

Manual de **DIREITOS HUMANOS** **PARA MÉDICOS**



Aline Albuquerque
(organizadora)

MANUAL DE DIREITOS HUMANOS PARA MÉDICOS

2014



Aline Albuquerque
(organizadora)

MANUAL DE DIREITOS HUMANOS PARA MÉDICOS

2014
Brasília
FENAM

2014 Centro Universitário de Brasília

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que seja citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

Apoio:

Federação Nacional dos Médicos (FENAM)

Centro Universitário de Brasília

Conselho Federal de Medicina (CFM)

Organização:

Aline Albuquerque

Colaboração:

Pedro Austin

Andreia Mendes Silva

Gabriela Alves Mendes Vieira

Leana Garcia

Lorena Pessoa de Oliveira

Projeto gráfico: Déborah Nogueira

Revisão: Naiara Martins e Juliana Campos de Andrade

Fotografias: André François

Prefixo Editorial: 68003

Número ISBN: 978-85-68003-00-8

Título: Manual de direitos humanos

Impresso no Brasil /

Printed in Brazil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Albuquerque, Aline

Manual de direitos humanos para médicos / Aline Albuquerque (organizador).

– Brasília: FENAM; UniCEUB 2014.

37 p.

1. Direitos Humanos. 2. Medicina. 3. Saúde Pública. I. Título II. Federação Nacional dos Médicos. III. Pedro Austin. IV. Andreia Mendes Silva. V. Gabriela Alves Mendes Vieira. VI. Leana Garcia. VII. Lorena Pessoa de Oliveira

CDU 342.7:614.25(035)

AGRADECIMENTOS

Manifesto meus agradecimentos ao professor Carlos Alberto da Cruz, diretor da Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília, ao senhor Geraldo Ferreira, presidente da Federação Nacional dos Médicos, ao senhor Roberto Luiz D'Ávila, presidente do Conselho Federal de Medicina, pois, sem seu apoio, este Manual não existiria.

Agradeço a todos os alunos integrantes do projeto Direito humano à saúde, da Clínica de Direitos Humanos do Centro Universitário de Brasília, em especial à Andrea Carvalho pela sua participação dedicada.

Agradeço à Débora Nogueira o excelente trabalho de design gráfico, sem o qual este Manual não teria a qualidade visual que apresenta.

Agradeço à ImageMágica, por ter permitido o uso de suas fotografias neste Manual, e à Camila Pastorelli o contato sempre prestativo e atencioso.

Por fim, agradeço, especialmente, aos professores Luciana Musse e Roberto Freitas o suporte permanente ao projeto da Clínica de Direitos Humanos do Centro Universitário de Brasília.

Aline Albuquerque
Clínica de Direitos Humanos do UniCEUB

Sumário

INTRODUÇÃO.....	09
------------------------	-----------

1. DIREITOS HUMANOS E SAÚDE	11
ALINE ALBUQUERQUE E ANDRÉIA MENDES	
1.1 Noções gerais de Direitos Humanos	11
1.2 A relação entre saúde e direitos humanos	13

2. DIREITO HUMANO À SAÚDE.....	15
ALINE ALBUQUERQUE E LEANA GARCIA	
2.1 Conteúdo geral do direito humano à saúde	15
2.2 O direito humano à saúde e os grupos vulneráveis.....	16
2.3 Obrigações essenciais	17

3. MECANISMOS DE PROTEÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS.....	19
ALINE ALBUQUERQUE E LORENA PESSOA DE OLIVEIRA	
3.1 Mecanismos de monitoramento dos direitos humanos.....	19
3.1.1 Sistema Universal de Proteção dos Direitos Humanos	19
3.1.2. Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos.....	20
3.2 Mecanismos judiciais e quase judiciais de proteção dos direitos humanos.....	21
3.2.1. Sistema Universal de Proteção dos Direitos Humanos	22
3.2.2. Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos.....	22

4. A PRÁTICA MÉDICA E OS DIREITOS HUMANOS	25
ALINE ALBUQUERQUE, PEDRO AUSTIN E GABRIELA ALVES MENDES VIEIRA	
4.1 A institucionalização da conexão entre prática médica e direitos humanos	25
4.2 Os médicos como promotores dos Direitos Humanos.....	28
4.3 Assegurando a dignidade humana e os direitos humanos dos pacientes.....	30
4.4 O direito ao consentimento informado como integrante do direito à saúde.....	32
4.5 A violação dos direitos humanos dos médicos.....	34

5. NORMATIVAS INTERNACIONAIS DE DIREITO HUMANO À SAÚDE.....	37
--	-----------

PALAVRAS FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	41



Introdução

O *Manual de Direitos Humanos para médicos* tem como objetivo central introduzir o tema dos direitos humanos na área médica, fornecendo aos profissionais recursos teóricos e práticos sobre esse assunto, visando acentuar o papel dos médicos de promotores privilegiados desses direitos humanos e o respeito aos direitos dos médicos, além de estimular a responsabilização dos agentes estatais no campo da saúde e dos direitos humanos.

Este *Manual* enfatiza a importância da prática médica fundada no reconhecimento da dignidade e dos direitos humanos e tem como escopo realçar as possibilidades de atuação do médico em prol do respeito, da proteção e da prática dos direitos humanos, sendo um ator social decisivo no enfrentamento das situações violadoras desses direitos.

Os valores e os compromissos éticos dos médicos e dos direitos humanos partem do mesmo ponto: a dignidade. Embora os direitos humanos não sejam uma linguagem corrente da Medicina, o preceito que baliza a prática médica - a busca do bem-estar do paciente e da comunidade - é consistente com aqueles em que se funda a Declaração Universal de Direitos Humanos¹. Assim, é importante destacar que os médicos e os profissionais que atuam na área dos direitos humanos compartilham ideais similares, como a busca por sistemas de saúde efetivos, integrados e que estejam ao alcance de todos, e reconhecem a importância não apenas do acesso à atenção à saúde, mas também dos determinantes sociais da saúde para concretização da dignidade e dos direitos humanos, especialmente do

direito à saúde².

Nesse sentido, a abordagem é baseada nos direitos humanos e sua interconexão com a prática médica, de modo a propiciar ao profissional a identificação dos instrumentos que lhe permitem o enfrentamento de situações cotidianas de violação de direitos humanos, tais como, o exercício da Medicina em condições desumanas e degradantes e a efetivação dos cuidados médicos em contextos de absoluta escassez de recursos.

Sendo assim, este *Manual* é fruto do projeto de extensão Clínica de Direitos Humanos do Centro Universitário de Brasília, levado a cabo durante o ano de 2013, com o apoio do Conselho Federal de Medicina e da Federação Nacional dos Médicos. O material para sua elaboração pode ser subdividido em fontes bibliográficas e documentais. As fontes bibliográficas consistiram em estudos dos principais teóricos acerca de saúde e direitos humanos, como Paul Hunt, Jonathan Mann, Paul Fraser, Sophia Gruskin, entre outros. Destacam-se, entre as fontes documentais, o Comentário Geral nº14/2002, elaborado pelo Comitê sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas - ONU, e os relatórios produzidos pelos relatores especiais da ONU para o Direito à Saúde, Paul Hunt e Anan Grover.

Desta feita, este *Manual* encontra-se estruturado em cinco capítulos. O primeiro trata da noção geral de direitos humanos e da sua interface com a saúde. O segundo apresenta o conceito de direito humano à saúde, seus elementos e as singularidades de populações vulneráveis. O terceiro tem como foco os mecanismos internacionais de proteção dos direitos

1 RUBENSTEIN, Leonard S. Physicians and the right to health. In: CLAPMAN, Andrew; ROBINSON, Mary. *Realizing the right to health*. Zurich: Ruffer & Rub, 2009. p. 381--392.

2 HUNT, Paul. *Relatório sobre o direito de toda pessoa ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental*. 2007. Disponível em: Acesso em: 30 dez. 2013.

humanos, notadamente os de monitoramento e os de responsabilização. O capítulo quarto objetiva aplicar os direitos humanos à prática médica. Finalizando, o último capítulo tem como objeto os documentos internacionais relativos ao direito humano à saúde.

Por fim, é importante ressaltar que, embora seja um *Manual* voltado para médicos, acreditamos que seja de grande valia a todos os profissionais da saúde e aos operadores do direito. Espera-se que este trabalho seja útil aos médicos, consistindo o primeiro contato com a linguagem e os instrumentos de direitos humanos.



Direitos Humanos e Saúde

1.1 NOÇÕES GERAIS DE DIREITOS HUMANOS

A noção de direitos humanos iniciou-se no contexto internacional, a partir do final da Segunda Guerra Mundial. A ideia de que todas as pessoas, independentemente de raça, etnia, religião, nacionalidade ou qualquer outro aspecto pessoal, possuem a mesma dignidade humana, consagrada na Declaração Universal de Direitos Humanos, adotada pela ONU em 1948, é central para a compreensão do arcabouço teórico-normativo dos direitos humanos. Contudo, a despeito dos esforços da ONU e dos Sistemas Regionais de Direitos Humanos no sentido de difundir a cultura desses direitos e fomentar sua promoção e defesa por parte dos Estados, ainda há vasto caminho a ser percorrido na direção da superação das violações cotidianas a esses direitos.

De acordo com a ONU, os direitos humanos são universais e inatos na medida em que toda pessoa humana é titular desses direitos, garantidos legalmente, mediante os tratados, o direito consuetudinário internacional, os princípios gerais ou outras fontes do Direito Internacional. Os tratados de direitos humanos estabelecem obrigações aos Estados de respeitá-los, de

protegê-los e de realizá-los, ou seja, os agentes estatais devem adotar determinadas ações ou abster-se de certos atos, a fim de promover e proteger os direitos humanos dos indivíduos e dos grupos³.

A dignidade é o princípio dos direitos humanos. Segundo Mann, a compreensão da dignidade deve dar-se pelo entendimento da sua violação, que consiste em: não ser visto; ter seu espaço pessoal invadido; ser submetido à humilhação. Exemplos de situações passíveis de violar a dignidade humana na prática médica seriam: a recusa do médico ao contato físico com seu paciente sem motivações de saúde; a recusa do médico ao estabelecimento de vínculo afetivo com o paciente; a desqualificação do médico à queixa do paciente, por não ser identificada⁴.

³ UNITED NATION. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>. Acesso em: 20 dez. 2013.

⁴ MANN, Jonathan. **Dignity and health: The UNDRH's revolutionary first articles.** *Health and Human Right*. V.3, n. 2. P. 30-40, 1998.

Outro aspecto importante dos direitos é que regulam a relação entre os indivíduos e o Estado, descabendo sua aplicação ao relacionamento entre indivíduos e indivíduos⁵, indivíduos e instituições privadas e instituições privadas e instituições privadas⁶.

A compreensão das obrigações de direitos humanos é de extrema importância para a sua aplicação na medida em que permite ao profissional da Medicina e a todos os indivíduos atuar no sentido de exigir do Estado seu cumprimento. Assim, será feito conciso relato acerca do conteúdo das obrigações do Estado referentes aos direitos humanos. Sobre a obrigação de respeitar, caracteriza-se como de natureza negativa porquanto gera ao Estado o dever de abster-se de determinadas ações. Por exemplo, tratando-se do direito à saúde, a obrigação de respeitar configura-se no dever estatal de não limitar o acesso igualitário aos serviços de saúde preventivos, curativos e paliativos; de não impor tratamentos coercitivos; de não ocultar ou desvirtuar, intencionalmente, informações relacionadas à saúde.

No que tange à obrigação de proteger, de natureza positiva, o Estado atua na proteção dos indivíduos em face da ação de terceiros, consequentemente, deve adotar condutas comissivas de modo a impedir que particulares violem o direito à saúde de sua população⁷. Com relação a essa obrigação, é importante destacar que o Estado tem o dever de assegurar que a privatização ou a terceirização de serviços e unidades de saúde não constituam uma ameaça à saúde da população. Por fim, a obrigação de realizar, também de natureza positiva, enseja ao Estado determinadas obrigações concernentes à adoção de normativas, políticas, programas e ao fornecimento de infraestrutura sanitária que proporcione à população a disponibilidade e o acesso a bens e serviços em saúde.

Há outra classificação relevante dos direitos humanos que os subdivide em civis e políticos, como o direito à vida, à igualdade perante a lei e à liberdade de expressão, além de direitos econômicos, sociais e culturais, como o direito ao trabalho, à segurança social, à educação e à saúde. Essa diferenciação entre direitos civis e políticos e direitos econômicos, sociais e culturais encontra-se espelhada nos dois tratados internacionais que visam protegê-los: o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos - PIDCP e o Pacto Internacional

sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – PIDESC, ambos adotados pela ONU em 1966. Embora não haja distinção essencial entre os dois grupos de direitos, há uma questão que se apresenta globalmente, sobre a exigibilidade dos direitos econômicos, sociais e culturais, entre eles, o direito à saúde, ou seja, discute-se se os indivíduos podem exigir do Estado obrigações em relação a tais direitos na medida em que são considerados por alguns e por alguns Estados, à medida que não sejam passíveis de ser legalmente exigidos de acordo com o sistema jurídico nacional, como direitos humanos não verdadeiros⁸.

No processo de consolidação da teoria e das normativas de direitos humanos, foram adotados princípios de direitos humanos que norteiam sua aplicação. A Declaração da Programação de Ação de Viena, adotada pela 2ª Conferência Mundial de Direitos Humanos de 1993 da ONU, assentou que todos os direitos humanos são universais, indivisíveis interdependentes e inter-relacionados. O princípio da universalidade dos direitos humanos constitui a base do Direito Internacional dos Direitos Humanos, é enfatizado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, e estabelece o dever dos Estados de promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, independentemente de seus sistemas políticos, econômicos e culturais⁹. Todos os direitos humanos são indivisíveis, inter-relacionados e interdependentes. Isso significa que a melhoria de um impulsiona o avanço dos outros, assim como a privação de um afeta negativamente os outros¹⁰.

Informações-chave:

- Os direitos humanos integram o Direito Internacional.
- Toda pessoa é titular de direitos humanos pelo simples fato de ser humana.
- Os direitos humanos são universais, aplicando-se a todas as pessoas independentemente de sua localização geográfica.
- A dignidade é inerente e intrínseca à pessoa humana.
- Os Estados têm a obrigação de respeitar, proteger e realizar os direitos humanos.

5 Apenas a pessoa humana é detentora de direitos humanos. Grupos e coletividades em geral não são titulares de direitos humanos. Essa concepção, fundamentada em Donnelly, denomina-se “abordagem individualista dos direitos humanos”. DONNELLY, J. **Human rights: in theory and practice**. 2.ed. New York: Cornelly University, 2003, p. 25.

6 ASHER, Judith. **The right to health: a resource manual for NGO**. London: Commonwealth Medical Trust. 2004.

7 COMITÉ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)**, (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

8 DONNELLY, J. **Human rights: in theory and practice**. 2.ed. New York: Cornelly University, 2003.

9 UNITED NATION. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>. Acesso em: 20 dez. 2013.

10 UNITED NATION. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>. Acesso em: 20 dez. 2013.

1.2 A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

A Constituição da Organização Mundial da Saúde – OMS conceitua saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. O conceito incorporado à Constituição da OMS auxilia o entendimento de saúde além de sua dimensão biomédica, sob a perspectiva baseada na patologia, para englobar uma dimensão fundada no bem-estar¹¹. Desde a Constituição da OMS, o conceito de saúde experimenta alterações importantes quanto ao seu conteúdo e alcance, entre elas, destaca-se o reconhecimento de que água potável, saneamento adequado, alimentação e moradia adequadas, condições de trabalho saudáveis, educação e informação sobre questões de saúde são determinantes sociais da saúde¹².

As condições de saúde de uma pessoa interferem em todos os âmbitos de sua vida. Estar doente limita as capacidades humanas de uma forma incomparável com outras privações humanas. Com efeito, uma pessoa doente torna-se impedida, inclusive, de solicitar ajuda, de trabalhar, de movimentar-se e de realizar suas tarefas diárias. A saúde é, dessa forma, um aspecto singular da vida humana que pode influenciar, diretamente, a fruição dos direitos humanos. Por outro lado, a violação a esses direitos impacta a saúde, como, por exemplo, a infringência ao direito a não ser torturado, revelando que a interconexão entre direitos humanos e saúde é complexa e intrincada.

De acordo com Mann e outros estudiosos da relação entre saúde e direitos humanos, os dois campos podem ser interconectados de três diferentes modos imbricados entre si. O primeiro modo diz respeito ao impacto de políticas, programas e práticas de saúde nos direitos humanos. Mormente, sob a perspectiva da saúde pública, o Estado, ao executar ações de saúde, pode violar os direitos humanos de seus jurisdicionados. Por exemplo, a coleta de informações pessoais com o objetivo de analisar problemas de saúde em dada população e a política de acomodação de pacientes em ambiências coletivas sem o devido cuidado podem acarretar a violação ao direito à privacidade¹³.

O segundo modo de interconexão refere-se ao impacto na saúde de situações violadoras de direitos

humanos, tais como, tortura, privação de liberdade sob condições desumanas e degradantes, execuções sumárias e desaparecimentos forçados. Quanto a tais práticas, cabe destacar que se encontra internacionalmente documentado o papel crucial de médicos em seu enfrentamento. Destacam-se exemplos de exumações de cadáveres com o objetivo de examinar alegações de execução, de exame de vítimas de tortura e de inspeção de médicos em instituições prisionais. Usualmente, o impacto de contextos persistentes de violações de direitos humanos sobre a saúde individual, como sociedades caracterizadas por epidemia de violência ou por conflitos armados, é pouco considerado pelos profissionais de saúde em geral. Além disso, violações a direitos humanos, como ao direito à educação, ao trabalho em condições dignas e à alimentação, possuem repercussão direta na saúde¹⁴. Assim, pesquisas variadas apontam a “correlação existente entre níveis educacionais e expectativa de vida”¹⁵, ou seja, “quanto mais baixo o nível de escolaridade, menor é a expectativa de vida”¹⁶.

Há alguns temas da prática médica que são mais sensíveis em termos de direitos humanos: saúde no sistema prisional; saúde sexual e reprodutiva de adolescentes; saúde de grupos vulneráveis, como pessoa idosa, da população LGBT, pessoa com deficiência e migrantes indocumentados¹⁷.

A vulnerabilidade de crianças, pessoas senis, pessoas com deficiência deve, permanentemente, ser levada em conta pelo médico, além do fato de que são expostos, mais frequentemente, a abuso, violência e exploração¹⁸.

11 MANN, Jonathan et al. Health and human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Health and human rights**. New York: Routledge, 1999.

12 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)**, (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013

13 MANN, Jonathan et al. Health and human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Health and human rights**. New York: Routledge, 1999.

14 MANN, Jonathan et al. Health and human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Health and human rights**. New York: Routledge, 1999.

15 KLIKSBURG, Bernardo. O que significa viver na América Latina, a mais desigual das regiões? O caso da saúde pública. In: SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p.168.

16 KLIKSBURG, Bernardo. O que significa viver na América Latina, a mais desigual das regiões? O caso da saúde pública. In: SEN, Amartya; KLIKSBURG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p.170.

17 HUNT, Paul. **Relatório sobre o direito de toda pessoa ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental**. 2005. Disponível em: Acesso em: 30 dez. 2013.

18 ASHER, Judith. **The right to health: a resource Manual for NGOs**. Washington: Commonwealth Medical Trusts, 2004

Por fim, o terceiro modo abrange a conexão entre a promoção e a proteção dos direitos humanos e a saúde. Este modo de aproximação deriva do reconhecimento de que a saúde e os direitos humanos se complementam e apontam para o mesmo propósito: o bem-estar humano. Para ilustrar isso, experiências no âmbito da epidemia global da AIDS demonstraram que o uso de preservativos com a finalidade de enfrentamento da doença ganha distintos contextos mediante o respeito, a proteção e a realização dos direitos das mulheres, o que incrementa sua capacidade de negociar com seus parceiros o emprego do preservativo¹⁹.

Seguindo o padrão classificatório proposto por Mann e outros para categorizar as formas de interconexão entre saúde e direitos humanos, a OMS estabelece que a promoção e a proteção da saúde e o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos se encontram inextrincavelmente interligados. Assim, a OMS fixa três modos de interconexão. De acordo com o primeiro, as violações de direitos humanos podem acarretar graves consequências para a saúde, tais como, as práticas tradicionais danosas, a escravidão e a violência contra a mulher e a criança. Conforme o segundo modo, as políticas e os programas de saúde podem promover ou violar os direitos humanos em sua elaboração ou execução. Para ilustrar, citam-se os

direitos a não ser discriminado, à autonomia individual, à participação, à privacidade e à informação como os que apresentam maior possibilidade de ser violados em tais contextos. Em último lugar, consoante o terceiro modo, a vulnerabilidade referente ao processo saúde-doença pode ser reduzida pela adoção de medidas tendentes ao respeito, à proteção e à realização dos direitos humanos, tais como, o direito à educação, à alimentação, à moradia e ao saneamento adequados²⁰.

Sob o prisma do arcabouço desenvolvido por Mann e outros ou pela OMS, constata-se que a saúde e os direitos humanos apresentam interconexões de valor inquestionável a qualquer profissional que atue na área sanitária. Nesse sentido, os variados modos de aproximação entre os dois campos devem ser levados em conta pelo médico em suas atividades profissionais, pois enriquecem seu olhar sobre sua atuação na medida em que a inserem em outra dimensão, a de cunho social. Desse modo, além de considerar as repercussões de políticas, programas e ações de saúde sobre os direitos humanos dos indivíduos, o médico há que tomar em consideração sua contribuição ativa para o incremento da realização dos direitos humanos²¹.

20 WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Linkages between health and human rights*. Disponível: Acesso: 10 dez. 2013.

21 MANN, Jonathan et al. *Health and human rights*. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. *Health and human rights*. New York: Routledge, 1999.p.7-20.

19 MANN, Jonathan et al. *Health and human rights*. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. *Health and human rights*. New York: Routledge, 1999.





2.1 CONTEÚDO GERAL DO DIREITO HUMANO À SAÚDE

O conteúdo do direito humano à saúde adotado neste *Manual* fundamenta-se no Comentário Geral nº14/2000, adotado pelo Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, elaborado pelo Comitê das Nações Unidas com o escopo de auxiliar os Estados que se vincularam ao Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, na aplicação concreta do seu artigo 12, que prevê: “Os Estados signatários do presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível possível de saúde física e mental”. Assim, é sabido que o direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível possível de saúde física e mental apresenta conteúdo extremamente complexo e de difícil definição, o que acarreta obstáculos em sua efetivação pelo Estado e na verificação de seu cumprimento pelo Comitê.

Segundo o Comentário Geral nº 14, de 2000, o direito à saúde não deve ser compreendido como o direito de estar sadio. O direito à saúde envolve o direito de exigir do Estado que realize ações efetivas para implementá-lo, obrigação que implica o fazer estatal e envolve determinadas liberdades individuais, como a de controlar a própria saúde e a de seu corpo e a de não ser submetido nem a experimentos médicos sem consentimento, nem à esterilização forçada²². O significado da expressão “mais alto nível possível de saúde” atinge as condições biológicas e socioeconômicas essenciais da pessoa e abrange os recursos e os investimentos estatais destinados a tal fim.

O direito à saúde pode ser compreendido como o direito ao desfrute de uma gama de bens, serviços e condições necessários para alcançar o mais alto nível possível de saúde. Assim, envolve não apenas o direito à atenção sanitária oportuna e apropriada, mas também os principais fatores determinantes da saúde, como acesso à água potável, saneamento e habitação adequados, condições sadias de trabalho e meio ambiente, acesso à educação e à informação sobre saúde, inclusa a sexual e a reprodutiva²³.

O direito à saúde apresenta quatro elementos: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade de instalações, bens e serviços:

a) Disponibilidade. Cada Estado deve contar com número suficiente de instalações, bens, serviços públicos de saúde, políticas e programas. Os serviços referidos abrangem aqueles que se ocupam dos determinantes básicos da saúde, como água limpa e potável e condições sanitárias adequadas. Também importa o número de hospitais, clínicas e demais instalações relacionados a saúde, pessoal médico e medicamentos essenciais, definidos no Programa de Ação sobre medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde,

22 OMS; ALTO COMISSARIADO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA OS DIREITOS HUMANOS. *The Right to Health*. Disponível em: <http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/>. Acesso em: 2 jun. 2009.

23 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

disponibilizados pelo Estado²⁴.

De acordo o relator especial da ONU para o Direito à Saúde: “O direito à saúde não pode ser exercido sem os profissionais da saúde”. O Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais estabelece a importância dos médicos para a realização do direito à saúde²⁵:

- a) Disponibilidade de profissionais capacitados e bem remunerados;
- b) Acessibilidade a profissionais situados a distâncias geográficas razoáveis, inclusive em zonas rurais;
- c) Médicos formados apropriadamente²⁶.

b) Acessibilidade. É definida como o dever assumido pelos Estados de que instalações, bens e serviços de saúde sejam acessíveis a todos sem discriminação, subdividindo-se em: (i) não discriminação: instalações, bens e serviços de saúde devem ser acessíveis, de fato e de direito, aos setores marginalizados e vulneráveis da população; (ii) acessibilidade física: instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance geográfico de todos os setores da população, em especial, dos grupos vulneráveis e marginalizados, como minorias étnicas, populações indígenas, mulheres, crianças e adolescentes. Inclui-se o acesso de quem vive nas zonas rurais ou de difícil acesso; (iii) acessibilidade econômica: instalações, bens e serviços de saúde devem estar ao alcance de todos, e o pagamento pelos serviços de atenção à saúde deve atender ao princípio da equidade; (iv) acesso à informação: compreende o direito de solicitar, receber e difundir informações e ideias.

c) Aceitabilidade. Define-se como o respeito pela ética médica e por padrões culturais por parte dos serviços de saúde.

d) Qualidade. É a adequação das instalações, bens e serviços sob o ponto de vista científico, médico e de boa

qualidade²⁷.

2.2 O DIREITO HUMANO À SAÚDE E OS GRUPOS VULNERÁVEIS

Também quanto ao conteúdo do direito à saúde, destacam-se temas de alcance geral, considerados especiais, quais sejam: não discriminação e igual trato; perspectiva de gênero; saúde da mulher; crianças e adolescentes; pessoas idosas; pessoas com incapacidades; povos indígenas. Sobre esses temas, serão feitas considerações, apreendendo os aspectos centrais.

Assim, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais proíbe toda discriminação referente ao acesso à atenção à saúde e aos fatores determinantes básicos de saúde por motivo de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política, origem nacional, posição social, situação econômica, lugar de nascimento, impedimento físico ou mental, estado de saúde (inclusive HIV/AIDS), orientação sexual ou de outra natureza. Em situações de contenção de recursos, o Comitê assinala a importância de proteger pessoas vulneráveis, principalmente por meio da adoção de programas de saúde de baixo custo²⁸.

a) Perspectiva de gênero

O Estado deve incorporar a perspectiva de gênero em suas políticas, programas e investigações em saúde. Conseqüentemente, há a necessidade de desagregar os dados socioeconômicos e os relativos à saúde para a identificação mais precisa das desigualdades em saúde. Com o escopo de suprimir a discriminação contra a mulher no campo da saúde, o Estado deve lançar mão de ampla estratégia que inclua medidas preventivas e curativas destinadas à saúde da mulher, abrangendo serviços de saúde sexual e reprodutiva. Um dos objetivos neste ponto é a redução do coeficiente de mortalidade materna, meta essa que consta do item 19 do inciso III da Declaração do Milênio das Nações Unidas²⁹.

24 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

25 HUNT, Paul. *Relatório sobre o direito de toda pessoa ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental*. 2007. Disponível em: Acesso em: 30 dez. 2013.

26 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013

27 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

28 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

29 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

b) Saúde de crianças e adolescentes

Os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais concedem tratamento específico à saúde das crianças e dos adolescentes, mormente em razão de sua situação de vulnerabilidade intrínseca. A Convenção sobre os Direitos das Crianças prevê, em seu artigo 24, o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento de doenças e à recuperação da saúde. Com relação aos adolescentes, registra-se o papel que o Estado desempenha no incremento de sua autonomia no campo da saúde, por meio da disponibilização de informações seguras e respeito à sua privacidade³⁰.

c) Saúde da pessoa idosa

Quanto à saúde dos idosos, importante destacar o respeito à sua autonomia e à prestação de cuidados a enfermos crônicos e em fase terminal, adotando medidas destinadas a poupá-los de dores evitáveis e assegurando o direito à morte digna³¹.

d) Saúde da pessoa com deficiência

Ao tratar de pessoas com deficiência, física ou mental, destaca-se que não somente o Estado, mas também os serviços privados de saúde devem, ao dispensar atendimento e atenção, respeitar o princípio da não discriminação.

d) Saúde Indígena

Incumbe ao Estado a observância de aspectos singulares que envolvem o direito à saúde de populações indígenas. Alguns aspectos merecem destaque: (i) os serviços de saúde devem ser apropriados do ponto de vista cultural e considerar as práticas tradicionais; (ii) o Estado deve proporcionar meios para que as populações indígenas possam participar da estruturação dos serviços de saúde; (iii) deve haver a proteção de plantas medicinais, animais e minerais necessários ao pleno desfrute do direito à saúde física e mental; (iv) deve-se respeitar e levar em conta a dimensão coletiva da saúde

das populações indígenas³².

e) Saúde das pessoas privadas de liberdade

Tratando-se de pessoas privadas de liberdade, o artigo 1º dos Princípios de Ética Médica Aplicáveis à Função do Pessoal de Saúde, especialmente Médicos, na Proteção de Presos e Detidos contra a Tortura e Outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes de Tratamento ou Punição (1982), da ONU, estabelece que: "o pessoal de saúde, especialmente médicos, encarregados da assistência a presos e detidos têm o dever de proporcionar-lhes proteção de sua saúde física e mental e tratamento de doença com a mesma qualidade e padrão dispensado àqueles que não estão presos ou detidos."

2.3 OBRIGAÇÕES ESSENCIAIS

As obrigações essenciais definem um padrão mínimo de serviços, bens, instalações e condições de saúde cuja responsabilidade de assegurar a todos é do Estado³³. Podem-se defini-las como o conteúdo tangível da dignidade humana, pois é empiricamente perceptível que o não acesso aos elementos constituintes das obrigações essenciais inviabiliza a vida humana em condições dignas de existência. O Estado têm o dever imediato de realizar as obrigações essenciais; assim, não se lhe aplica o princípio da realização progressiva dos direitos sociais, cabendo-lhe legislar, regulamentar, desenhar e efetivar políticas e mobilizar recursos financeiros para atendê-las, sem justificar sua demora ou inação na indisponibilidade ou na inexistência de tais recursos³⁴.

As obrigações essenciais são:

a) garantir o direito de acesso a bens, instalações e serviços de saúde sob uma base não discriminatória, em especial, com respeito a grupos vulneráveis ou marginalizados;

b) assegurar o acesso à alimentação essencial mínima, nutritivamente adequada e segura;

30 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

31 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

32 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

33 ASHER, J. *The right to health: a resource manual for NGO*. Londres: Commonwealth Medical Trust, 2004.

34 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. *Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

c) garantir acesso a habitação, condições sanitárias e água potável;

d) fornecer medicamentos essenciais segundo o critério da OMS;

e) zelar pela distribuição equitativa de bens, instalações e serviços de saúde;

f) adotar e aplicar, mediante estudos epidemiológicos, estratégia e plano de ação nacional de saúde pública que devem prever métodos, indicadores e bases de referência da saúde, a fim de permitir monitorar, eficazmente, os progressos realizados³⁵.

Informações-chave:

- O conteúdo do direito de toda pessoa de desfrutar o mais alto nível possível de saúde física e mental não é de fácil determinação, pois o estado de saúde individual ou populacional se entrelaça-se com uma gama de fatores. Nesse marco conceitual, inserem-se as obrigações essenciais e o papel que os indicadores de saúde e as metas desempenham.
- O delineamento do conteúdo do direito à saúde, contido no Comentário Geral, é de grande valia aos aplicadores do direito e aos profissionais da Medicina, pois consiste em um norte, um guia rico e essencial para pautar a ação.
- A despeito de os recursos em saúde serem escassos, os Estados detêm determinadas obrigações mínimas que devem ser imediatamente cumpridas. Conseqüentemente, o Estado brasileiro, que aderiu ao Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, encontra-se juridicamente vinculado a tais obrigações essenciais, que podem servir de parâmetro na esfera nacional, para precisar o conteúdo do direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988, que assenta o conjunto de ações, bens e serviços de saúde a ser imediata e obrigatoriamente fornecidos e efetivados pelo Estado brasileiro.

35 COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)**, (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.



3

Mecanismos de proteção aos Direitos Humanos

Os direitos humanos devem ser implementados pelos Estados, e todos, especialmente os agentes estatais, têm a obrigação de não infringir as normas de direitos humanos. Sendo assim, os órgãos internacionais de proteção dos direitos humanos agem de dois modos: monitorando a implementação dos direitos humanos; atuando quando se constata a violação de uma norma de direitos humanos.

Os órgãos de proteção dos direitos humanos integram dois tipos de Sistemas de Proteção dos Direitos Humanos: o Sistema Universal da ONU e os Sistemas Regionais, o americano, o europeu e o africano.

Outro ponto importante que deve ser levado em conta quando se trata de mecanismo é o direito objeto da proteção. Por exemplo, os mecanismos referentes ao direito à vida diferem dos aplicáveis ao direito à saúde.

Considerando os dois modos de atuação dos órgãos internacionais de proteção dos direitos humanos, primeiramente serão abordados os mecanismos de monitoramento da implementação dos direitos humanos para, em seguida, tratar-se dos mecanismos de responsabilização dos Estados.

3.1 MECANISMOS DE MONITORAMENTO DOS DIREITOS HUMANOS

3.1.1 SISTEMA UNIVERSAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

Na esfera da ONU, há dois tipos de mecanismos:

a) *órgãos baseados em tratados* específicos, destinados a monitorar a implementação dos direitos previstos, como o Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que monitora a implementação dos direitos estabelecidos no Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, entre eles, o direito à

saúde, por meio de relatórios que os Estados são obrigados a apresentar sobre as medidas que tenham adotado e sobre o progresso realizado com o objetivo de assegurar a observância dos direitos reconhecidos no Pacto;

b) *órgãos não baseados em tratados*, os quais não são fundamentados em tratados específicos, mas, sim, na Carta das Nações Unidas e monitoram os direitos humanos em geral. O principal é o Conselho de Direitos Humanos, no qual se encontram a *Revisão Periódica Universal*, que se baseia no fornecimento de informações pelos Estados sobre o cumprimento de suas obrigações e compromissos relativos aos direitos humanos, e os *Procedimentos Especiais*, entre os quais há os *Mandatos por País* e os *Mandatos Temáticos*, que se efetivam por meio de *relatores especiais* - especialistas independentes, nomeados pelo Conselho de Direitos Humanos para examinar e informar acerca da situação de direitos humanos em determinada região do globo e sobre tema específico de direitos humanos. Por exemplo, o relator especial para o Direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental, o *relator especial para o Direito à Saúde* — desenvolve em seu mandato, as seguintes atividades: apresentar relatórios anuais ao Conselho de Direitos Humanos e à Assembleia-Geral da ONU sobre as atividades e os estudos realizados na execução do mandato; monitorar a situação do direito à saúde em todo o mundo; informar os Estados e as partes interessadas sobre os alegados casos de violações do direito à saúde; promover a plena realização do direito à saúde mediante o diálogo com os atores relevantes, por meio da participação em seminários, conferências, reuniões de peritos³⁶.

36 UNITED NATIONS. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx>. Acesso em: 3 jan. 2014.

Os médicos, mediante conselhos profissionais e associações, podem apresentar informações escritas ao relator especial para o Direito à Saúde sobre situações de violação do direito humano à saúde. De acordo com a Resolução 2002/31, o relator pedirá esclarecimentos ao Estado implicado, lembrando o Governo de suas obrigações em relação ao direito internacional à saúde e solicitando informações, quando necessário, acerca das medidas tomadas pelas autoridades para corrigir a situação em questão. O relator especial insta todos os governos a responder, prontamente, às suas comunicações e, nos casos apropriados, a tomar todas as medidas necessárias para corrigir situações que envolvam a violação do direito à saúde³⁷.

O Alto Comissariado para os Direitos Humanos, subordinado ao secretário-geral das Nações Unidas, é a instância oficial com a principal responsabilidade sobre o tema dos direitos humanos na ONU. O Alto Comissário é indicado pelo secretário-geral com a aprovação da Assembleia-Geral. Sua incumbência é prover serviços de consultoria, assistência técnica e financeira aos Estados no campo dos direitos humanos, e cabe-lhe coordenar as atividades das Nações Unidas de promoção e proteção dos direitos humanos. Dessa forma, seu papel não é exercer o monitoramento, mas, sim, fornecer as condições materiais e humanas para que os órgãos com atribuições para essas tarefas o façam.

Até o ano de 2014, o Brasil apresentou ao Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais dois relatórios sobre o direito à saúde, um em 2002 e outro em 2008. O Comitê recebeu o primeiro relatório e analisou-o, para, ao final, realizar recomendações. Entre elas, destaca-se a preocupação com os serviços de saúde sexual e reprodutiva, a elevada taxa de mortalidade materna e o acesso de pessoas privadas de liberdade a serviços de saúde³⁸. As recomendações quanto ao segundo relatório apontaram as seguintes obrigações para o Brasil:

- a) Reforçar as medidas para reduzir as taxas de mortalidade materna;
- b) Aumentar o financiamento de cuidados de saúde para as populações desfavorecidas;
- c) Garantir às pessoas que vivem na pobreza o acesso a atendimento gratuito de saúde primária;

d) Estabelecer sistemas de cuidados de saúde materna baseados na comunidade e sistemas de referência para emergências obstétricas;

e) Assegurar a disponibilidade equânime de serviços de saúde, particularmente os de obstetrícia, entre as populações economicamente desfavorecidas;

f) Assegurar que as populações economicamente vulneráveis tenham acesso equitativo, em particular, aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, tomando as medidas necessárias para fornecer serviços de obstetrícia de alta qualidade³⁹.

Os médicos, mediante conselhos profissionais e associações, podem elaborar relatórios sobre a implementação do direito à saúde no Brasil e acompanhar o cumprimento pelo Estado brasileiro das recomendações feitas pelo Comitê, considerando que é um compromisso internacional juridicamente vinculante.

3.1.2. SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

O Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos estabelecido no âmbito da Organização dos Estados Americanos – OEA é composto por dois órgãos, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos, que monitoram a implementação dos direitos humanos previstos na Convenção Americana de Direitos Humanos e no Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o “Protocolo de São Salvador”. Assim, a Comissão tem papel de monitoramento por meio das seguintes atividades: observação da situação geral dos direitos humanos nos Estados membros da OEA e publicação de relatórios especiais sobre a situação de um Estado membro específico, quando for o caso; realização de visitas a países para análise aprofundada da situação geral e/ou para investigar uma situação específica, o que conduz à elaboração de um relatório sobre a situação dos direitos humanos que é publicado e apresentado ao Conselho Permanente e à Assembleia-Geral da OEA; estimular a consciência social dos direitos humanos nas Américas, para o que a Comissão realiza e publica relatórios sobre temas específicos⁴⁰.

37 UNITED NATIONS. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRRightHealthIndex.aspx>. Acesso em: 3 jan. 2014.

38 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), **UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights: Concluding Observations: Brazil, 26 June 2003, E/C.12/1/Add.87**, available at: <http://www.refworld.org/docid/3f242bf04.html> [accessed 23 January 2014]

39 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), **Consideration of reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant : concluding observations of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights : Brazil, 12 June 2009, E/C.12/BRA/CO/2**, available at: <http://www.refworld.org/docid/4b1d04010.html> [accessed 23 January 2014]

40 COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/funciones.asp>. Acesso em: 3 jan. 2014.

Na área da saúde, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos produziu dois relatórios específicos: *Relatório sobre Acesso à Saúde Materna a partir de uma Perspectiva de Direitos Humanos*⁴¹ (2010) e o *Relatório sobre Acesso à Justiça de Mulheres Vítimas de Violência Sexual: a educação e a saúde* (2011)⁴².

A Comissão Interamericana de Direitos Humanos também produz relatórios sobre países. Tratando-se do Brasil, há o relatório do ano de 1997, no qual a Comissão destacou, quanto ao direito à saúde, que os gastos públicos com saúde estão distorcidos em favor dos ricos, os quais recebem os maiores benefícios⁴³.

Outro mecanismo de monitoramento são as Relatorias e as Unidades Temáticas, entre elas, tem-se a *Unidade sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*, instituída em decorrência de sugestões dos Estados membros e da sociedade civil. Por meio dessa Unidade, a Comissão colabora com o Grupo de Trabalho da OEA sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. A Unidade de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e é auxiliada na análise, na avaliação do gozo desses direitos nas Américas e no processamento de petições, casos e solicitações de medidas cautelares que envolvam tais direitos⁴⁴.

Um exemplo da atuação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos é o caso de Pedrinhas, presídio no Maranhão. O Estado brasileiro viu-se pressionado a agir na situação emergencial e grave de violação de direitos humanos. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos manifestou preocupação pelo alto número de mortes violentas ocorridas desde o início do ano de 2013, em centros penitenciários do Maranhão, Brasil, particularmente no Complexo Penitenciário de Pedrinhas e instou o Estado a adotar as medidas pertinentes para evitar a repetição de fatos similares, investigar e sancionar os responsáveis⁴⁵.

Como no Sistema ONU, o Protocolo de San Salvador prevê a obrigação dos Estados de apresentar relatórios periódicos sobre as medidas progressivas que adotaram para assegurar o devido respeito aos direitos consagrados no Protocolo, incluindo o direito à saúde. Os relatórios são examinados pelo *Grupo de Trabalho para a análise dos relatórios nacionais no âmbito do Protocolo de San Salvador*^{46, 11}.

Conselhos profissionais e associações de médicos podem apresentar à Comissão Interamericana de Direitos Humanos relatório sobre a situação de direitos humanos no Brasil, com informações confiáveis e convincentes que poderão ser utilizadas para a elaboração dos relatórios da Comissão sobre o país, de acordo com seu Regimento Interno⁴⁷.

3.2 MECANISMOS JUDICIAIS E QUASE JUDICIAIS DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

Os direitos humanos geram obrigações para os Estados, como as de respeitar, proteger e realizar os direitos humanos previstos nas normativas internacionais. Quando o Estado não cumpre tais obrigações, ocorre a prática de um ilícito internacional, o qual acarretará a responsabilidade internacional do Estado, que é apurada por meio de mecanismos judiciais e quase judiciais.

Os mecanismos judiciais são órgãos e procedimentos estabelecidos no âmbito dos Sistemas Regionais de Direitos Humanos cuja finalidade é a de julgar os Estados em decorrência de violações das normas de direitos humanos e são compostos por tribunais internacionais de Direitos Humanos. A Corte Internacional de Justiça, órgão judicial principal da ONU, “possui papel secundário na proteção dos direitos humanos.”⁴⁸ Na esfera americana, há a Corte Interamericana de Direitos Humanos, órgão da Convenção Americana de Direitos Humanos⁴⁹. Além disso, há a Corte Europeia de Direitos Humanos e a Corte Africana dos Direitos dos Homens e dos Povos.

41 COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>.

42 COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducSalud.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2014.

43 COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Disponível em: http://www.cidh.org/countryrep/Brasesp97/capitulo_2.htm. Acesso em: 3 jan. 2014.

44 COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/desc/>. Acesso em: 3 jan. 2014.

45 COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Disponível em: <http://www.oas.org/pt/cidh/prensa/notas/2013/086.asp>.

46 COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/desc/protocolodesc/>. Acesso em: 30 dez. 2013.

47 COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/reglamentoCIDH.asp>

48 RAMOS, André Ramos. *Teoria Geral dos Direitos Humanos na Ordem Internacional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005. p. 122.

49 RAMOS, André Ramos. *Teoria Geral dos Direitos Humanos na Ordem Internacional*. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

Os mecanismos quase judiciais são os órgãos e os procedimentos destinados a apurar violações de direitos humanos perpetradas pelos Estados e a emitir resoluções com vistas a repará-las. Esses órgãos não detêm poder jurisdicional, como um tribunal, porém suas recomendações apresentam força jurídica embora sua obrigatoriedade seja mais débil, se comparadas com as sentenças das cortes de direitos humanos. Os mecanismos quase judiciais são compostos por órgãos de direitos humanos que têm a “função de análise de petições de vítimas de violações de direitos humanos contra os Estados.”

3.2.1. SISTEMA UNIVERSAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

No âmbito da ONU, há dois tipos de mecanismos:

a) *órgãos baseados em tratados específicos* com a finalidade de receber comunicações de indivíduos, de grupos de pessoas, de entidades ou de um Estado acerca de violações de direitos humanos neles previstos. Esses órgãos, após o recebimento das comunicações, podem realizar visitas *in loco*, inquéritos e emitir recomendações que determinam obrigações ao Estado responsável pela violação de direitos humanos. Por exemplo, o Comitê sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais monitora, entre eles, o direito à saúde, recebe comunicações individuais que podem ser apresentadas por pessoas ou grupos de pessoas sob a jurisdição de um Estado que aderiu ao Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Também é a possível comunicação interestatal.

O Brasil ainda não aderiu ao Protocolo Facultativo ao Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que permite às vítimas buscar reparação para os casos de violações dos direitos econômicos, sociais e culturais, incluindo o direito à saúde. Assim, o Estado brasileiro, caso ratifique e internalize o Protocolo, poderá ser responsabilizado pela violação do direito humano à saúde, o que acarretará a reparação correspondente, a qual poderá abranger indenização a ser paga à vítima, alteração de políticas públicas de saúde e punição de agentes públicos.

b) *órgãos não baseados em tratados*, os quais não são fundamentados em tratados específicos, mas, sim, na Carta das Nações Unidas, como o Conselho de Direitos Humanos, o qual aprovou, em 2007, a Resolução 5/1, que prevê procedimento de recebimento de queixas relacionadas a violações de todos os direitos humanos ocorridas de forma sistemática em qualquer parte do globo. As queixas podem ser apresentadas por indivíduos, grupos ou organizações não governamentais. As petições apresentadas devem conter a descrição factual de padrões consistentes de graves violações de direitos

humanos. O Grupo de Trabalho sobre Comunicações analisa a admissibilidade da petição e, caso seja admitida, a encaminha para o Estado a fim de que se manifeste. O Grupo de Trabalho pode decidir: pelo indeferimento da petição; pelo aprofundamento do caso, mediante a solicitação de mais informações ao Estado; pelo encaminhamento ao Grupo de Trabalho sobre Situações, o qual poderá, caso entenda que os requisitos regimentais estejam preenchidos, direcionar o ao caso Conselho de Direitos Humanos, que deliberará⁵⁰.

O Caso Alyne Pimentel é a primeira denúncia sobre mortalidade materna acolhida pelo Comitê para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação conta a Mulher. Trata-se da morte de Alyne Pimentel, ocorrida em 16 de novembro de 2002, no estado do Rio de Janeiro. O Comitê decidiu que o Estado brasileiro violou o direito ao acesso à saúde e à justiça e o direito a ter as atividades dos serviços privados de saúde regulados pelo Estado conjuntamente com o direito a não ser discriminado. As recomendações feitas pelo Comitê foram sete: uma de natureza compensatória, que prevê que o Estado brasileiro indenizar a mãe e a filha de Alyne Pimentel; três concernentes a políticas públicas de saúde; três recomendações sobre a responsabilização dos que concorreram para a violação dos direitos humanos de Alyne Pimentel⁵¹.

3.2.2. SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

A Corte Interamericana de Direitos Humanos, sediada em São José da Costa Rica, é o mecanismo judicial do Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Foi instituída pela Convenção Americana dos Direitos do Homem, que tem dois tipos de competência: uma contenciosa e outra consultiva. Tratando-se da contenciosa, a Corte julga os casos relacionados aos Estados Partes da Convenção que tenham, expressamente, reconhecido sua jurisdição. Caso a Corte condene o Estado, determinará medidas reparatorias distintas, tais como, as de caráter indenizatório, na qual a Corte determina o pagamento de certo valor à vítima, e a referente à responsabilização penal dos agentes que causaram a violação⁵².

50 UNITED NATIONS. **Human Rights Council**. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/ComplaintProcedure/Pages/WGSituations.aspx>. Acesso em: 13 fev. 2014.

51 COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN. **Communication n. 17/2011**. Disponível em: <http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Alyne%20v.%20Brazil%20Decision.pdf>. Acesso em: 12 set. 2012.

52 DEPARTAMENTO INTERNACIONAL DA ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO. Disponível em: http://www.agu.gov.br/sistemas/site/TemplateImagemTextoThumb.aspx?idConteudo=113486&ordenacao=1&id_site=4922. Acesso em: 30 dez. 2013.

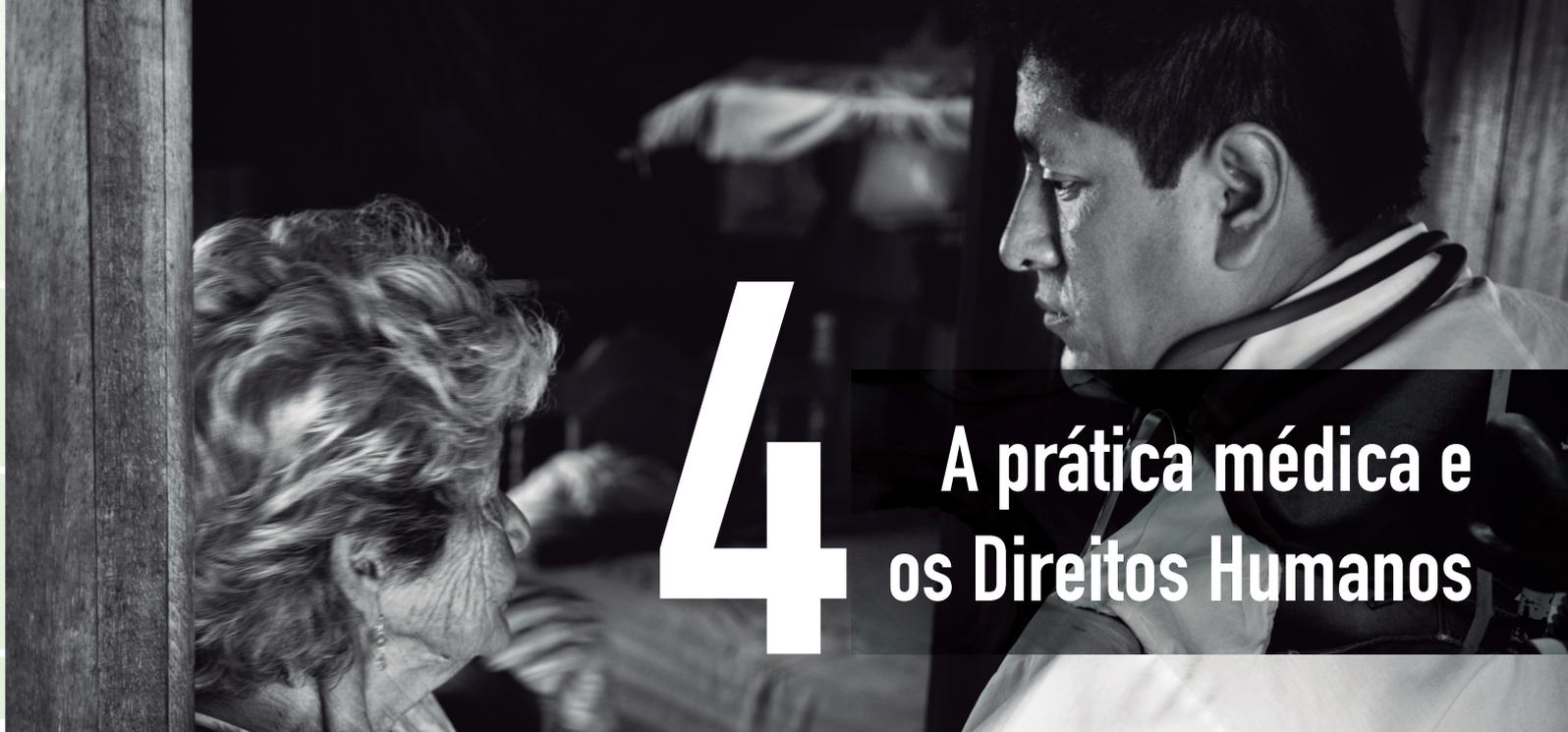
Uma pessoa, grupos de pessoas ou organizações não podem levar um caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos: inicialmente devem recorrer à Comissão Interamericana de Direitos Humanos. A Comissão atua quase judicialmente, mediante o processamento e a análise de petições individuais, com o objetivo de determinar a responsabilidade internacional dos Estados, decorrente de violações dos direitos humanos e emitir recomendações aos Estados. As petições individuais examinadas pela Comissão podem ser apresentadas por pessoas, grupos de pessoas ou organizações que alegam violações dos direitos humanos assegurados na Declaração Americana dos Direitos e dos Deveres do Homem, na Convenção Americana sobre Direitos Humanos e em outros tratados interamericanos de direitos humanos⁵³.

A denúncia perante a Comissão Interamericana de Direitos Humanos deve ser apresentada contra um ou mais Estados membros da OEA que se considerem ter violado os direitos humanos constantes da Declaração Americana, da Convenção Americana e de outros tratados interamericanos de direitos humanos. O Estado pode ser responsável pela violação de direitos humanos por:

- a) Ação: como consequência de atos do Estado ou de seus agentes;
- b) Aquiescência: como consequência do consentimento tácito do Estado ou de seus agentes;
- c) Omissão: resultante do fato de que o Estado ou seus agentes não atuaram quando o deveriam.

A violação do direito à saúde não pode ser levada diretamente ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos. Assim, a parte interessada deve alegar a violação de outro direito correlato, como o direito à vida. Há 93 casos na Corte que lidam com a violação do direito à saúde. Mediante este primeiro recorte, constata-se que apenas 4 tiveram a violação do direito à saúde como resultado das alegadas violações. Por exemplo, a Corte reconheceu o impacto na saúde quanto à situação de vulnerabilidade das comunidades indígenas e de pessoas com transtornos mentais e entendeu que cabe ao Estado prover saúde dignidade por meio de políticas não discriminatórias.

⁵³ COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. **Sistema de petições e casos**. Disponível em: http://www.oas.org/es/cidh/docs/folleto/CIDHfolleto_port.pdf. Acesso em: 30 dez. 2013.



4 A prática médica e os Direitos Humanos

Usualmente, os direitos humanos não são um referencial balizador da prática médica sob o ponto de vista jurídico ou ético. No Brasil, embora haja, a partir da edição do novo Código de Ética Médica em 2010, alterações substantivas na ética médica, ainda se tem como modelo da Medicina a prática enfocada na tecnologia, dissociada de seu conteúdo valorativo e fundada, mormente, em uma epistemologia biomédica⁵⁴. Apesar de se reconhecer-se que, gradativamente, há alterações na perspectiva médica acerca da sua prática, verifica-se que há vasto caminho a ser percorrido na direção da concepção da prática médica como um saber humanista, permeado por imperativos de cunho axiológico centrados na pessoa humana. Variados estudos e políticas em Saúde Pública no Brasil lidam com a denominada “humanização da atenção à saúde”, porém é raro encontrar a abordagem da atenção à saúde e da relação entre médico e paciente baseada nos direitos humanos.

Este capítulo do *Manual* divide-se em quatro tópicos com a finalidade de expor distintos modos de aplicação da abordagem baseada nos direitos humanos à prática médica.

4.1 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA CONEXÃO ENTRE PRÁTICA MÉDICA E DIREITOS HUMANOS

A clínica caracteriza-se como uma atividade que envolve uma pessoa em estado de enfermidade, configurando uma realização particularizada, concreta e com finalidades específicas, tais como, o diagnóstico e o tratamento de um enfermo.

Tendo em conta que a prática da clínica médica diz respeito a questões concernentes à relação entre particulares, pergunta-se como correlaciona-la com o referencial teórico-normativo dos direitos humanos, que se estabelece por regras dirigidas, primordialmente, aos Estados, constituindo, dessa forma, vínculos públicos. Assim, a clínica focaliza-se no indivíduo – seu diagnóstico, tratamento, alívio do sofrimento e reabilitação⁵⁵ – consequentemente, a prática médica, que envolve a relação entre médico e paciente, e os direitos humanos, distintamente, têm como ponto nodal as obrigações dos Estados de respeitar, proteger e realizar tais direitos.

Embora, à primeira vista, haja empecilhos de cunho teórico-prático para conjugar a prática médica e os direitos humanos, organizações da sociedade civil, organismos internacionais, entidades públicas e privadas e instituições acadêmicas desenvolvem estudos e modelos de atuação que conectam prática médica e direitos humanos. Sob a perspectiva teórica, sustenta-se que o médico deve reconhecer os fatores sociais que interferem nas condições individuais de saúde e as considerações de natureza social devem ser articuladas, também, em termos de direitos humanos⁵⁶. Outros apontam para a relevância do papel dos direitos humanos no estímulo do desenvolvimento da concepção holística da pessoa, paciente ou médico, que deve ser tratada com dignidade e respeito. Assim, os cuidados em saúde

55 MANN, Jonathan. *Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights*. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. *Health and human rights*. New York: Routledge, 1999. p. 437- 452.

56 MANN, Jonathan. *Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights*. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. *Health and human rights*. New York: Routledge, 1999. p. 437- 452.

54 TAUBER, Alfred T. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Cambridge: MIT, 2005.

devem abranger uma perspectiva holística, focalizada na pessoa humana como centro dos serviços de saúde e da prática médica⁵⁷.

Nesse sentido, é fundamental que organizações da sociedade civil, organismos internacionais, entidades públicas e privadas e instituições acadêmicas na área médica incorporem o referencial dos direitos humanos em suas atividades e pesquisas, notadamente, a educação em direitos humanos para estudantes e profissionais de Medicina, pois esse é o ponto de partida para dotar os médicos de conhecimentos e instrumentais que lhes permitam promover e proteger os direitos humanos. Como patamar mínimo, os estudantes e os profissionais deveriam receber informações sobre os direitos humanos dos pacientes, incluindo seu direito à saúde, e sobre os seus próprios direitos, principalmente os relacionados ao trabalho⁵⁸.

A educação em direitos humanos dos estudantes e dos profissionais de Medicina, ao mesmo tempo em que os capacita para proteger os direitos humanos dos seus pacientes, auxilia-os a defender seus próprios direitos. A Associação Médica Mundial recomenda fortemente que as escolas de Medicina incluam cursos obrigatórios sobre ética médica e direitos humanos em seus programas de estudo. A Associação Médica Britânica e a Associação Médica Mundial enunciam que existe uma demanda dos estudantes de Medicina de todo mundo em aprender mais sobre direitos humanos e ética durante a formação⁵⁹.

Quanto às organizações da sociedade civil, destacam-se as seguintes: Physicians for Human Rights – Médicos pelos Direitos Humanos, cuja finalidade central é usar a Medicina para enfrentar as graves e maciças violações dos direitos humanos⁶⁰, e a Associação Médica Mundial – AMM, que se define como entidade promotora dos direitos humanos relacionados à saúde de todas as pessoas nas esferas nacional e internacional. Para a AMM os médicos têm um papel fundamental a desempenhar na prestação de cuidados de alta qualidade a todos os pacientes, sem discriminação e prevenção,

57 HUNT, Paul; BACKMAN, Gunilla. Health systems and the right to the highest attainable standard of health. In: CLAPMAN, Andrew; ROBINSON, Mary. **Realizing the right to health**. Zurich: Ruffer & Rub, 2009. P. 40-60.

58 HUNT, Paul. **Relatório sobre o Direito de toda Pessoa ao Gozo do Mais Alto Padrão Possível de Saúde Física e Mental**. 2005. Disponível em: Acesso em: 30 dez. 2013.

59 HUNT, Paul. **Relatório sobre o Direito de toda Pessoa ao Gozo do Mais Alto Padrão Possível de Saúde Física e Mental**. 2005. Disponível em: Acesso em: 30 dez. 2013.

60 PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS. Disponível em: <http://physiciansforhumanrights.org/about/>. Acesso em: 30 dez. 2013.

e na denúncia de atos de tortura e maus-tratos que constituem graves violações de direitos humanos. Os médicos também são frequentemente vítimas de violações dos direitos humanos, especialmente quando agem em nome dos direitos humanos de seus pacientes. A AMM acentua sua adequação aos direitos humanos dos médicos e intervém em nome dos que foram perseguidos ou presos por suas ações relacionadas aos direitos humanos⁶¹.

Quanto aos organismos internacionais, a OMS tem, em sua estrutura, instância específica para lidar com os direitos humanos, o denominado Departamento de Ética, Equidade, Comércio e Direitos Humanos no Ramo de Inovação, Informação, Evidências e Pesquisa (IER / ETH). A OMS designou a saúde e os direitos humanos como uma atividade transversal e desenvolve as seguintes atividades: sensibilização e capacitação em níveis regionais e nacionais; Saúde e o Sistema de Direitos Humanos da ONU; publicações; seminários; recursos em geral⁶².

Tratando-se de entidades públicas, no Brasil, a introdução de um capítulo no Código de Ética Médica, aprovado em 2009, sobre direitos humanos é iniciativa a ser amplamente louvada, a qual reflete que o Conselho Federal de Medicina - CFM adotou os direitos humanos como prescrições de obrigações profissionais.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA - BRASIL

Capítulo IV

DIREITOS HUMANOS

É vetado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal, após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Art. 23. Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto.

Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir, livremente, sobre sua pessoa ou seu bem-estar e como exercer sua autoridade para limitá-lo.

61 WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Health and human rights. Disponível em: <http://www.who.int/hhr/activities/en/>. Acesso em: 30 dez. 2013.

62 WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Health and Human Rights. Disponível em: <http://www.who.int/hhr/activities/en/>. Acesso em: 30 dez. 2013.

Art. 25. Deixar de denunciar prática de tortura ou procedimentos degradantes, desumanos ou cruéis, praticá-los, ser conivente com quem os realize ou fornecer meios, instrumentos, substâncias ou conhecimentos que os facilitem.

Art. 26. Deixar de respeitar a vontade de qualquer pessoa considerada capaz física e mentalmente, em greve de fome ou alimentá-la compulsoriamente, devendo conscientizá-la das prováveis complicações do jejum prolongado e, na hipótese de risco iminente de morte, tratá-la.

Art. 27. Desrespeitar a integridade física e mental do paciente ou utilizar-se de meio que possa alterar sua personalidade ou sua consciência em investigação policial ou de qualquer outra natureza.

Art. 28. Desrespeitar o interesse e a integridade do paciente em qualquer instituição na qual esteja recolhido, independentemente da própria vontade. Parágrafo único. Caso ocorram quaisquer atos lesivos à personalidade e à saúde física ou mental dos pacientes confiados ao médico, este estará obrigado a denunciar o fato à autoridade competente e ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 29. Participar, direta ou indiretamente, da execução de pena de morte.

Art. 30. Usar da profissão para corromper costumes, cometer ou favorecer crime.

Na esfera privada, a Federação Nacional dos Médicos – FENAM elegeu os direitos humanos como uma de suas bandeiras de luta, reconhecendo a sua importância inextinguível para a melhoria das condições de saúde da população brasileira e de trabalho dos médicos⁶³.

No plano acadêmico, o Centro François-Xavier Bagnoud para a Saúde e os Direitos Humanos – FXB Center for Health and Human Rights, localizado na Universidade de Harvard, é precursor nos estudos da interação entre saúde e direitos humanos. Em 2002, a Associação Americana de Saúde Pública e o Centro FXB para a Saúde e os Direitos Humanos convidaram 28 profissionais de diversas áreas para produzir um plano de ensino de direitos humanos para estudantes de medicina, saúde pública e enfermagem⁶⁴. Há centros de estudos de direitos humanos na Boston University

School of Medicine; na Harvard Medical School; na London School of Hygiene and Tropical Medicine; na NYU School of Medicine, Center for Health and Human Rights, May Chinn Society for Bioethics and Human Rights; na Yale University, School of Medicine, Griffin Hospital⁶⁵. Embora se reconheçam os esforços empreendidos pelas organizações da sociedade civil e pelas instituições acadêmicas, os direitos humanos são negligenciados na educação médica⁶⁶.

A OMS, ao considerar os direitos humanos como um tópico de saúde, enuncia que todos os países do globo se vincularam, pelo menos, a um tratado de direitos humanos que inclui direito à saúde propriamente dito e outros direitos que se relacionam com os determinantes sociais da saúde. Os objetivos da Equipe de Saúde e Direitos Humanos da OMS são:

- a) reforçar a capacidade da OMS e de seus Estados membros com vistas a incorporar a abordagem baseada nos direitos humanos para a saúde;
- b) estimular a observância do direito à saúde no direito internacional e nos processos de desenvolvimento internacionais;
- c) defender os direitos humanos relacionados à saúde⁶⁷.

Tendo em conta que a Medicina no Brasil, comumente, tem como balizador ético e jurídico de sua prática a bioética e a ética clínica e, sob o viés jurídico, a legislação aplicada ao Direito do Consumidor, a introdução do referencial dos direitos humanos na prática médica é um desafio. O quadro a seguir descreve os modos de interação institucional entre a prática médica e os direitos humanos.

65 MARKS, Stephen P. **Health and Human Rights: the educational challenge**. Cambridge: FXB Center for Health and Human Rights, 2002.

66 R.S. MAXWELL, D.J. POUNDER. **The Medicine and Human Rights Special Study Module: a Physicians for Human Rights (UK)**. 1999, Vol. 21, No. 3, Pages 294-298

67 WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Health and Human Rights**. Disponível em: <http://www.who.int/hhr/en/>.

63 FENAM. Disponível em: <http://fenam.org.br/>. Acesso em: 30 dez. 2013.

64 MARKS, Stephen P. **Health and Human Rights: the educational challenge**. Cambridge: FXB Center for Health and Human Rights, 2002.

Modos de interação

Inserção dos direitos humanos em códigos de ética

Introdução do estudo dos direitos em cursos de Medicina

Desenvolvimento teórico da interface entre direitos humanos e a bioética clínica e a ética médica

Médicos como agentes públicos: observâncias às normas de direitos humanos

Direitos humanos como referencial para políticas e programas de saúde

Direitos humanos incorporados a legislações internas

Atores formuladores da interação

Conselhos profissionais, instituições e instância estatais

Instituições de ensino superior com cursos de Medicina

Pesquisadores

Médicos

Estado e instituições de saúde privadas

Médicos e todos os destinatários da legislação

4.2 OS MÉDICOS COMO PROMOTORES DOS DIREITOS HUMANOS

A prática médica influi, diretamente, na promoção e na proteção dos direitos humanos, particularmente no direito à saúde, desempenhando uma função essencial em sua realização. Os médicos encontram-se na linha de frente da proteção internacional e nacional dos direitos humanos, sendo, em muitas ocasiões, a primeira testemunha do sofrimento físico e mental decorrente de práticas violadoras de direitos humanos⁶⁸.

Usualmente, médicos exercem papel importante na documentação e na reparação de violações de direitos humanos, como execuções sumárias e torturas⁶⁹. Em razão de sua *expertise*, os médicos apresentam qualificação única para participar de investigações em casos de violação de direitos humanos, elaboração de relatórios de monitoramento da implementação de direitos humanos, visando estabelecer informações objetivas sobre as violações por meio de provas científicas difíceis de serem refutadas⁷⁰.

Profissionais da Medicina possuem um papel fundamental na prova de abusos contra a criança, a mulher, a pessoa com deficiência e a pessoa idosa e são essenciais no enfrentamento de práticas violadoras da dignidade de grupos vulneráveis.

Os médicos são considerados os “advogados naturais dos pobres”⁷¹. Com efeito, têm uma responsabilidade particular na promoção e na proteção dos direitos humanos, o que consiste em um dos meios mais efetivos para assegurar condições positivas, pois as violações a esses direitos apresentam serias

68 HANNIBAL, Kari; LAWRENCE, Robert. The health professional as human rights promoter: ten years of Physicians for Human Rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Health and human rights**. New York: Routledge, 1999.p.404-416.

69 HUNT, Paul. Relatório sobre o Direito de toda Pessoa ao Gozo do Mais Alto Padrão Possível de Saúde Física e Mental. 2005. Disponível em: Acesso em: 30 dez. 2013.

70 SIRKIN, Susana et al. The role of health professionals in protecting and promoting human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Perspectives on Health and human rights**. New York: Routledge, 2005.p.537-549.

71 FARMER, Paul; GASTINEAU, Nicole. Rethinking Health and Human Rights: time for a paradigm shift. In: GOODALE, Michael. **Human rights: an anthropological reader**. Oxford: Blackwell, 2009.p.158.

consequências à saúde⁷².

Os médicos não são simples provedores de cuidados, mas agentes diretos da realização do direito à saúde em relação a seus pacientes e à comunidade em que se encontram. Embora se saiba que os médicos não recebem, em sua formação, treinamento para lidar com os determinantes sociais da saúde, é fundamental o entendimento do seu impacto direto nas condições de saúde de seu paciente. Médicos e organizações da sociedade civil atuam na luta pelos direitos humanos de pessoas afetadas por substâncias químicas, armas nucleares, minas terrestres, serviços reprodutivos restritivos e tortura⁷³.

A Associação Médica Britânica (BMA) solicitou à AMM o apoio da proposta apresentada por uma rede de organizações médicas preocupadas com questões de direitos humanos no sentido de que seja estabelecida nova relatoria especial da ONU sobre a independência e a integridade dos profissionais de saúde, que teria como tarefa o monitoramento de situações restritivas da liberdade dos médicos e do direito dos pacientes ao acesso a tratamento sem discriminação de nacionalidade ou origem étnica, em zonas de guerra ou em situações de tensão política.

A proposta original tem o apoio de uma série de organizações de médicos incumbidas da defesa dos direitos humanos e da proteção dos médicos que atuam de forma imparcial, em situações de conflito⁷⁴.

O *status* social que os médicos detêm e o entendimento socialmente partilhado de que atuam em prol do bem-estar humano abrem portas para sua atuação em situações de violação de direitos humanos. Assim, os médicos têm acesso facilitado a prisões, cenas de crime e outros contextos em que se verificam a violação de direitos humanos⁷⁵. Em virtude de sua autoridade moral em defender a vida e de sua posição privilegiada socialmente, os médicos têm a obrigação, diante da humanidade, de não ser coniventes com políticas, programas e ações saúde violadoras dos

direitos humanos, apontando, se necessário for, os envolvidos nesses casos⁷⁶.

As entidades públicas e privadas de médicos e escolas de Medicina se revelam importantes atores sociais de enfrentamento a violações de direitos humanos, pressionando os governos⁷⁷.

Physicians for Human Rights – Médicos pelos Direitos Humanos desenvolveram distintas técnicas de apoio público em prol da defesa e da promoção dos direitos humanos. O primeiro modo de disseminação de informações a respeito de situações violadoras de direitos humanos consiste em:

- a) Publicação de relatórios, os quais devem ser amplamente divulgados em distintas mídias, e artigos científicos;
- b) Envio de cartas a líderes do governo em nome de médicos cujos direitos humanos foram violados ou de outras vítimas que necessitam de cuidados médicos imediatos;
- c) Articulação com outras entidades de saúde, escolas de Medicina e hospitais, a fim de formar uma rede de pessoas e parcerias identificadas com a causa⁷⁸.

Os médicos podem ser envolvidos pelos Estados em situações violadoras de direitos humanos. Consequentemente, a educação em direitos humanos e o treinamento são fundamentais para capacitá-los na identificação das causas políticas de determinados padrões de violação de direitos humanos e nos meios legais disponíveis, nos casos em que a proteção dos direitos humanos implique recusar-se a obedecer a ordens de superiores hierárquicos⁷⁹.

72 SIRKIN, Susana et al. The role of health professionals in protecting and promoting human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Perspectives on Health and human rights**. New York: Routledge, 2005.p.537-549.

73 RUBENSTEIN, Leonard S. Physicians and the right to health. In: CLAPMAN, Andrew; ROBINSON, Mary. **Realizing the right to health**. Zurich: Ruffer & Rub, 2009. p. 381-392.

74 WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Disponível em: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/h19/index.html>. Acesso em: 30 dez. 2013.

75 FARMER, Paul; GASTINEAU, Nicole. Rethinking Health and **Human Rights**: time for a paradigm shift. In: GOODALE, Michael. **Human rights: an anthropological reader**. Oxford: Blackwell, 2009.p.148-166.

76 SIRKIN, Susana et al. The role of health professionals in protecting and promoting human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Perspectives on Health and human rights**. New York: Routledge, 2005.p.537-549.

77 SIRKIN, Susana et al. The role of health professionals in protecting and promoting human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Perspectives on Health and human rights**. New York: Routledge, 2005.p.537-549.

78 HANNIBAL, Kari; LAWRENCE, Robert. The health professional as human rights promoter: ten years of Physicians for Human Rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Health and human rights**. New York: Routledge, 1999.p.404-416.

79 SIRKIN, Susana et al. The role of health professionals in protecting and promoting human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Perspectives on Health and human rights**. New York: Routledge, 2005.p.537-549.

Importante:

- a) As decisões adotadas pelos médicos podem determinar a diferença entre a proteção ou a violação de direitos humanos;
- b) Os médicos devem estar atentos a contextos em que as vítimas de violação de direitos humanos são enquadradas por agentes estatais como culpadas;
- c) Ao lidar com vítimas de violação de direitos humanos, os médicos devem entendê-las de forma compreensiva, considerando os contextos social, econômico, cultural e familiar.

4.3 ASSEGURANDO A DIGNIDADE HUMANA E OS DIREITOS HUMANOS DOS PACIENTES

Os direitos dos pacientes começaram a ser discutidos por volta de 1970 quando o tema ainda era desconhecido dos profissionais da área da saúde. A temática ganhou popularidade entre as décadas de 80 e 90 quando estes direitos eram pleiteados perante os Poderes Judiciários dos países em que foram legalmente reconhecidos⁸⁰.

Com base no enunciado do respeito máximo à autodeterminação do paciente, instrumentos normativos sobre os direitos dos pacientes foram estabelecidos, tais como, a Declaração de Lisboa sobre os Direitos do Paciente, emitida pela AMM em 1981, a Declaração sobre a Promoção dos Direitos do Paciente na Europa, adotada pela Oficina da Organização Mundial de Saúde na Europa, em 1994, e Carta Europeia dos Direitos do Paciente, de 2002⁸¹. Outro importante documento sobre os direitos humanos dos pacientes é a Convenção Europeia sobre Direitos Humanos e Biomedicina, conhecida como Convenção de Oviedo, adotada pelo Conselho da Europa em 1997, e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, adotada pela UNESCO em 2005.

O princípio da dignidade humana impõe que os pacientes sejam, em cada situação particular, tratados como pessoas titulares de direitos humanos, rechaçando, assim, o modelo assistencialista de cuidados em saúde⁸².

Os direitos humanos do paciente encontram-se relacionados à sua autonomia, ao poder de decisão sobre si mesmo, incluindo seu corpo. Também estão associados ao direito de o paciente receber todas as informações relativas a essa tomada de decisão, além

80 TAUBER, Alfred T. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Cambridge: MIT, 2005

81 TAUBER, Alfred T. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Cambridge: MIT, 2005

82 ANNAS, George. *The rights of patients*. New York: New York University, 2004

de ser tratado com respeito, ter sua privacidade e suas informações resguardadas e um acompanhante a escolha. Os direitos necessários à preservação da dignidade humana os pacientes devem exigí-los, para ser tratados como titulares de direitos⁸³.

Os direitos dos pacientes devem ser respeitados em quaisquer circunstâncias, mas são nas unidades de saúde, como hospitais, clínicas e consultórios, em que eles são dotados de especial importância. Nas unidades de saúde, os pacientes não costumam perceber-se como titulares de direitos. Por exemplo, o paciente, ao ultrapassar cada etapa de triagem no hospital, é destituído de sua personalidade, como quando recebe as roupas do hospital ou quando lhe dão a pulseira com seu cadastro, e, aos poucos, submete-se aos procedimentos hospitalares. Muitas vezes, o paciente é sujeito a diversos procedimentos técnicos em que é atendido e repassado para a próxima área como mero objeto e não como titular de direitos⁸⁴.

Outro fator importante relacionado aos direitos dos pacientes é a defesa absoluta da maximização dos benefícios para a saúde, o que muitas vezes, é colocado à frente de seus direitos. Ambos são importantes e devem ser promovidos, porém, em situações conflitantes, os direitos do paciente não podem ser afastados mesmo que o objetivo seja atingir seu bem-estar. O paciente não pode ser obrigado a se submeter à determinada intervenção médica que não deseje⁸⁵.

Certas condutas passíveis de ser caracterizadas como violadoras dos direitos humanos no âmbito da relação entre médico e paciente só serão superadas quando determinadas mudanças sociais ocorrerem no país. Com efeito, problemas de equidade e de acesso em saúde não advêm, exclusivamente, de comportamentos discriminatórios por parte de médicos ou de problemas estruturais em unidades de saúde, mas, mormente, da desigualdade de renda. Se considerarmos que a relação entre médico e paciente não existe isoladamente, o argumento ganha mais força. Os médicos e os pacientes, além de sua influência mútua, sofrem ingerências de outros atores, como agentes do mercado, planos de saúde privados, instituições médicas e agências governamentais. Um modo de conceder maior liberdade de ação tanto para médicos como para pacientes é informando-os sobre seus direitos e os mecanismos que permitam sua implementação e a responsabilização daqueles que os violam⁸⁶.

83 TAUBER, Alfred T. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Cambridge: MIT, 2005

84 TAUBER, Alfred T. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Cambridge: MIT, 2005

85 TAUBER, Alfred T. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Cambridge: MIT, 2005

86 TAUBER, Alfred T. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Cambridge: MIT, 2005

Alguns direitos do paciente:

- a) o direito à liberdade, que implica o de tomar decisões sobre a própria vida, de não se submeter a certo tratamento;
- b) direito à privacidade e à confidencialidade;
- c) direito à saúde, que envolve o direito a bens e serviços de saúde de qualidade, incluso o direito ao atendimento emergencial;
- d) direito à informação;
- e) direito de não ser discriminado, independentemente de raça, cor, orientação sexual, sexo, religião, nacionalidade, idade ou nível socioeconômico;
- f) direito de participar das deliberações que lhe afetam e de tomar decisões informadas;
- g) direito de ser tratado pelo nome por ele designado;

O direito a ser devidamente informado para tomada de decisões pressupõe o fornecimento de explicação concisa e clara acerca dos tratamentos propostos; das alternativas médicas existentes, ainda que não possam ser custeadas pelo seguro privado de saúde; dos riscos de morte e das complicações de cada tratamento proposto, inclusive do não tratamento; de possíveis problemas na recuperação; da probabilidade de sucesso. Em suma, o paciente tem o direito de saber sobre o diagnóstico e o prognóstico⁸⁷. Certas informações sempre devem ser dadas ao paciente, tal como o tratamento e as alternativas, quando existentes, independentemente de seu pedido⁸⁸.

O direito à privacidade não está ligado apenas ao seu corpo, mas também às informações a seu respeito colhidas durante os procedimentos médicos. O paciente tem o direito de requisitar e de exigir que se proceda à correção das informações erradas em seu cadastro. Além disso, é vetado o acesso a suas informações por pessoas não autorizadas⁸⁹.

O paciente tem direito a recusar tratamento, drogas, procedimentos, testes ainda que se trate de pesquisa científica ou terapia. Essa recusa não pode ensejar que haja discriminação ou que os cuidados médicos não lhe sejam prestados⁹⁰. A mudança de opinião do paciente sobre o tratamento deve ser respeitada mesmo em situações que possam afetar sua capacidade de

87 TAUBER, Alfred T. **Patient autonomy and the ethics of responsibility**. Cambridge: MIT, 2005.

88 ASHER, Judith. **The right to health: a resource Manual for NGOs**. Washington: Commonwealth Medical Trusts, 2004.

89 TAUBER, Alfred T. **Patient autonomy and the ethics of responsibility**. Cambridge: MIT, 2005.

90 TAUBER, Alfred T. **Patient autonomy and the ethics of responsibility**. Cambridge: MIT, 2005.

consentir⁹¹.

O direito ao atendimento emergencial está ligado ao pronto atendimento por pessoa competente, não podendo haver transferência para outra instituição sem que haja consentimento pelo paciente e que suas condições não estejam estabilizadas. Mesmo que a transferência seja para unidade de saúde que lhe confira melhor atendimento, sem o seu consentimento, a transferência não deve ser efetuada, exceto nas situações em que não possa consentir.

O representante do paciente pode ser uma ou mais pessoas que sejam de sua confiança, amigos ou parentes, os quais o auxiliarão a exercer seus direitos. O representante pode permanecer com o paciente, inclusive, durante consultas, exames e procedimentos cirúrgicos⁹². Seus representantes são de suma importância na medida em que asseguram os direitos do paciente, uma vez que a pessoa enferma, em variadas ocasiões, não tem condições de buscá-los por si só.

Atenção:

- a) As opiniões dos médicos podem ser incompatíveis com os direitos dos pacientes;
- b) A saúde e o bem-estar devem ser redefinidos, buscando, também, as causas do sofrimento humano⁹³.
- c) A autonomia do paciente e seus direitos devem ser vistos de forma contextualizada, especialmente em conjunturas de escassez de recursos⁹⁴;
- d) Quando o paciente for criança, ela tem o direito de ser ouvida, sua opinião deve ser considerada no processo de tomada de decisão que lhe afete, e seus interesses devem ser atendidos.
- e) As objeções de consciência dos profissionais de Medicina, principalmente em casos de interrupção voluntária de gravidez legal, não os exime de adotar medidas a fim de que o paciente não fique desassistido⁹⁵.

91 ASHER, Judith. **The right to health: a resource Manual for NGOs**. Washington: Commonwealth Medical Trusts, 2004.

92 TAUBER, Alfred T. **Patient autonomy and the ethics of responsibility**. Cambridge: MIT, 2005.

93 SIRKIN, Susana et al. The role of health professionals in protecting and promoting human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Perspectives on Health and human rights**. New York: Routledge, 2005.p.537-549.

94 TAUBER, Alfred T. **Patient autonomy and the ethics of responsibility**. Cambridge: MIT, 2005.

95 ASHER, Judith. **The right to health: a resource Manual for NGOs**. Washington: Commonwealth Medical Trusts, 2004.

4.4 O DIREITO AO CONSENTIMENTO INFORMADO COMO INTEGRANTE DO DIREITO À SAÚDE

A abordagem do consentimento informado à luz do direito à saúde desenvolvida neste *Manual* fundamenta-se no Relatório do Relator Especial sobre o Direito de Toda Pessoa a Desfrutar o Mais Alto Nível Possível de Saúde Física e Mental das Nações Unidas do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, Anand Grover, publicado em 2009, sobre consentimento informado. No que toca o conteúdo do Relatório, seu ponto nodal é o liame entre o consentimento informado e o direito humano à saúde, sendo o primeiro aspecto fundamental do segundo.

Consentimento informado consiste na decisão voluntária e suficientemente informada, que deve promover a autonomia, a autodeterminação, a integridade física e o bem-estar do paciente. O direito ao consentimento informado, integrante do direito humano à saúde, abre-se para duas dimensões: uma geradora do direito ao paciente de participar da adoção de decisões e outra ensejadora de obrigações aos médicos e aos provedores dos serviços de atenção à saúde⁹⁵.

Quanto à informação, essa há que abranger os benefícios associados ao procedimento, os riscos e as alternativas existentes e deve ser acessível e adequada às circunstâncias em que se encontra o paciente⁹⁶.

Importa registrar que ao paciente devem ser ofertadas todas as informações prévias à obtenção do consentimento de acordo com o conceito de “paciente prudente”, cuja origem ancora-se na doutrina legal Canterbury, originada nos Estados Unidos. No Canadá, criou-se o consentimento objetivo modificado, baseado na concepção subjetiva do paciente, ao assegurar que a informação seja acessível, tendo em conta as circunstâncias específicas do paciente, contribuindo para melhor assegurar seus direitos.

O respeito à autonomia pessoal do paciente impõe o dever de obtenção do consentimento informado sem coerção, influência indevida, a qual pode estar presente em situações em que a negativa do paciente seja passível

de acarretar-lhe consequências prejudiciais⁹⁷.

Sob o enfoque do direito humano à saúde, o consentimento informado é um aspecto fundamental da autonomia, da livre determinação e da dignidade humana, sendo integrante do respeito, da proteção e da realização do direito de toda pessoa a desfrutar o mais alto nível possível de saúde física e mental. O consentimento informado interconecta-se com outros direitos humanos: o direito a não discriminação, à liberdade de pensamento e de expressão, o reconhecimento diante da lei e a livre determinação no que toca a reprodução⁹⁸.

O modelo analítico de consentimento informado, segundo Grover, envolve as seguintes proposições:

- todos os serviços de saúde que prestam informação devem ser acessíveis, aceitáveis, disponíveis, de boa qualidade e sensíveis a especificidades culturais e éticas;
- os serviços de saúde devem ser prestados sobre a base do consentimento informado; para tanto, vínculos comunitários há que ser estimulados;
- a proteção do Estado deve ser incrementada quando se trata da proteção de pessoas vulneráveis em razão de sua situação sanitária, social, econômica e política.

Uma abordagem baseada nos direitos humanos preceitua que as informações sobre questões de saúde devem ser de qualidade, livremente disponíveis sobre base não discriminatória, acessíveis de acordo com as necessidades de comunicação de cada pessoa, incluindo suas especificidades culturais e físicas. Em relação à divulgação, há diferentes níveis de compreensão, portanto, não deve a informação ser demasiadamente técnica e complexa⁹⁹.

Particularmente na prática clínica, invoca-se o tratamento do paciente como um processo de atenção à saúde que se conecta com a existência de serviços de informação adequados e providos de modo não discriminatório. Com efeito, a obrigação de prover um

95 Groven A. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. [Internet]. 2009 [acesso em 2012 jun. 4]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/90/PDF/N0945090.pdf?OpenElement>.

96 Groven A. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. [Internet]. 2009 [acesso em 2012 jun. 4]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/90/PDF/N0945090.pdf?OpenElement>.

97 Groven A. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. [Internet]. 2009 [acesso em 2012 jun. 4]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/90/PDF/N0945090.pdf?OpenElement>.

98 Groven A. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. [Internet]. 2009 [acesso em 2012 jun. 4]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/90/PDF/N0945090.pdf?OpenElement>.

99 Groven A. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. [Internet]. 2009 [acesso em 2012 jun. 4]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/90/PDF/N0945090.pdf?OpenElement>.

processo contínuo de atenção à saúde com fundamento no consentimento informado é tarefa complexa e imbrincada aos recursos humanos e materiais disponíveis e acessíveis no âmbito dos serviços em saúde.

Tratar do consentimento informado sob o prisma do direito à saúde impõe atentar-se para as barreiras estruturais que impedem ou mitigam a consecução de tal consentimento no processo de atenção à saúde, entre elas, a assimetria de conhecimento, experiência e poder existente entre o médico e o paciente, particularmente aqueles pertencentes a grupos vulneráveis. Pacientes integrantes de grupos estigmatizados, como usuários de drogas, pessoas privadas de liberdade e pessoas com deficiência, encontram-se em situação agravada de assimetria, o que repercute no seu acesso à informação sobre sua condição de saúde, benefícios, riscos e alternativas¹⁰⁰.

Os exames, os testes e outros meios de diagnóstico em determinadas ocasiões menosprezam o poder dos pacientes, consistindo, muitas vezes, em excesso de informação não passível de assimilação pelo paciente ou de impacto real nas suas escolhas e, em outras, não se revelam conectados com os tratamentos disponíveis¹⁰¹.

A informação obtida mediante exames, testes e outras formas é relevante para munir o paciente de informação e, em consequência, facilitar seu processo decisório, mas, por outro lado, os médicos devem ponderar:

a) a *exacerbação informativa* que pode conduzir à inteligibilidade por parte do paciente de sua situação concreta; nesse sentido, a capacidade do paciente de entender e de processar informação fornecida é um dos componentes centrais do consentimento informado, pois verifica-se, comumente, o foco dos médicos na revelação da informação e não no entendimento do paciente;

b) a indisponibilidade ou a inacessibilidade ao tratamento ou a alternativas;

c) as condições de vulnerabilidade de cada paciente ou de grupos que refletem diretamente no seu exercício do direito ao consentimento informado¹⁰².

100 Groven A. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**. [Internet]. 2009 [acesso em 2012 jun. 4]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/90/PDF/N0945090.pdf?OpenElement>.

101 Groven A. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**. [Internet]. 2009 [acesso em 2012 jun. 4]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/90/PDF/N0945090.pdf?OpenElement>.

102 Groven A. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**. [Internet]. 2009 [acesso em 2012 jun. 4]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/90/PDF/N0945090.pdf?OpenElement>.

No que toca a grupos vulneráveis, a Convenção sobre os Direitos da Criança estabelece que se dê a devida atenção a sua opinião em função da sua idade e maturidade e, tendo em conta tais fatores, seu consentimento informado deve ser solicitado.

Quanto às pessoas idosas, essas são, muitas vezes, negligenciadas em função de sua fragilidade física e mental; além disso, importa assinalar que as doenças degenerativas diminuem sua capacidade de consentir. As pessoas idosas atendidas em suas residências são vulneráveis, caracterizando a privação de autonomia pela ausência de acompanhamento adequado, especialmente em casos de administração de medicamentos sem consentimento.

Minorias étnicas e imigrantes podem ser vulneráveis, pois o exercício da autonomia é limitado por barreiras linguísticas e culturais. Acrescem-se a esse elenco as mulheres, os grupos indígenas, as pessoas com deficiência e as que vivem com HIV/AIDS¹⁰³.

Em suma, o consentimento informado pressupõe o processo voluntário na esfera da atenção à saúde, o qual vincula os médicos e os provedores de serviços de atenção à saúde e determina a obrigação de fornecer informação adequada e não discriminatória. Nessa linha, os médicos devem estar alerta aos discrepantes níveis de desigualdade concernentes ao conhecimento técnico entre eles e os pacientes e aos eventuais distanciamentos relacionados ao nível educacional, à faixa de renda e à cultura. As iniquidades estruturais que envolvem os determinantes sociais da saúde e acarretam vulnerabilidade podem impactar diretamente o exercício do direito ao consentimento informado.

Informações-chave:

- Assegurar o direito ao consentimento informado, dimensão fundamental do direito humano à saúde, implica adotar políticas, programas e protocolos que respeitem a autonomia e a dignidade humana do paciente.
- O direito ao consentimento informado perfaz-se na prática médica e interage permanentemente com o direito à informação, o qual se interliga com o direito à educação, o que exemplifica a imbricação entre o consentimento informado com o respeito, a proteção e realização dos direitos humanos.

103 Groven A. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**. [Internet]. 2009 [acesso em 2012 jun. 4]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/90/PDF/N0945090.pdf?OpenElement>.

4.5 A VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DOS MÉDICOS

Globalmente, os médicos são alvo de atos violadores dos direitos humanos. Em vários países tornam-se desaparecidos, presos e ameaçados, por tratar pessoas em conflitos armados ou de regimes autoritários¹⁰⁴. No mesmo sentido, os direitos humanos devem ser utilizados para melhorar as condições de trabalho dos médicos¹⁰⁵.

A AMM chama a atenção para a tendência, nos últimos anos, de ocorrências com médicos torturados, vítimas de regimes ditatoriais ou grupos terroristas. Durante as guerras e os conflitos armados, os hospitais e outras instalações médicas são atacados e mal utilizados. Constata-se a morte e as lesões de médicos decorrentes de ataques deliberados, os quais violam as Convenções de Genebra (1949) e seus Protocolos adicionais que formam o núcleo do Direito Internacional Humanitário¹⁰⁶.

Em alguns países, como no Brasil, médicos afligem-se em face da sua impotência diante de serviços de saúde que não atendem padrões mínimos de acessibilidade e qualidade, ou seja, trabalham em condições precárias em que não há insumos em quantidade suficiente, laboratórios adequados e outros pré-requisitos para atenção à saúde de qualidade. Nesses casos, médicos frustram-se, por não poder oferecer os cuidados necessários¹⁰⁷.

Em qualquer contexto, os médicos têm o direito à proteção, que inclui o direito de não ser colocado em situações de risco de vida desproporcionais. Têm direito à liberdade e à segurança pessoal, o que inclui o direito à autonomia física e o direito a ser livre de violência¹⁰⁸. Como exemplo de situação que pode ensejar violação de direito humano do profissional de Medicina, uma notícia veiculada na Empresa Brasil de Comunicação informa o treinamento de médicos na cidade do Rio de Janeiro pela organização Médico Sem Fronteiras, que trabalha em postos de saúde localizados em favelas cariocas.

O objetivo é preparar os profissionais para enfrentar situações adversas nessas comunidades, especialmente a violência, e evitar que médicos deixem seu trabalho por medo de conflitos armados¹⁰⁹.

Em contextos em que há escassez de profissionais, a AMM apontou para o perigo de práticas que podem consistir em violações dos direitos dos médicos. Por exemplo, a exposição a riscos ocupacionais; a violência física e psicológica; as cargas de trabalho não razoáveis; a remuneração baixa; as oportunidades limitadas de desenvolvimento de carreira¹¹⁰.

O médico tem direito à liberdade de locomoção e de residência que inclui o de não ser sujeito a limitações desrazoáveis em termos de onde devem viver e trabalhar¹¹¹.

A questão dos recursos humanos em saúde é um desafio global que atinge os médicos e, conseqüentemente, seus direitos. Com efeito, a Declaração Política sobre Recursos Humanos em Saúde, adotada em Recife, no ano de 2013, pela Aliança Global da Força de Trabalho em Saúde, pontua que o investimento em recursos humanos em saúde permanece baixo; há discrepâncias fundamentais entre a oferta e a demanda de profissionais de saúde; o planejamento de recursos humanos em saúde é enfraquecido por intervenções descoordenadas de questões individuais, concentrando-se em um quadro ou uma doença individual e não na prevenção. Como consequência, grave escassez de recursos humanos em saúde, deficiências na sua distribuição e ambientes precários de trabalho para os profissionais permanecem questões de grande preocupação¹¹².

Assim, sob a perspectiva dos direitos humanos dos médicos no ambiente laboral, destacam-se os previstos no Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos e no Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, ambos adotados no âmbito da ONU, em 1966:

104 SIRKIN, Susana et al. The role of health professionals in protecting and promoting human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Perspectives on Health and human rights**. New York: Routledge, 2005.p.537-549.

105 HUNT, Paul. **Relatório sobre o Direito de toda Pessoa ao Gozo do Mais Alto Padrão Possível de Saúde Física e Mental**. 2007. Disponível em: Acesso em: 30 dez. 2013.

106 WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Protecting Patients & Their Doctors**. Disponível em: <http://www.wma.net/en/20activities/20humanrights/20distress/index.html>. Acesso em: 30 dez. 2013.

107 RUBENSTEIN, Leonard S. Physicians and the right to health. In: CLAPMAN, Andrew; ROBINSON, Mary. **Realizing the right to health**. Zurich: Ruffer & Rub, 2009. p. 381-392.

108 SOUTH AFRICAN MEDICAL ASSOCIATION. Disponível em: <https://www.samedical.org/drs-patients-rights.html>. Acesso em: 20 jan. 2014

109 EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO. Disponível em: <http://memoria.etc.com.br/agenciabrasil/noticia/2006-07-03/ong-treina-profissionais-que-trabalham-em-postos-medicos-de-favelas-do-rio-0>. Acesso em: 30 dez. 2013.

110 WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Disponível em: <http://www.wma.net/en/20activities/40healthsystems/30positivepractice/index.html>. Acesso em: 30 dez. 2013.

111 SOUTH AFRICAN MEDICAL ASSOCIATION. Disponível em: <https://www.samedical.org/drs-patients-rights.html>. Acesso em: 20 jan. 2014.

112 GLOBAL HEALTH WORLD ALLIANCE **3rd Global Forum on Human Resources for Health. The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage** Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/recife_declaration_17nov.pdf. Acesso em: 12 jan. 2014.

Direitos dos médicos relacionados ao trabalho:

- a) Direito a não ser submetido à tortura nem a penas ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes, o que inclui o de recusar-se a exercer sua profissão em condições desumanas ou degradantes, causadoras de danos a sua saúde física e mental;
- b) Direito de não ser discriminado no exercício da Medicina em razão de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.
- c) Direito ao trabalho, que compreende o direito de toda pessoa ter a possibilidade de ganhar a vida mediante um trabalho livremente escolhido ou aceito e de adotar medidas apropriadas para salvaguardar esse direito.
- d) Direito à orientação e à formação técnica e profissional;
- e) Direito de gozar de condições de trabalho justas e favoráveis que assegurem especialmente:
 - i. remuneração adequada;
 - ii. salário equitativo e remuneração igual por trabalho de igual valor;
 - iii. existência decente para os trabalhadores e suas famílias;
- f) Direito à segurança e à higiene no trabalho;
- g) Direito de associar-se livremente, inclusive o de construir sindicatos e de a eles filiar-se para a proteção de seus interesses.
- h) Direito à seguridade social.

Quanto aos demais direitos, destacam-se o dever dos Estados de assegurar que os médicos com deficiência não sejam discriminados pelos pacientes, pelos gestores dos serviços de saúde e pelos demais profissionais¹¹². Nos Estados Unidos, a Sociedade de Médicos com Deficiência¹¹³. e a Associação Canadense de Médicos com Deficiência¹¹⁴. desenvolvem importantes ações na promoção dos direitos dos médicos com deficiência.

Todos os médicos têm direito à liberdade de religião, de crença e de opinião, que inclui o direito de agir de acordo com sua visão de mundo. Os médicos têm o direito à adaptação razoável de suas crenças religiosas à sua prática clínica em consonância com o seu direito à independência em sua atividade profissional¹¹⁵.

Além disso, tal como os pacientes, os médicos têm direito à informação a ser dada pelos prestadores públicos e privados dos serviços de saúde, para que possam tomar decisões acerca de sua vida profissional.

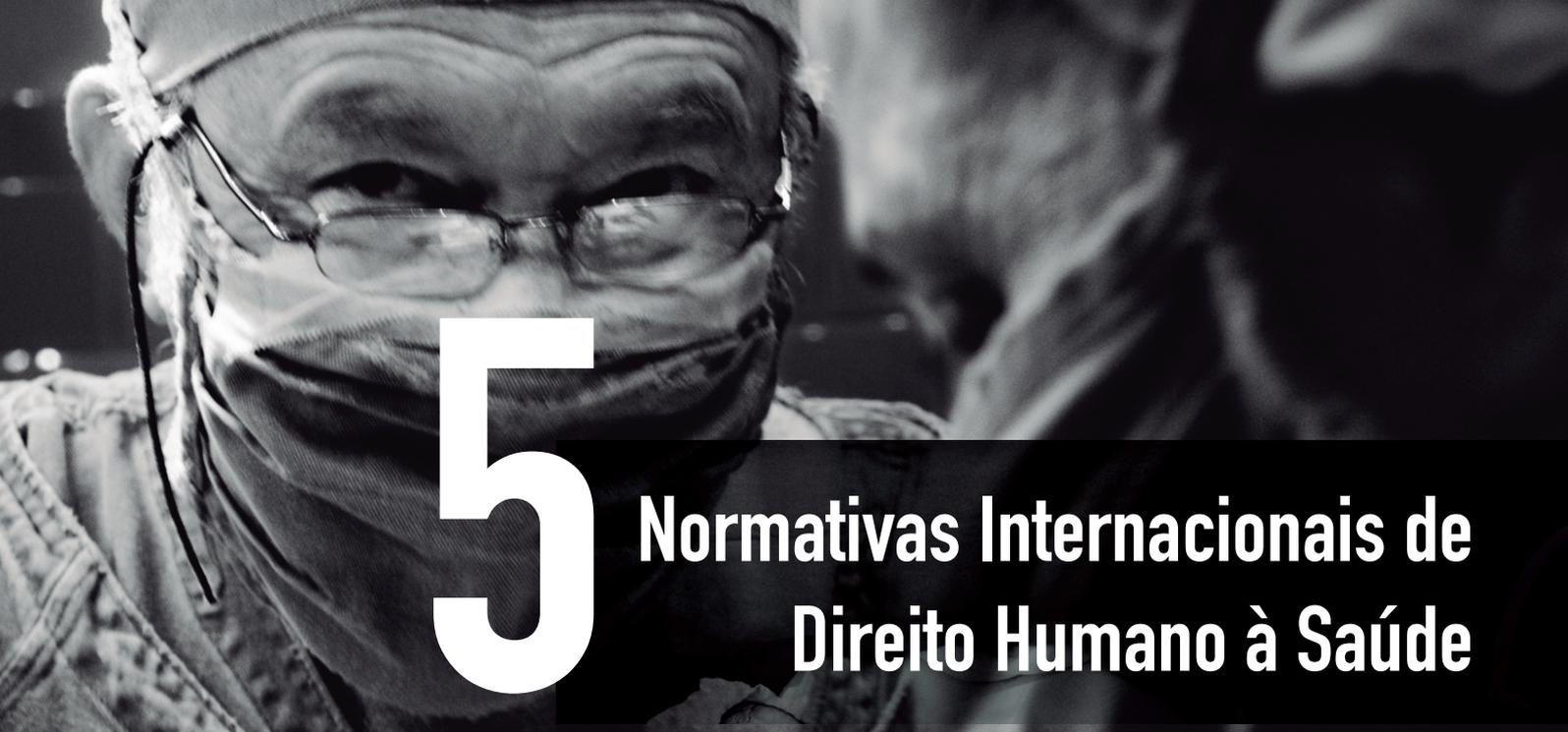
Por fim, a realização do direito à saúde, mediante a prestação de serviços de saúde de alta qualidade, depende da competência dos médicos e de um ambiente de trabalho saudável e seguro. Isso significa que a promoção dos direitos humanos dos médicos impacta no resultado da atenção à saúde dos pacientes.

112 SOUTH AFRICAN MEDICAL ASSOCIATION. Disponível em: <https://www.samedical.org/drs-patients-rights.html>. Acesso em: 20 jan. 2014.

113 SOCIETY OF PHYSICIANS WITH DISABILITIES. Disponível em: <http://www.physicianswithdisabilities.org/>.

114 CANADIAN ASSOCIATION OF PHYSICIANS WITH DISABILITIES. Disponível em: <http://capd.ca/page/history-1>. Acesso em: 30 dez. 2013.

115 SOUTH AFRICAN MEDICAL ASSOCIATION. Disponível em: <https://www.samedical.org/drs-patients-rights.html>. Acesso em: 20 jan. 2014.



5 Normativas Internacionais de Direito Humano à Saúde

As normas que preveem dispositivos sobre o direito humano à saúde encontram-se neste capítulo do *Manual* e foram divididas em três grupos: normas do Sistema Universal de Proteção dos Direitos Humanos; normas do Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos; normas de organismos internacionais, como a OMS, e de organizações da sociedade civil, como da AMM. No âmbito dos Sistemas Internacional e Interamericano, foram selecionadas as de caráter jurídico vinculante.

SISTEMA UNIVERSAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

- Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). Art. 25
- Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (1966). Art. 6 e 7
- Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966). Art. 12
- Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984). Art. 1
- Convenção sobre os Direitos da Criança (1989). Art. 24
- Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979). Art. 11 -1
- Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial (1965). Art. V

- Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007). Art. 25
- Convenções de Genebra (1949) e seus Protocolos
- Convenção Internacional sobre a Proteção dos Trabalhadores Migrantes (1990)

SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

- Declaração Americana dos Direitos e dos Deveres do Homem (1948). Art. 11
- Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (1969)
- Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria e Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, “Protocolo de San Salvador” (1988). Art. 10
- Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará (1994)
- Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura (1985)
- Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (1999)

ORGANISMOS INTERNACIONAIS E ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

- Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde (2003).
- Constituição da Organização Mundial de Saúde (1946)
- AMM Declaração de Ottawa sobre a Saúde da Criança (1998)
- AMM Declaração sobre Armas Nucleares (1998)
- AMM Declaração de Washington sobre Armas Biológicas (2002)
- AMM Declaração de Genebra (1948)
- Declaração AMM de Edimburgo sobre Condições das Prisões e Disseminação da Tuberculose e Outras Doenças Transmissíveis (2000)
- Declaração de Tóquio AMM - Orientações para médicos sobre a Tortura e outras penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes em relação à detenção e à prisão (1975)
- Declaração AMM de Hamburgo sobre suporte para médicos que se recusaram a participar ou tolerar o uso de tortura ou outras formas de tratamento cruel, desumano ou degradante (1987)
- Declaração AMM de Hong Kong sobre o abuso de idosos (1989)



Palavras finais

Embora a Medicina ocidental se tenha constituído, no decorrer dos últimos anos, de perspectiva tecnicista e encontre-se subjugada a interesses mercadológicos, atualmente, verifica-se uma retomada por parte dos médicos dos valores humanistas. Organismos internacionais, organizações da sociedade civil, entidades de classe e instituições acadêmicas fomentam a aproximação dos médicos com os direitos humanos. Essa interconexão entre os dois campos fundamenta-se no fato de que ambos partilham a dignidade como centro axiológico, ou seja, o valor norteador do médico e dos profissionais que atuam em direitos humanos é o respeito à pessoa humana, independentemente de qualquer condição pessoal.

Com efeito, a concepção de que cada pessoa é única e merecedora de respeito e consideração é uma das maiores conquistas da humanidade a ser concretizada cotidianamente. Sabe-se que a abordagem dos direitos humanos aplicada à Medicina ainda é um desafio pois a linguagem dos direitos não é comum no meio médico, o que faz deste *Manual* um instrumento precursor no Brasil. Por fim, espera-se que o *Manual de Direitos Humanos para Médicos* contribua para os esforços empreendidos nacional e internacionalmente, com vistas à promoção dos direitos humanos dos pacientes e dos médicos e à responsabilização dos Estados pelas condições de saúde de sua população.



Referências

ASHER, Judith. **The right to health: a resource manual for NGO.** London: Commonwealth Medical Trust. 2004.

CANADIAN ASSOCIATION OF PHYSICIANS WITH DISABILITIES. Disponível em: <http://capd.ca/page/history-1>. Acesso em: 30 dez. 2013.

COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducySalud.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2014.

COMITÊ SOBRE OS DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS. **Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22° período de sesiones, 2000)**, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponível: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>. Acesso em: 20 dez. 2013.

COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN. **Communication n. 17/2011.** Disponível em: <http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Alyne%20v.%20Brazil%20Decision.pdf>. Acesso em: 12 set. 2012.

DEPARTAMENTO INTERNACIONAL DA ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO. Disponível em: http://www.agu.gov.br/sistemas/site/TemplateImagemTextoThumb.aspx?idConteudo=113486&ordenacao=1&id_site=4922. Acesso em: 30 dez. 2013.

DONELLY, J. **Human rights: in theory and practice.** 2.ed. New York: Cornelly University, 2003, p. 25.

EMPRESA BRASIL DE COMUNICAÇÃO. Disponível em: <http://memoria.etc.com.br/agenciabrasil/noticia/2006-07-03/ong-treina-profissionais-que-trabalham-em-postos-medicos-de-favelas-do-rio-0>. Acesso em: 30 dez. 2013.

FARMER, Paul; GASTINEAU, Nicole. **Rethinking Health and Human Rights: time for a paradigm shift.** In: GOODALE, Michael. **Human rights: an anthropological reader.** Oxford: Blackwell, 2009.p.148-166.

FENAM. Disponível em: <http://fenam.org.br/>. Acesso em: 30 dez. 2013.

GLOBAL HEALTH WORLD ALLIANCE 3rd **Global Forum on Human Resources for Health. The Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage** Disponível em: http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/recife_declaration_17nov.pdf. Acesso em: 12 jan. 2014.

GROVEN A. **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.** [Internet]. 2009 [acesso em 2012 jun. 4]. Disponível em: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/90/PDF/N0945090.pdf?OpenElement>.

HANNIBAL, Kari; LAWRENCE, Robert. The health professional as human rights promoter: ten years of Physicians for Human Rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Health and human rights.** New York: Routledge, 1999.p.404-416.

HUNT, Paul. **Relatório sobre o direito de toda pessoa ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental.** 2007. Disponível em: Acesso em: 30 dez. 2013.

HUNT, Paul. **Relatório sobre o direito de toda pessoa ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental.** 2005. Disponível em: Acesso em: 30 dez. 2013.

HUNT, Paul; BACKMAN, Gunilla. Health systems and the right to the highest attainable standard of health. In: CLAPMAN, Andrew; ROBINSON, Mary. **Realizing the right to health.** Zurich: Ruffer & Rub, 2009. p. 40-60.

KLIKSBERG, Bernardo. O que significa viver na América Latina, a mais desigual das regiões? O caso da saúde pública. In: SEN, Amartya; KLIKSBERG, Bernardo. **As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado.** São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p.168.

MANN, Jonathan et al. Health and human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Health and human rights.** New York: Routledge, 1999.

MARKS, Stephen P. **Health and Human Rights: the educational challenge.** Cambridge: FXB Center for Health and Human Rights, 2002.

MAXWELL, RD, POUNDER, DJ. **The Medicine and Human Rights special study module: a Physicians for Human Rights (UK)** .1999, Vol. 21, n. 3 , p. 294-298.

PHYSICIANS FOR HUMAN RIGHTS. Disponível em: <http://physiciansforhumanrights.org/about/>. Acesso em: 30 dez. 2013.

RAMOS, André. Teoria geral dos direitos humanos na ordem internacional. Rio de Janeiro: Renovar, 2005. p. 122.

RUBENSTEIN, Leonard S. Physicians and the right to health. In: CLAPMAN, Andrew; ROBINSON, Mary. **Realizing the right to health.** Zurich: Ruffer & Rub, 2009. p. 381-392.

SIRKIN, Susana et al. The role o health professionals in protecting and promoting human rights. In: MANN, Jonathan; GRUSKIN, Sofia; GRODIN, Michael; ANNAS, George J. **Perspectives on Health and human rights.** New York: Routledge, 2005.p.537-549

SOCIETY OF PHYSICIANS WITH DISABILITIES. Disponível em: <http://www.physicianswithdisabilities.org/>. Acesso em: 20 jan. 2014.

SOUTH AFRICAN MEDICAL ASSOCIATION. Disponível em: <https://www.samedical.org/drs-patients-rights.html>. Acesso em: 20 jan. 2014.

TAUBER, Alfred T. **Patient autonomy and the ethics of responsibility.** Cambridge: MIT, 2005.

THE ADVOCATES FOR HUMAN RIGHTS. Disponível em: <http://www.stopvaw.org/>. Acesso em: 30 dez. 2013.

UNITED NATION. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>. Acesso em: 20 dez. 2013.

UNITED NATIONS. **Human Rights Council.** Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/ComplaintProcedure/Pages/WGSituations.aspx>. Acesso em: 13 fev. 2014.

UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), **Consideration of reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant : concluding observations of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights : Brazil, 12 June 2009, E/C.12/BRA/CO/2**, available at: <http://www.refworld.org/docid/4b1d04010.html> [accessed 23 January 2014]

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. **Protecting Patients & Their Doctors.** Disponível em: <http://www.wma.net/en/20activities/20humanrights/20distress/index.html>. Acesso em: 30 dez. 2013.



