de modo geral, as pessoas saudáveis estão melhor preparadas para participar plenamente e se beneficiar otimamente da proteção e oportunidades inerentes à DUDH.

## 9 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, saúde e direitos humanos são, sim, objeto de apropriação pelo discurso político, e a saúde é objeto de políticas, programas e práticas por todo o

planeta. Já não se pode afirmar, contudo, que o nível de saúde das populações esteja alto em todas as nações, muito pelo contrário.

No que importa a este artigo, cabe remarcar que o reconhecimento de uma ligação importante entre saúde e direitos humanos vem sendo, ao longo dos tempos, bloqueado por diferentes razões, sejam de ordem filosófica, de linguagem, de abordagem, e outras, perdendo-se, assim, a possibilidade de enriquecimento de ambos os campos – saúde e direitos humanos – pela combinação de pesquisa, educação e experiências de campo. Como acentuam *Mann et al* (2013, p. 25), a exploração da intersecção de saúde e direitos humanos pode ajudar a revitalizar o campo da saúde, assim como contribuir para um alargamento da reflexão e da prática em direitos humanos. É na perspectiva sugerida por estes estudiosos, a “perspectiva de saúde e direitos humanos” (e poderíamos acrescentar a dignidade), que despontam novos horizontes para a compreensão e o avanço do bem-estar humano no mundo moderno.

Não se pode perder de vista que da interação entre os campos da saúde e dos direitos humanos, resultam importantes efeitos, em duplo sentido: por um lado, efeitos negativos podem advir – e advêm – tanto das políticas, programas e práticas de saúde, sobre os direitos humanos, quanto das violações de direitos humanos, sobre a saúde. E por outro lado, efeitos positivos podem advir – e devem advir – tanto da maior realização possível da saúde, sobre os direitos humanos, quanto do maior respeito e realização possível dos direitos humanos, sobre a saúde.

Tudo a recomendar, fortemente, que tanto os profissionais da saúde quanto os dos direitos humanos busquem abordagens mais informadas e colaborativas, na perspectiva de que ambos devem contribuir para o objetivo maior, que é o bem-estar do ser humano. Dentre as evidentes vantagens de tal postura, pode-se destacar o maior envolvimento da sociedade como um todo, seja nas práticas relacionadas à saúde, seja na promoção e proteção dos direitos humanos, conferindo ao processo maior transparência e restringindo, por exemplo, a possibilidade de governantes utilizarem as políticas e programas de saúde com a finalidade de impor restrições a direitos humanos de opositores no campo político.

## REFERÊNCIAS

Compreender os Direitos Humanos: manual de educação para os direitos humanos, publicação de *Ius Gentium Conimbrigae* | Centro de Direitos Humanos, Módulo D – Direito à saúde, disponível em <http://www.fd.uc.pt/hrc/manual/capitulos.html>, consultado em 02/04/2017.

Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH (em português – <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>).

HARRINGTON, John; STUTTAFORD, Maria (ed). *Global Health and Human Rights: legal and philosophical perspectives*. Routledge, 2010.

HUNT, Lynn. *Inventing human rights: a history*. New York – London, 2008.

ISTÚRIZ, Oscar Feo; ACEVEDO, Carlos Feo; JIMÉNEZ, Patricia. Pensamiento contrahegemónico en

salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 2012; 38(4): 602-614 (<http://scielo.sld.cu>).

MANN, Jonathan. Saúde Pública e Direitos Humanos. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 6(1/2): 135-145, 1996.

MANN, Jonathan M. et al. Health and Human Rights. In GRODIN, Michael A. et al (ed). *Health and Human Rights in a Changing World*. Routledge, 2013, p. 16-27.

Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos Sociais e Culturais – PIDESC (em português – [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0591.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm)).

TALAVERA FERNÁNDEZ, Pedro. Las dificultades que el actual paradigma subjetivista de la salud comporta en su configuración como derecho humano universal. *Revista Boliviana de Derecho*, n 21, Enero 2016, ISSN: 2070-8157, pp. 16-47.

TARANTOLA, Daniel; GRUSKIN, Sofia. Human Rights Approach to Public Health Policy. In GRODIN, Michael A. et al (ed). *Health and Human Rights in a Changing World*. Routledge, 2013, p. 43-57.

TOBIN, John. *The Right to Health in International Law*. Oxford University Press Inc. New York, 2012 (livro eletrônico).

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**RENATA LUCIANE POLSAQUE YOUNG BLOOD** docente na Sociedade Educativa e Cultural Amélia Ltda (SECAL) na Cidade de Ponta Grossa-PR. Coordenadora do Núcleo de Prática Jurídica da SECAL. Coordenadora de Pesquisa do Curso de Direito da SECAL. Bacharel em Direito pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em Gestão Empresarial pelo Instituto Superior de Administração e Economia e Mercosul/Fundação Getúlio Vargas (ISAE/FGV). Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual em Ponta Grossa (UEPG). Facilitadora e Capacitadora da Metodologia da Justiça Restaurativa pelo Tribunal de Justiça do Estado do Paraná. Advogada nas áreas cível e família, com experiência na aplicação das metodologias consensuais de resolução de conflito: Conciliação, Mediação e Justiça Restaurativa.

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-85107-25-3

