

AVALIAÇÃO DO DIREITO À ATENÇÃO À SAÚDE EM NÍVEL NACIONAL

Documento-guia do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP)

Outubro 2006

Agradecimentos

O MSP reconhece com gratidão a ONG holandesa **HOM** (Humanist Committee on Human Rights, www.hom.nl) - autora do Instrumento de Avaliação dos Direitos à Saúde da Mulher (**HeRWAI**) – que inspirou a construção deste Guia do MSP. Sua abertura e espírito de solidariedade e colaboração são valorosamente considerados. Eles merecem mais da metade do reconhecimento do que está escrito aqui.

Reconhecemos e agradecemos também o trabalho realizado pelos tradutores (espanhol e português):

Giovanni Apraez Ippolito - Colômbia (giovanniapraez@yahoo.es)

Hugo Rengifo - Peru - (rengifohugo@hotmail.com)

Orlando Herrera Vázquez - México (orlando200@hotmail.com)

Otilia Pérez Sosa - México (oty_ps@yahoo.com.mx)

María Magdalena Herrera Vázquez - Coordenadora da Tradução para o Espanhol - México (magdaherrera22@gmail.com)

Cristianne Maria Famer Rocha – Tradutora para o Português – Brasil (cristianne.rocha@terra.com.br)

SUMÁRIO

1. Introdução.....	2
1.1. Quem pode usar este Documento-Guia?	
2. Analisando a negação do direito à atenção à saúde.....	3
2.1. O que se entende por negação do Direito à saúde?	
2.2. Como se pode avaliar a negação do direito à saúde?	
2.3. O que avaliam os cinco passos?	
2.4. Antes de Começar	
3. O Documento-Guia de Avaliação.....	8
PASSO I. Quais são os compromissos do governo?	
PASSO II. São apropriadas as políticas do governo para cumprir com estas obrigações?	
Passo III. O sistema de saúde do país está implementando intervenções de maneira adequada para garantir o direito à atenção à saúde para todos?	
Passo IV. O estado de saúde dos diferentes grupos sociais e da população como um todo reflete uma progressão em seu direito à atenção à saúde?	
Passo V. O que significa, na prática, a negação ou o cumprimento pleno do Direito à saúde no país?	
4. O que é necessário para enfrentar os elementos fundamentais da negação do Direito à saúde no país?.....	22
4.1. Desenvolvendo recomendações políticas	
4.2. Perguntas a serem respondidas durante a preparação do plano de ação	
5. Comentários finais e informações para contato.....	26
ANEXOS.....	27
Anexo I. CONCEITOS E DEFINIÇÕES	
Anexo II. O QUE SÃO OS DIREITOS HUMANOS?	
Anexo III. FONTES E RECURSOS	
Anexo IV. GLOSSÁRIO	
Anexo V. LISTA DE ABREVIATURAS	

1. Introdução

A **Campanha pelo Direito à Atenção à Saúde** (Campanha DAS) do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP) foi desenhada para atrair a atenção nacional e internacional de como se pode implementar o direito à atenção à saúde em nível mundial com uma transferência relativamente pequena de recursos. O uso deste documento-guia para avaliar este direito em cada país pode ser o primeiro passo da Campanha.

[Nota: As frases e palavras grifadas com negrito estão definidas no Glossário do Anexo IV].

A Campanha DAS tem como foco o direito à atenção de saúde porque o MSP foi líder na promoção da estratégia de **Atenção Primária de Saúde** como a melhor estratégia para conseguir a saúde para todos. No entanto, cada país que participa da Campanha poderia também abordar muitos outros assuntos de saúde usando o marco que oferece este Guia. A Campanha DAS denunciará qualquer das violações documentadas do direito à saúde, incluindo aquelas relacionadas aos **determinantes sociais da saúde**. Uma vez que a avaliação do país esteja concluída, pode-se dar continuidade de diferentes formas dependendo da situação do país, além de seguir o processo proposto da Campanha DAS (ver <http://www.phmovement.org>).

O enfoque principal deste documento é avaliar as responsabilidades do **governo**. A resposta a uma série de cinco perguntas principais pode demonstrar como o governo está cumprindo (ou não está cumprindo) seus compromissos para fomentar o bem-estar da população. Depois, desenvolver-se-ão demandas políticas que serão apresentadas nos níveis nacional e internacional durante as últimas etapas da Campanha. Também é possível avaliar os atores não governamentais (tais como as corporações ou organizações não governamentais) que podem ser responsáveis por seu papel na violação do direito à saúde. Neste sentido, este Guia de avaliação e a Campanha DAS permitem aos demandantes e atores da sociedade civil de trabalhar em conjunto no desafio que representa a exploração privada do setor saúde.

1.1. Quem pode usar este Documento-Guia?

Esta ferramenta de avaliação foi projetada para os círculos nacionais do MSP, **ONGs**, organizações de saúde e organizações de **direitos humanos** que estarão participando na Campanha do MSP. O processo de avaliação deve ser usado para atrair muitas pessoas dos diversos grupos da Campanha DAS. Seu objetivo é realizar um diagnóstico do país sobre como o direito à atenção à saúde está sendo garantido às populações pobres e marginalizadas. Os resultados serão usados para o exercício de *lobby*, junto aos governos, para que os mesmos realizem ações corretivas. Para o MSP, o objetivo é obter uma perspectiva geral da situação do direito à atenção de saúde, pelo menos em quarenta países em cinco continentes. Esta informação também servirá para gerar apoio no plano internacional e para que a OMS advogue mais ativamente pelo direito à saúde dos mais necessitados.

2. Analisando a negação do direito à atenção à saúde

2.1. O que se entende por negação do Direito à saúde?

Existem **convênios internacionais** e **documentos de consenso** que decretam o **Direito à saúde** para todos. Os **governos** de muitos países se comprometeram em diferentes graus, a implementar o Direito à saúde, incluindo o direito à atenção de saúde, assinando alguns destes convênios. Muitas constituições nacionais também reconhecem o Direito à saúde e mencionam a obrigação do Estado de prover atenção à saúde e serviços de saúde pública.

A falta de cumprimento destas **obrigações de Estado** poderia ser considerada uma negação do direito à saúde. Para demonstrar esta negação, devem ser feitas duas coisas, essencialmente:

1. Examinar detelhadamente as obrigações do governo relativas ao Direito à saúde a nível nacional¹.
2. Examinar se todas estas obrigações estão sendo cumpridas e, se não, determinar quais conseqüências tem o não cumprimento das mesmas no país.

Com base nesta análise, é possível fazer recomendações para reformas que conduzam a uma melhor implementação do direito à saúde das pessoas.

2.2. Como se pode avaliar a negação do direito à saúde?

Seguindo este guia de avaliação, será possível realizar um processo de cinco passos que permitirá documentar muitos aspectos da negação do **Direito à saúde** no país. Além disto, estarão sendo propostas diversas formas de melhorar a garantia deste direito para todos.

As cinco perguntas-chave desta avaliação são:

- I. Quais são os compromissos do **governo**?
- II. São apropriadas as políticas do governo para cumprir com estas **obrigações**?
- III. O sistema de saúde do país está implementando intervenções de maneira adequada para garantir o direito à atenção à saúde para todos?
- IV. O estado de **saúde** dos diferentes grupos sociais e da população como um todo reflete uma progressão em seu direito à atenção à saúde?
- V. O que significa, na prática, a negação ou o cumprimento do Direito à saúde no país?

Estas perguntas orientam os cinco passos que, se sugere, sejam seguidos ao aplicar este guia.

¹ Ainda que o governo não tenha assinado um convênio ou tratado importante, pode-se avaliar as obrigações do governo em comparação com as normas internacionalmente aceitas.

2.3. O que avaliam os cinco passos?

PASSO I. Quais são os compromissos do governo?

Os compromissos do **governo** são os critérios que podem ser utilizados para responsabilizar o governo. Somente se o governo assumiu um compromisso de acordo com as leis nacionais ou internacionais pode-se considerar o mesmo legalmente responsável pelo impacto de suas políticas sobre o Direito à saúde.

Serão registrados os compromissos importantes feitos pelo governo, relacionados ao direito à atenção à saúde baseados na assinatura de convênios internacionais. Também serão examinadas as cláusulas da constituição, as leis nacionais e as agendas **políticas**. Também será registrado o fato de que o governo não tenha assinado um convênio em particular.

O direito à atenção à saúde está estreitamente relacionado e depende da garantia de outros **direitos humanos**. Outros direitos afetados são os direitos à vida, ao alimento, à habitação, à privacidade, ao trabalho, ao acesso à informação, à educação, à livre reunião e associação, à dignidade humana, à igualdade de trato e à não-**discriminação**².

PASSO II. São apropriadas as políticas do governo para cumprir com estas obrigações?

Serão examinadas as políticas e programas importantes relacionados com a **saúde** para determinar se são adequados para cumprir os compromissos que o **governo** fez em relação ao direito à atenção à saúde. Isto incluirá a revisão das despesas orçamentárias nos níveis nacional e municipal. Deve-se dar atenção especial às tendências no tempo (os últimos 5 a 10 anos) para avaliar se as políticas de **saúde** foram mudadas devido a "reformas" que poderiam ter aumentado as **violações** ao direito à saúde³.

A influência de numerosos fatores econômicos e políticos (por exemplo o ajuste estrutural) e o papel das agências externas (como o Banco Mundial) devem ser analisados em relação à evolução das políticas de saúde. As decisões do Banco Mundial podem e têm um impacto importante sobre os **direitos humanos**. Também deve-se registrar a fragmentação da atenção à saúde em **programas verticais** nacionais freqüentemente promovidos pelas diferentes agências doadoras.

PASSO III. O sistema de saúde do país está implementando intervenções de maneira adequada para garantir o direito à atenção à saúde para todos?

Deverá observar-se o funcionamento da estrutura atual do sistema de saúde no país para avaliar:

² Baseado em: CIDESC Comentário Geral 14, parágrafos 3 e 8.

³ Violação é um conceito que evidencia as formas em que o governo e outros atores falham em relação à garantia dos direitos das pessoas. As violações podem ocorrer através de uma ação ou uma omissão. [Baseado em CIDESC Comentário Geral 14, parágrafos 48-49 e Delineamentos de Maastricht sobre as Violações dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, parágrafos 14-15].

- **Disponibilidade** de consultas de saúde e camas de hospital per capita (áreas urbana e rural); disponibilidade de médicos, enfermeiras e pessoal de saúde especialmente em áreas rurais; disponibilidade de medicamentos, insumos médicos e outros parâmetros que poderiam ser considerados;
- **Acesso** a programas de imunização e atenção perinatal, gasto médio para atenção à saúde por família e outros bons **indicadores** de acesso;
- **Aceitabilidade, atribuição e responsabilidade (prestação de contas)** dos serviços de saúde, avaliando aspectos tais como descentralização, **participação** na tomada de decisões, mecanismos de prestação de contas à comunidade, fornecimento de informação relevante e outros aspectos que sejam considerados pertinentes.

Em uma seção separada, observar-se-á especificamente o **setor privado de saúde** - particularmente os mecanismos para sua regulamentação (se tivesse) - e a indústria farmacêutica, incluindo os mecanismos de controle de preços.

Avançando mais além dos recursos, serão investigadas as **desigualdades da atenção à saúde**. Mediante a comparação da **disponibilidade** e do **acesso** à atenção à saúde para os segmentos mais privilegiados e para aqueles menos privilegiados da sociedade, será avaliado o grau da negação de melhores condições de saúde aos setores menos privilegiados, condições estas possíveis de serem alcançadas com os recursos nacionais existentes. Também será observada a prestação de atenção à saúde para grupos vulneráveis e grupos com necessidades especiais - aqueles com maior probabilidade de terem seus direitos à saúde violados.

PASSO IV. O estado de saúde dos diferentes grupos sociais e da população como um todo reflete uma progressão em seu direito à atenção à saúde?

Aqui, será examinado o impacto do sistema de saúde e como estão sendo considerados os diversos **determinantes sociais da saúde**. Mais especificamente, serão revisados índices importantes de saúde e outros indicadores que assinalarão a extensão da cobertura do direito à atenção à saúde nos diversos grupos sociais. As desigualdades de saúde serão avaliadas comparando os indicadores do estado de saúde dos mais privilegiados com aqueles dos menos privilegiados.

A apresentação de estudos de caso específicos pode proporcionar exemplos da vida real de como os indivíduos sofreram uma negação da atenção à saúde devido às políticas existentes e/ou a sua implementação ineficiente (opcional).

PASSO V. O que significa, na prática, a negação ou o cumprimento do Direito à saúde no país?

O passo final é comparar sistematicamente as obrigações sinalizadas no Passo I com as realidades documentadas nos Passos II, III e IV, e destacar brevemente as principais áreas de negação dos direitos à saúde no país. Revisar as tendências recentes ajudará a avaliar se o país está avançando ou retrocedendo na garantia deste direito. Poder-se-á avaliar também se o governo está fazendo todo o possível para garantir o direito à saúde e se seus esforços são inadequados ou insuficientes à luz da capacidade existente⁴.

A falta de capacidade em si mesmo não é justificativa para que as políticas de **saúde** sejam ruins ou inexistentes. O governo pode adotar muitas medidas que não requeiram amplos recursos. Inclusive em tempos de limitações severas de recursos, o governo tem que proteger os grupos vulneráveis através de programas específicos⁵. Os governos podem (e se necessário, devem) ampliar sua capacidade de buscar assistência internacional⁶. A falta de recursos é, algumas vezes, resultado da falta de priorização, quando os governos gastam grandes quantidades em assuntos diferentes àqueles da saúde, tais como os gastos militares, ou quando falham em implementar políticas razoáveis para os impostos.

2.4. Antes de Começar

Deve-se ter em mente o seguinte, enquanto a avaliação é realizada:

Tempo: Uma avaliação completa poderá ser realizada em um ou dois meses para obter argumentos integrais para o **lobby dos direitos humanos**. A compilação dos dados é a parte do processo que leva mais tempo. Os argumentos sólidos para o exercício do *lobby* necessitam se basear em fatos e nem toda a informação requerida estará disponível imediatamente.

Seletividade: É preciso responder apenas as perguntas que sejam pertinentes para a própria avaliação. As perguntas que têm pouca ou nenhuma importância para a situação do país devem ser omitidas. Também pode-se ser seletivo em relação ao nível de detalhamento, mas somente se a informação for necessária para a análise e o exercício do *lobby*. Em alguns pontos é possível agregar perguntas específicas para as situações particulares.

Preparação: Primeiro, ler os anexos completos para compreender as informações disponíveis. Após, seguir os passos sem responder as perguntas para ter uma idéia da informação que será necessário coletar. Também será pertinente verificar se existem relatórios sobre as implicações de direitos humanos no sistema de saúde que possam ser utilizadas. Deve-se projetar um plano de trabalho para organizar o processo a ser seguido.

⁴ Notar que poderia existir uma diferença entre aquilo que o governo desejou alcançar e o efeito que uma política teve na prática, por exemplo, um efeito diferente do previsto ou nenhum efeito ao final.

⁵ CIDESC Comentário Geral 14, parágrafo 18.

⁶ CIDESC Artigo 2 e Comentário Geral 14, parágrafo 38.

Será preciso envolver as pessoas que estejam dentro da própria organização ou que pertençam a outras organizações para apoiar a compilação dos dados e discutir os achados. Quanto mais pessoas de diferentes setores do país estejam implicadas neste processo, maior credibilidade terá o relatório a ser elaborado. Muitas pessoas comprometidas no processo representam também maior poder de *lobby*.

Buscando a informação: Pode-se encontrar informação relevante para responder as perguntas desta avaliação em: documentos e websites de **políticas governamentais**, websites de organizações de **direitos humanos** e organizações de saúde (ver anexo III sobre fontes e recursos), entrevistas com as pessoas envolvidas e relatórios, tanto governamentais como de ONGs ou de organizações pertencentes às Nações Unidas (ONU).

Uma nota final: O governo não pode ser culpado por cada problema de saúde individual, pois o **Direito à saúde** não significa apenas que as pessoas tenham o direito de estar com saúde. No entanto, pode-se responsabilizar o governo pelo que faz ou deixa de fazer para prevenir e reduzir os problemas de saúde.

3. O Documento-Guia de Avaliação

O capítulo 2.3 resumiu o objetivo principal de cada passo. A seção a seguir dá sugestões de perguntas mais específicas a serem respondidas ou temas a serem considerados.

PASSO I. Quais são os compromissos do governo?

Os tratados internacionais assinados por um **governo** e/ou **ratificados** por sua legislatura são tão legalmente vinculantes como qualquer outra lei. Os compromissos que o governo tem feito para ratificar os tratados de direitos humanos, freqüentemente requerem mudanças no nível nacional. Por exemplo, deve-se reconhecer o direito à atenção à saúde no sistema político e legal⁷. Deve-se abandonar qualquer lei ou medida que tenha um impacto discriminatório. A inclusão de cláusulas de um **tratado** na legislação nacional permite que as pessoas reclamem seus direitos mais facilmente.

Buscar no Anexo III referências sobre tratados, documentos de consenso e outros acordos que o governo possa ter assinado.

PRINCIPAIS ÁREAS PARA AVALIAR	TEMAS RELEVANTES PARA EXAMINAR
Quais acordos, tratados e documentos de consenso o governo ratificou/assinou?	<ul style="list-style-type: none">• Quais tratados o país ratificou? <i>Primeiro devem ser considerados os grandes tratados internacionais (CIDESC, CEDAW e CDC) e os tratados regionais.</i>• O país expressou reservas ou limitações sobre tais acordos? <i>(Pode-se encontrar informação sobre tratados e ratificação nos websites do UNHCHR www.ohchr.org/english/law/index.htm, e na Biblioteca de Direitos Humanos da Universidade de Minnesota, www.umn.edu/humanrts/treaties.htm).</i>• Quais documentos de consenso o país firmou? <i>Por exemplo: Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), Plataforma de Beijing para a Ação, e Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) entre outros.</i>• Também é necessário considerar outros acordos bilaterais ou multilaterais que podem influenciar as políticas. <i>Por exemplo: acordos de livre comércio que permitam às companhias internacionais competir com as indústrias locais (por exemplo os GATS), acordos com a Organização Mundial do Comércio (OMC), o Banco Mundial (DELP) ou outras instituições de financiamento.</i>

⁷ CIDESC Comentário Geral 14, parágrafos 34-36 e 60.

Passo I continuação

<p>Constituição Nacional, leis e metas políticas.</p> <p>Convênio Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CIDESC) Artigo 12: <i>"Para o presente convênio, os Estados Membros reconhecem o direito de todas as pessoas de desfrutar do mais alto nível possível de saúde físico e mental".</i></p> <p>Comentário Geral 14 do CIDESC especifica a conveniência de ter uma legislação nacional sobre o Direito à saúde: <i>"56. Os Estados deveriam considerar a adoção de um marco legal para incorporar o Direito à saúde em sua estratégia nacional. O marco legal deve estabelecer mecanismos nacionais para monitorar a implementação de estratégias nacionais de saúde e de dos planos de ação".</i></p> <p>Comentário Geral 14 também estipula: <i>"A obrigação de cumprimento requer, entre outras coisas, que os Estados Membros outorguem reconhecimento suficiente ao Direito à saúde nos sistemas nacionais políticos e legislativos, preferencialmente pela via da implementação legislativa". "...e adotar uma política nacional de saúde com um plano detalhado para garantir o Direito à saúde".</i> <i>"Os Estados devem garantir a prestação da atenção à saúde... incluindo programas de imunização contra doenças infecciosas maiores, e garantir acesso igual para todos os determinantes de saúde subjacentes, tais como segurança alimentar nutricional e água potável para beber, higiene sanitária básica e condições adequadas de moradia e de vida".</i> <i>"A infra-estrutura em saúde pública deve prover serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o seguro maternidade, particularmente em áreas rurais".</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• A Constituição ou alguma lei relevante comprometem o governo a prestar serviços de saúde para a população?• Existem cláusulas constitucionais ou legais específicas através das quais se pode avaliar o direito à atenção à saúde?• Existem documentos oficiais que reconheçam o conceito básico da atenção primária à saúde integral e universal? Estão tais documentos comprometidos, de alguma maneira, com o "Saúde para Todos"? Fazem referência à Declaração de Alma Ata de 1978?• Existem compromissos específicos relacionados à saúde das mulheres e à não-discriminação das mulheres? Existem compromissos relacionados à saúde das crianças? Existem compromissos para outros grupos vulneráveis tais como pessoas deficientes, pessoas vivendo com AIDS, refugiados, migrantes, adolescentes, minorias étnicas, trabalhadores sexuais femininos e masculinos, mulheres e homens encarcerados e pessoas com transtornos mentais?• Existem documentos oficiais que falem da disponibilidade de medicamentos essenciais e da necessidade de controlar os preços dos medicamentos?• As políticas fixaram objetivos no que diz respeito ao investimento em saúde pública como porcentagem do PIB (Produto Interno Bruto)⁸?• As Políticas exigem uma distribuição equitativa de recursos em todos os segmentos da população (por exemplo: urbano-rural, diferentes áreas geográficas, diferentes grupos étnicos)?
---	---

⁸ Por exemplo:

- Os países devem elevar o nível de arrecadação fiscal pelo menos em 20% de seu PIB;
- O gasto em saúde pública (incluindo o financiamento de governo e doadores) deve ser de pelo menos 5% do PIB;
- Os gastos do governo em saúde devem ser pelo menos 15% do total dos gastos do governo;
- Os pagamentos diretos do bolso devem ser pelo menos 20% do total dos gastos em atenção à saúde;
- Os gastos dos serviços de saúde distritais (incluindo serviços hospitalares de primeiro nível) devem ser, ao menos 50% do total dos gastos em saúde pública - dos quais a metade (25% do total) devem ser investidos na atenção primária à saúde;
- Os gastos dos serviços de saúde distritais (incluindo serviços hospitalares de primeiro nível) devem ser, pelo menos 40% do total dos gastos públicos e privados em saúde;
- A proporção de gastos totais dos serviços de saúde distritais entre o mais alto gasto distrital sobre o menor gasto distrital não deve ser maior de 1.5.

Estes indicadores complementaríamos a produção no serviço e os indicadores de resultado tais como cobertura de imunização, taxas de assistência especializada, taxas de tratamento completo de tuberculose e taxas de mortalidade materna, perinatal e infantil.[Global Health Watch 2005-2006, p.85].

Passo I Conclusão

Resumir as **obrigações** atuais do governo no que diz respeito ao **Direito à atenção à saúde**.

PASSO II. São apropriadas as políticas do governo para cumprir com estas obrigações?

Além do já explicado na Seção 2 sobre este passo, deve-se considerar o seguinte:

PRINCIPAIS ÁREAS PARA AVALIAR	TEMAS RELEVANTES PARA EXAMINAR
<p>Quais são as principais políticas e programas que guiam o sistema de saúde em seu País?</p>	<p>Lista de controle:</p> <ul style="list-style-type: none">• Política de saúde ou Plano nacional de 5 anos,• Política de saúde reprodutiva e/ou política de planejamento familiar,• Política de saúde das mulheres,• Políticas dirigidas a AIDS, tuberculose, saúde mental ou outras condições,• Política de medicamentos (incluindo ou não) controles de preço para medicamentos essenciais,• Programas para prover atenção à saúde aos pobres,• Outros. <p>Dar atenção específica ao que dizem as políticas e programas em relação a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atenção Primária à Saúde;• Serviços para áreas distantes;• Trabalhadores de saúde rurais;• Descentralização;• Privatização. <p>Que fatores externos influenciaram estas políticas (por exemplo: dívida, guerra, impacto da HIV/AIDS, outros)? Existem programas que já estejam priorizando os grupos vulneráveis para serviços de saúde? Quais são estes grupos e de que forma são apoiados?</p>

Passo II continuação

<p>Quem participa ou participou no desenvolvimento e implementação das políticas e programas de saúde?</p>	<p>Quais são as percepções dos grupos afetados com relação aos maiores problemas de saúde e como descrevem as principais políticas de saúde nacionais? Têm recebido tais grupos informação adequada? <i>[Mais do que só falar sobre as pessoas, seria interessante falar bom <u>com</u> elas e descobrir suas opiniões].</i></p> <p>Lista de controle de participação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comitês rurais/comunitários,• Votação em eleições e plebiscitos (locais, regionais e nacionais),• Associações de pacientes e organizações de voluntários,• Associações Governo-ONG,• Qualquer consulta para o desenvolvimento, monitoramento e avaliação de cenários de políticas,• Comitês representativos que monitorem a implementação de serviços de saúde,• Relatórios orais e escritos para organizações internacionais e para conferências nacionais e internacionais,• Organismos consultivos governamentais. <p>Onde as pessoas podem fazer uma reclamação (mecanismos de correção)? Estão sendo utilizados tais mecanismos? Estes mecanismos corrigem os problemas eficazmente?</p>
<p>Quais são as principais mudanças no sistema de saúde que despertam maior interesse para os defensores da saúde pública?</p>	<p>Lista de controle de áreas de interesse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Reforma do Setor Saúde (<i>as 'reformas' estão relacionadas com os subsídios públicos reduzidos ou com medidas de 'custo-eficácia' baseadas em prescrições de políticas por instituições internacionais e têm sido implementadas de alguma forma no país?</i>),• Privatização (<i>têm sido privatizados os serviços de saúde públicos? Se assim for, estes devem ser enumerados e deve-se documentar o impacto desta privatização sobre o acesso aos serviços de saúde</i>),• Participação na tomada de decisões (<i>Entendida como a participação das demandantes em todos os processos de tomada de decisões relativos à saúde, como também no desenvolvimento, implementação e monitoramento de políticas, planos e estratégias</i>),• Pagamentos pelos usuários,• Desmantelamento de programas de atenção primária de saúde,• Programas nacionais verticais,• Controle da população e Planejamento Familiar,• Saúde das mulheres e das políticas de saúde reprodutiva,• Políticas farmacêuticas e de medicamentos,• Outras.

Passo II continuação

<p>Qual é o orçamento destinado à saúde? Como é financiada a atenção à saúde?</p> <p>Uma mudança no orçamento destinado à saúde causado por uma modificação das atribuições dentro do orçamento nacional total indica uma mudança de prioridade. Uma redução no orçamento total dificulta a implementação de melhorias em relação ao direito à saúde. Além do mais, não libera o governo de sua responsabilidade de, no mínimo, proteger os membros 'vulneráveis' da sociedade.</p>	<p>Qual é o gasto do governo em saúde em relação ao PIB (qual porcentagem)? Qual é o gasto total (público e privado) per capita com a atenção à saúde? (Ver nota de rodapé na p.9).</p> <p>Qual é a porcentagem de gasto governamental em proporção ao gasto total para a atenção à saúde? Esta porcentagem vem caindo? O sistema de atenção à saúde funciona para transferir dinheiro dos contribuintes e usuários para as empresas privadas?</p> <p>Qual é o gasto governamental per capita em áreas rurais comparado com áreas urbanas? (Em 2000, a Organização Mundial do Saúde estimou que \$60 dólares anuais por pessoa era necessário para uma atenção de saúde razoável).</p> <p>Como se pode comparar tal gasto com outros países do mesmo nível de desenvolvimento?</p> <p>Está aumentando ou diminuindo o orçamento para saúde? Por exemplo, o governo limitou o gasto no setor saúde em termos relativos ou absolutos? Se assim for, é possível quantificar os recortes realizados no orçamento?</p> <p>Como resultado, os gastos fixos (<i>especificamente salários</i>), agora tendem a utilizar uma maior parte do total de gastos? É possível quantificar esta porcentagem?</p> <p>Quais áreas têm sido as mais afetadas pelos recortes orçamentários ou pelo aumento dos investimentos, por exemplo: infra-estrutura, salários, fornecimentos médicos, serviços rurais de saúde, atenção secundária e terciária de saúde?</p> <p>Os gastos destinados à atenção à saúde são direcionados para as áreas urbanas? Os investimentos têm caído da mesma forma nos serviços rurais de saúde?</p> <p>Existem disparidades público-privadas significativas no gasto e cobertura em saúde?</p>
<p>Que tipo de trabalhadores de saúde está disponível? É suficiente?</p> <p>CIDESC, Comentário Geral 14: "Os Estados têm de assegurar a capacitação adequada de médicos e outro pessoal médico, a provisão de um número suficiente de hospitais, clínicas e outras prestações relacionadas à saúde e... o estabelecimento de instituições que proporcionem orientação e serviços de saúde mental, com a devida consideração a equiparar sua distribuição em todo o país".</p>	<p>Um sistema de saúde funcional requer pessoal suficiente que esteja bem capacitado, sensível ao gênero e motivado.</p> <p>Lista de controle de temas sobre trabalhadores:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporção de médicos para a população em áreas rurais comparadas com as urbanas,• Disponibilidade de pessoal em diferentes regiões (<i>particularmente em áreas minoritárias</i>),• Presença de diferentes grupos étnicos, religiosos e culturais entre os trabalhadores,• Equilíbrio entre trabalhadores masculinos e femininos, particularmente em posições de tomada de decisões,• Número e qualidade do pessoal disponível para setores especiais do sistema de saúde, por exemplo: o setor privado ou programas financiados pelo exterior,• Emigração do pessoal de saúde,• A capacitação dos trabalhadores de saúde é adequada às necessidades do país?

Passo II continuação

<p>Tem sido privatizados os serviços de saúde pública?</p>	<p>Houve privatização dos programas e dos serviços de saúde? <i>Se assim for, esta mudança deve ser quantificada na medida do possível.</i></p> <p>Os serviços de saúde são subcontratados por empresas que visam lucro ou por ONGs? Quais são as maiores corporações com fins lucrativos relacionadas à saúde no país?</p> <p>O governo provê incentivos, dedução de impostos (incentivos fiscais) e subsídios para o setor privado (<i>incluindo à indústria farmacêutica privada e de equipamento médico</i>)?</p> <p>Para aprofundar o item anterior, ver o passo III.</p>
<p>Até que ponto outros atores internacionais estendem ou limitam a capacidade do governo para implementar programas de saúde?</p>	<p>Considerar as influências positivas e negativas da assistência técnica e financeira para o direito à atenção à saúde.</p> <p>Quais são as prioridades de outros atores? (<i>Os países doadores usualmente estão mais dispostos a financiar atividades que correspondam às suas prioridades</i>).</p> <p>Lista de controle de atores internacionais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Outros governos,• Doadores internacionais,• Agências Internacionais como: Banco Mundial, FMI, OMC, UNDP, União Européia, OMS, OIT, UNICEF, UNFPA,• Corporações transnacionais e multinacionais.

Passo II Conclusão

Fazer um resumo do adequado ou inadequado das políticas e programas do setor saúde do governo em relação ao direito à atenção à saúde.

Passo III. O sistema de saúde do país está implementando intervenções de maneira adequada para garantir o direito à atenção à saúde para todos?

Além do explicado na Seção 2 sobre este passo, deve ser considerado o seguinte:

PRINCIPAIS ÁREAS PARA AVALIAR	TEMAS RELEVANTES PARA EXAMINAR
<p>Qual é a situação com relação à <i>disponibilidade</i> de bens e serviços de saúde relevantes? O que faz o governo a fim de assegurar a <i>disponibilidade</i>? Quais são as tendências de <i>disponibilidade</i>, particularmente para grupos marginalizados?</p> <p>Comentário Geral 14, parágrafo 12 do CIDESC: <i>"O funcionamento da prestação, dos bens e serviços de saúde pública e da atenção à saúde, além dos programas, devem estar disponíveis em quantidade suficiente no país".</i></p>	<p>Lista de controle de indicadores de disponibilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento dos serviços, • Disponibilidade dos serviços em quantidade suficiente em todo o país, • Existência dos insumos necessários nos pontos de prestação de serviços de saúde para um adequado funcionamento (água, serviços sanitários, edifícios, pessoal, medicamentos, ambiente de trabalho higiênico e seguro, etc), • Disponibilidade de serviços de saúde mental apropriados e de atenção e tratamento de VIH/SIDA, • Disponibilidade de serviços de emergência para acidentes e desastres, • Programas que desestimulem o uso do álcool, tabaco, drogas e outras substâncias nocivas. <p>Lista de controle de grupos vulneráveis ou marginalizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crianças, adolescentes e adultas maiores ou velhas; • Refugiados e migrantes internos e externos; • Minorias étnicas e populações indígenas; • Trabalhadores sexuais; • Pessoas com necessidades especiais físicas ou mentais; • Pessoas vivendo com VIH/SIDA; • Homens e mulheres encarcerados; • Outros grupos relevantes para o país.
<p>O que faz o governo para garantir a <i>qualidade</i> dos serviços?</p> <p>Comentário Geral 14, parágrafo 12 do CIDESC: <i>"A prestação de bens e serviços de saúde deve ser de boa qualidade, bem como científica e, do ponto de vista médico, apropriada. Isto requer, entre outras coisas, pessoal médico capacitado, equipamento hospitalar, medicamentos aprovados e com validade, água segura e potável, bem como condições adequadas de higiene sanitária."</i></p>	<p>Lista de controle de indicadores de qualidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A licença governamental de certificação dos trabalhadores de saúde requer a demonstração de aptidões mínimas compatíveis com normas internacionais, • Os medicamentos, os equipamentos, os edifícios e a higiene sanitária nas instalações de saúde devem ser apropriadas, • O governo fomenta normas internacionais de atenção para os serviços de saúde mental e HIV/AIDS, • São adotadas medidas para diminuir o uso irracional de medicamentos e tecnologias inadequadas.

Passo III continuação

<p>O que faz o governo para garantir o acesso à prestação, bens e serviços de atenção à saúde? Quais são as tendências a respeito?</p> <p>Comentário Geral 14, parágrafo 12b do CIDESC: <i>“A prestação de bens e serviços de saúde deve ser acessível para todos sem discriminação, dentro da jurisdição do Estado membro”.</i></p>	<p>É particularmente importante considerar os grupos vulneráveis e marginalizados.</p> <p>O acesso inclui: acesso físico, acesso econômico, (acessibilidade) e acesso à informação.</p> <p>Lista de controle de indicadores de acesso físico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Existência de serviços comunitários (distância ou tempo de viagem para solicitar serviço),• Acesso a edifícios para pessoas com necessidades especiais,• Um ambiente seguro e de apoio para a juventude,• Barreiras enfrentadas pelos pobres para ter acesso às instalações de saúde, tais como altos honorários pelos serviços, falta de transporte público cômodo e acessível,• Horas de abertura e de trabalho nos serviços. <p>Lista de controle de indicadores de acesso econômico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Porcentagem média de ingressos familiares gastos com saúde (pagamento de honorários),• Proporção de ingressos familiares gastos com saúde por 25% da população mais pobre (ou algum outro indicador de equidade de acesso),• Serviços gratuitos (onde são necessários) para controle de gestantes, parto e atenção pós-parto,• Financiamento suficiente e disponível para as instalações de atenção à saúde,• Seguro médico e de atenção à saúde para os pobres,• Preço dos medicamentos: tem ocorrido aumentos substanciais? O governo os subsidia? Existe algum controle de preços dos remédios?
<p>A privatização afetou a disponibilidade e acesso aos serviços de saúde para os grupos pobres e marginalizados?</p>	<p>Ver acima a lista de controle sobre grupos vulneráveis e marginalizados. Considerar os mecanismos para regular as ações do setor privado, a aplicação de honorários pagos pelos usuários e as barreiras econômicas para a hospitalização.</p>
<p>Precedentes Legais</p>	<p>Tem ocorrido demandas judiciais em relação ao direito à atenção à saúde? Por exemplo: o governo ou outros atores foram levados a juízo por assuntos de saúde? Devem estar documentados estes casos.</p>

Passo III continuação

O que faz o governo para garantir a *aceitabilidade* da prestação de bens e serviços de atenção à saúde?

Recomendação Geral 24, parágrafos 12 e 22 da CEDAW:

12. Os Estados Membros devem referir em seus acordos como as políticas e medidas de atenção à saúde garantem os direitos à saúde das mulheres do ponto de vista de suas necessidades e interesses e como solucionam distintas características e fatores que diferem as mulheres em relação aos homens, tais como:

- (a) Fatores biológicos que fazem diferentes as mulheres em relação aos homens;*
- (b) Fatores socioeconômicos que variam para as mulheres em geral e alguns grupos de mulheres em particular. Por exemplo: para mulheres e homens em casa e no lugar de trabalho e para diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes, algumas práticas culturais ou tradicionais tais como a mutilação genital feminina também acarretam um alto risco de incapacidade e morte;*
- (c) Fatores psico-sociais que variam entre as mulheres e entre os homens incluindo a depressão e condições que acarretam transtornos alimentícios;*
- (d) A falta de confidencialidade afeta as mulheres impedindo-lhes buscar tratamento. As mulheres estão menos dispostas a buscar tratamento médico para doenças do trato genital, para a contracepção, por causa de aborto incompleto e em caso de violência sexual ou física.*

22. Os Estados Membros devem também referir as medidas tomadas para projetar uma atenção de saúde mais aceitável para as mulheres, por exemplo: buscando seu consentimento informado, respeitando sua dignidade e garantindo a confidencialidade. Os Estados Membros não devem permitir formas de coação, tais como esterilização não consensual, provas obrigatórias para doenças sexualmente transmissíveis ou provas obrigatórias de gravidez, como condição para obter um emprego..

Os bens e serviços correspondem às necessidades e expectativas dos usuários?

Lista de controle de **indicadores** de **aceitabilidade**:

- Respeito à dignidade dos pacientes,
- Respeito à confidencialidade,
- Sensibilidade às necessidades e às perspectivas particulares das mulheres e das minorias,
- Respeito pela cultura das minorias e de das comunidades.

Passo III Conclusão

Resumir a adequação do atual sistema de serviços de **saúde** para alcançar o direito à atenção à saúde.

Passo IV. O estado de saúde dos diferentes grupos sociais e da população como um todo reflete uma progressão em seu direito à atenção à saúde?

Além do explicado na Seção 2 sobre este passo, deve ser considerado o seguinte:

PRINCIPAIS ÁREAS PARA AVALIAR	TEMAS RELEVANTES PARA EXAMINAR
<p>Indicadores Gerais de Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativa de vida por quintil de ingresso, • Principais causas de morte em adultos, desagregadas por sexo e áreas urbanas e rurais.
<p>O que está fazendo o governo para remover barreiras ao exercício da cidadania dos pobres, das minorias e dos grupos marginalizados?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas tomadas para tratar necessidades de saúde específicas, • Participação dos grupos envolvidos na tomada de decisões, • Medidas tomadas para reduzir o estigma do VIH/SIDA, as doenças mentais e outras condições de saúde, • Medidas tomadas para reduzir a marginalização das mulheres chefes de família, os grupos minoritários e os pobres, • Exemplos de instâncias onde o direito à atenção à saúde foi cumprido.
<p>Estado de Saúde das Mulheres</p> <p><i>Artigo 24, 2 do CDC: Os Estados Membros devem adotar medidas adequadas "(d) a fim de assegurar uma atenção apropriada de saúde pré-natal e pós-natal para as mães". (f) Para desenvolver atenção preventiva à saúde, um guia para pais e serviços e educação sobre planejamento familiar".</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenças de taxas de mortalidade entre crianças (masculinas e femininas) menores de cinco anos, • Taxas de mortalidade maternas, • Porcentagem de mulheres que morrem no período perinatal, • Porcentagem de partos atendidos por pessoal médico capacitado em áreas rurais, • Tendências destas porcentagens nos últimos 5 a 10 anos, • As políticas de planejamento familiar são dirigidas a dar os elementos necessários para que as mulheres realizem uma escolha informada ou unicamente servem ao controle do crescimento populacional?

Passo IV continuação

<p>Estado de Saúde das Crianças</p> <p>Artigo 24 do CDC: "1. Os Estados Membros reconhecem o direito das crianças a desfrutar do mais alto nível possível de saúde e da prestação de saúde para o tratamento das doenças e reabilitação. Os Estados Membros devem" se "esforçar a fim de assegurar que nenhuma criança seja privada de seu direito de acesso aos serviços de atenção à saúde".</p> <p>"2. Os Estados Membros devem buscar a implementação plena deste direito e, em particular, devem adotar medidas apropriadas:</p> <p>"(a) Para diminuir a mortalidade infantil em todas as idades".</p> <p>"(b) Assegurar a prestação de assistência médica e da atenção à saúde necessárias para todas as crianças com ênfase no desenvolvimento da atenção primária à saúde".</p> <p>"(c) Combater as doenças e a desnutrição no marco da atenção primária à saúde, através da aplicação de tecnologia disponível, entre outras coisas, e através do fornecimento de alimentos altamente nutritivos e água potável para beber, levando em consideração os perigos e riscos da contaminação ambiental".</p> <p>"(e) Assegurar que todos os segmentos da sociedade, em particular pais e filhos, estejam informados, tenham acesso à educação e se apoiem no uso de conhecimentos básicos sobre saúde e nutrição infantil, as vantagens da amamentação materna, a higiene sanitária e ambiental e a prevenção de acidentes".</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taxas de mortalidade infantil, desagregadas por sexo e áreas urbanas e rurais, • Quantas mortes infantis evitáveis ou preveníveis ocorrem por dia? • Quais são as maiores causas de morte? • Taxas de cobertura de vacinação, • Tendências do estado de saúde das crianças nos últimos 5 a 10 anos.
<p>Considerando o anterior: É discriminatório o sistema de saúde atual?</p> <p>Uma política viola o direito à não-discriminação se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afeta negativamente alguns grupos mas não outros; • Afeta positivamente grupos que já foram privilegiados (ampliando assim a brecha); • Afeta por igual a todos os grupos, sem levar em conta diferenças significativas entre eles. • Reafirma estereótipos que mantém certos grupos em uma posição inferior. <p>Uma política é considerada <u>não</u> discriminatória se tiver um efeito positivo unicamente sobre os grupos vulneráveis, sob a condição de que isto é uma medida temporária especial com o propósito específico de reduzir a brecha entre os grupos privilegiados e vulneráveis⁹.</p>	<p>Se a resposta é sim, quais são os pontos de discriminação?</p> <p>Lista de controle dos pontos de discriminação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo e gênero, • Idade, • Raça e etnia, • Estado de saúde /necessidades especiais, • Orientação sexual, • Idioma, • Religião, Ideologia política ou outros pontos de vista, Renda, • Origem nacional ou social.

Passo IV Conclusão

Resumir o impacto (negativo ou positivo) do sistema de atenção à saúde no país, sobre os **direitos humanos** e sobre diferentes grupos vulneráveis.

⁹ HeRWAI, 2006, p.38.

Passo V. O que significa, na prática, a negação ou o cumprimento pleno do Direito à saúde no país?

Aqui veremos o cumprimento das **obrigações estatais** relevantes. As obrigações básicas que são relevantes para o **Direito à saúde** estão listadas e definidas mais abaixo. No Anexo II, encontra-se uma explicação detalhada sobre o conceito das obrigações básicas. Deverão ser selecionadas as obrigações que sejam consideradas relevantes na situação atual e explorar a diferença entre aquilo que o governo do país prometeu fazer (Passo II) e o que na realidade conseguiu fazer (Passo IV). A identificação desta diferença dará fortes argumentos para melhorar a situação do Direito à Atenção à Saúde e ajudará a determinar o tipo de violações que o governo do país é responsável. É importante considerar que a quantidade não é um fator determinante para a existência de uma violação. Se ocorrer discriminação, trata-se de uma violação dos direitos humanos independentemente do número de pessoas que foram discriminadas.

PRINCIPAIS ÁREAS PARA AVALIAR	TEMAS RELEVANTES PARA EXAMINAR
<p>Quais obrigações básicas não estão sendo cumpridas?</p> <p>O Comentário Geral 14 do CIDESC especifica certas obrigações dos Estados relacionadas com o Direito à saúde:</p> <p>43. "Os Estados Membros têm a obrigação básica de assegurar a satisfação de, ao menos, os níveis mínimos essenciais de todos os direitos enunciados no Convênio, incluindo a Atenção Primária à Saúde Básica."</p> <p>"(a) Assegurar o direito de acesso à prestação de bens e serviços de saúde com base na não-discriminação, especialmente dos grupos vulneráveis ou marginalizados;</p> <p>(d) Prover medicamentos essenciais nos tempos definidos pelo Programa de Ação da OMS sobre Medicamentos Essenciais;</p> <p>"(e) Assegurar uma distribuição equitativa da prestação de bens e serviços de saúde;</p> <p>(f) Adotar e implementar uma estratégia nacional de saúde pública e de um plano de ação baseados na evidência epidemiológica e considerando os interesses de saúde de toda a população; a estratégia e o plano de ação devem ser estabelecidos e revisados periodicamente com base em um processo participativo e transparente; Devem "ser "incluídos métodos tais como indicadores e pontos de referência do direito à saúde, a fim de o progresso possa ser estreitamente monitorado; o processo de planejamento da estratégia e o plano de ação, bem como seu conteúdo deve prestar atenção particular a todos os grupos marginalizados e vulneráveis."</p>	<p>Obrigações básicas que deve garantir o governo em, pelo menos, um mínimo dos níveis essenciais de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acesso à prestação de bens e serviços de saúde com base na não discriminação, especialmente dos grupos vulneráveis ou marginalizados,• Acesso a alimentos,• Acesso a refúgio, moradia, água e saneamento,• Acesso a medicamentos essenciais. <p>As seguintes obrigações básicas são de prioridade comparável:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atenção à saúde reprodutiva, materna, (pré-natal e pós-natal) e à atenção à saúde infantil;• Imunização contra as principais doenças infecciosas;• Medidas para prevenir, tratar e controlar doenças endêmicas e epidêmicas;• Educação e acesso à informação relativa à saúde;• Capacitação para os trabalhadores de saúde que incluam a educação em saúde e os direitos humanos. Distribuição equitativa de todos os bens e serviços de saúde;• Uma estratégia nacional de saúde pública e um plano de ação. <p>Estão asseguradas todas estas obrigações?</p>

Passo V continuação

<p>Está avançando o governo em direção a um direito universal à Saúde e à Atenção à Saúde?</p> <p>Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos: <i>“Cada pessoa tem direito a um nível de vida adequado para... a saúde e o bem-estar de si mesma e de sua família, incluindo alimentação, vestimenta, moradia, cuidados médicos e o direito à segurança em caso de... doença, necessidades especiais... Maternidade e infância estão catalogadas como de especial atenção e assistência...”</i></p>	<p>A obrigação de realização progressiva requer que os governos façam todo o possível para melhorar a saúde de sua população. Isto significa que se um governo <u>puder</u> conseguir mais, terá a obrigação de buscar cumprir tais obrigações.</p> <p>Pode cumprir? Está cumprindo?</p>
<p>Ou, na realidade, o governo está falhando em manter os avanços relacionados ao direito à saúde?</p>	<p>A obrigação de não retrocesso é aplicada somente se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • a deterioração é evitável, • o governo não fez todo o possível para prevenir a deterioração, • o governo não pediu assistência internacional para resolver o problema e/ou • o governo não protegeu os grupos vulneráveis contra a deterioração.
<p>Quais violações encontradas são conseqüências da falha do governo em cumprir com sua obrigação de respeitar, proteger e garantir o exercício dos direitos à saúde?</p> <p>Comentário Geral 14 do CIDESC: <i>“52. As violações da obrigação de cumprimento ocorrem em função da falha dos Estados Membros de realizar todos os passos necessários a fim de assegurar a realização do Direito à saúde. Alguns exemplos incluem: a falha para adotar ou implementar uma política nacional de saúde projetada a assegurar o Direito à saúde para todos; gasto insuficiente ou má distribuição dos recursos públicos, o que resulta na falta de exercício do Direito à saúde por indivíduos ou grupos, particularmente os vulneráveis ou marginalizados; falha no monitoramento da realização do Direito à saúde no nível nacional por exemplo, ao identificar indicadores e pontos de referência sobre o Direito à saúde; falha para adotar medidas que reduzam a distribuição desigual da prestação dos bens e dos serviços de saúde; falha em adotar enfoques sensíveis ao tema de gênero em saúde e falha na redução das taxas de mortalidade materna e infantil.”</i></p>	<p>O governo falha ao respeitar o direito à saúde das pessoas se suas políticas reduzirem as oportunidades às pessoas de desfrutar de uma boa saúde.</p> <p>O governo falha ao proteger o direito à saúde das pessoas se suas políticas permitirem que outros ponham em perigo a saúde das pessoas.</p> <p>A obrigação de cumprimento significa que o governo deve adotar medidas positivas que capacitem e apoiem as pessoas para exercer seu direito à saúde.</p> <p>É uma boa idéia aqui fazer referência aos compromissos que foram identificados no Passo II.</p>

Passo V continuação

Quais são os compromissos específicos que o governo está violando?	Para responder esta pergunta, fazer referência a todos os compromissos identificados no Passo I.
Quem são os provedores responsáveis por cada grande violação?	Quais agências ou instituições governamentais são responsáveis pela negação ou violação do direito das pessoas à saúde? Quais indivíduos no governo são os responsáveis por isto? Quais outro(s) ator(es) nacional(is) é(são) responsável(is)? Os governos estrangeiros ou os atores internacionais têm alguma influência em relação às violações ao direito à saúde?
A falta de recursos é um grande obstáculo?	Se a resposta é sim: <ul style="list-style-type: none">• O governo está fazendo uso dos recursos em sua máxima capacidade?• O governo está tentando obter assistência técnica e financeira internacional?• Há outros governos ou instituições internacionais (doadores) que oferecem a assistência necessária?• Documentar exemplos de esforços que não requeiram recursos adicionais. Basear as respostas nos achados do Passo III.

Passo V Conclusão.

Resumir as negações/**violações** que podem ser consideradas responsabilidade do governo.

4. O que é necessário para enfrentar os elementos fundamentais da negação do Direito à saúde no país?

No mundo de hoje, existem meios técnicos suficientes para fornecer serviços básicos necessários à saúde de todas as pessoas. Alguns países em desenvolvimento, inclusive, com receitas per capita comparativamente baixas, conseguiram progressos significativos para o asseguramento do direito à atenção à saúde para todos seus cidadãos.

No entanto, uma ampla classe de fatores políticos e econômicos, decisões nas políticas e brechas de implementação influem na negação do direito à saúde em todos os países. No passo final deste guia, será compilada a informação obtida, em forma de recomendações, para melhorar a política de saúde dos governos avaliados. Serão usadas essas recomendações ou demandas para preparar um plano nacional de ação para alavancar a garantia do direito à atenção à saúde. Além disso, durante a Campanha do Movimento pela Saúde dos Povos (MSP), todos os países que seguirem este processo poderão realizar encontros para compartilhar seus achados e planos e para decidir que passos internacionais podem e devem ser adotados para apoiar suas metas comuns.

Sugere-se que as recomendações políticas e o plano de ação sejam desenvolvidos em um processo participativo que inclua as pessoas que usualmente ficam fora das discussões políticas. Apresentar-se-ão os casos de violação ao direito à atenção à saúde que foram documentados com a presente ferramenta de avaliação. Os participantes decidirão quais mudanças deverão ser realizadas para deter as violações e o que deve ser feito para realizar tais mudanças. Espera-se que todos os países tenham diferentes idéias políticas e ativas estratégias decorrentes de cada contexto em particular.

O produto final do trabalho incluirá um resumo dos achados da avaliação, das recomendações de ação e das **políticas** e, pelo menos, um rascunho do plano de ação. Conforme este trabalho for sendo divulgado internacionalmente, surgirão problemas e soluções comuns e começar-se-á uma mobilização de entendimento e apoio para os direitos humanos como base para o desenvolvimento. O MSP, apoiado por todas estas contribuições, levará estas demandas comuns às instituições internacionais pertinentes.

4.1. Desenvolvendo recomendações políticas

Ao levar a cabo esta avaliação, terá sido possível identificar claramente as brechas existente em relação aos **direitos humanos** na área da atenção à saúde no país e terá sido possível documentar tal situação com dados quantitativos e qualitativos. As perguntas a seguir podem ajudar a decidir quais **violações** deverão ser priorizadas nas recomendações ou demandas:

- Pode-se dizer com segurança que existem violações que se repetem e continuam em relação ao direito à atenção à saúde?
- Quais violações documentadas são mais preocupantes no país até o momento?
- Podem ser resolvidas várias das violações que foram documentadas, realizando-se mudanças em uma área de políticas?
- Os beneficiários e as ONGs com quem se trabalhou na avaliação compartilham seus achados? Estão dispostos a iniciar uma mobilização para enfrentar provedores relevantes?

Para cada uma das violações identificadas no Passo V, deve-se formular uma recomendação para persuadir o governo de cumprir suas obrigações sobre o direito à saúde. Para a formulação das recomendações, podem ser considerados os seguintes aspectos:

- **Cenário político:** O cenário das respectivas políticas pode determinar o tipo de solução ou recomendação a ser realizada, assim como quem deverá ser priorizado.
- **Objetividade:** Tratar de ser tão realista quanto possível. Em muitos casos não se terá uma solução fácil, mas isto não desonera o governo de suas obrigações. A recomendação proposta poderá requerer pesquisas posteriores das causas e possíveis soluções a problemas de saúde específicos identificados.
- **Tipo e base dos argumentos:** Dependendo de quem deverá ser convencido, pode ser mais estratégico usar argumentos de cunho legal, médico ou político.
- **Grupos afetados:** Tratar de encontrar soluções que convenham aos grupos mais afetados pelas políticas (ou pela ausência delas). No desenvolvimento das recomendações é melhor envolver os grupos mais afetados.
- **Adequação:** Na busca de alternativas, sempre que possível, deve-se envolver os decisores responsáveis pelas políticas/provedores. Isto aumentará a adequação das sugestões e das oportunidades de aceitação.
- **Preparação:** No passo V, foram identificados os principais obstáculos para que o governo cumpra suas obrigações. O governo provavelmente se referirá a estes obstáculos quando confrontar os achados. O que se pode contra-argumentar? É conveniente construir os casos prevendo este tipo de diálogo.
- **Incluir pontos de referência:** Os pontos de referência facilitam o monitoramento dos resultados. Para cada uma das recomendações, é conveniente tratar de fixar indicadores ou pontos de referência que permitam medir o impacto das mudanças nas políticas. Preferencialmente, estes pontos de referência devem estar relacionados com os já estabelecidos pelo governo, com os propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ou por alguma outra organização reconhecida. Se não for possível formular pontos de referência próprios, então pode-se solicitar que o governo alcance seus pontos próprios de referência, que os ajuste ou que elabore novos, caso sejam necessários.

Se a mudança de políticas não for a solução, então que ação deverá fazer o governo? É necessário estar preparados para fazer tais recomendações, razão pela qual devem ser consideradas coisas tais como: eliminar as políticas ruins, estabelecer mecanismos de compensação para os grupos afetados ou a publicação de regulamentações para o controle das ações do setor privado, por exemplo.

4.2. Perguntas a serem respondidas durante a preparação do plano de ação

A que instituição do governo ou pessoa devem ser dirigidos os esforços para o exercício de *lobby*?

Para aumentar as oportunidades de que as recomendações sejam implementadas, é importante considerar a quem apresentar a informação. O nível governamental, o papel e as competências da pessoa ou instituição determinarão se, na realidade, têm capacidade de realizar as mudanças que estão sendo demandadas. É necessário ter autorização de um nível mais alto? Há certas responsabilidades governamentais que foram delegadas no nível municipal ou regional? Deve-se dirigir o *lobby* àqueles que desenvolvem as **políticas**, ou àqueles que as implementam ou as avaliam? Há procedimentos que devem ser seguidos para chamar a atenção de uma instituição particular? Alguns governos ou decisores políticos não estão conscientes de suas obrigações sobre **direitos humanos**, razão pela qual pode ser necessário explicar-lhes suas obrigações com respeito ao Direito à saúde.

Quais outros governos, agências financiadoras ou atores é necessário sensibilizar para mostrar como seus fundos ou ações devem contribuir para garantir o direito à atenção à saúde no país?

Estes outros atores poderiam ser capazes de exercer uma pressão externa sobre os governos ou sobre outros atores privados e, portanto, poderiam ter alguma influência sobre própria a situação. Quando o *lobby* for dirigido a estes outros atores, deve-se ter em mente qual é exatamente seu papel ou mandato e qual deles é mais sensível.

Qual é o momento mais estratégico para apresentar os resultados?

A resposta a esta pergunta exige algum conhecimento em relação à agenda do governo ou a de outros atores a quem seja necessário se dirigir. Quais são os prazos para mudar uma dada política? Uma conferência, um debate no parlamento, uma visita a um oficial de alto nível, etc, podem ser pontos de entrada estratégicas para apresentar os resultados. Também pode ajudar o fato de coordenar as ações com a Campanha DAS em nível internacional.

Que opções estão disponíveis para aumentar a pressão sobre o governo?

É uma idéia boa identificar outras coisas que se possa fazer para pressionar o governo além do *lobby* exercido, por exemplo um litígio de interesse público (demandar o governo por **violação** dos direitos humanos), tornando públicos os resultados e demandas na imprensa local ou mobilizando a(s) comunidade(s) afetada(s) mediante ações maciças. É conveniente começar a pensar a forma com que o Movimento Global pela Saúde dos Povos (MSP) pode apoiar as demandas.

Quando e como se poderá examinar se as mudanças realmente permitiram uma melhoria em relação ao direito à atenção à saúde?

Este exame é necessário porque, ainda que o governo aceite as recomendações dadas, isto não necessariamente significará que os resultados desejados serão alcançados. É possível que as mudanças sugeridas não sejam adequadas para melhorar o direito à saúde, ou que outros fatores freiem sua implementação bem-sucedida. Por isso, é conveniente usar os pontos de referência que foram definidos para estabelecer um plano de monitoramento com antecipação.

Quais atividades devem ser usadas para informar e conscientizar o público sobre os resultados e recomendações?

O *lobby* com o governo deve ser acompanhado de um trabalho de **advocacy** para conscientização das pessoas sobre o seu direito à saúde e de como esse direito está sendo violado. Isto pode ser realizado através dos meios de comunicação, da organização de uma oficina ou conferência, produção e distribuição de folhetos, vídeos, etc. Divulgar os resultados com outras organizações interessadas no direito à saúde é uma boa estratégia para envolver mais pessoas na Campanha pelo direito à atenção à saúde.

Quanto tempo e quais recursos (em termos técnicos e financeiros) são necessários para uma organização implementar o plano de ação? Estes recursos estão disponíveis?

Desenvolver um cronograma e um orçamento ajudará na elaboração de um plano de ação realista e será útil se for necessário solicitar financiamento externo. Se não se tem experiência com a prática do *lobby*, os resultados deverão ser compartilhados com outras organizações mais experientes, a quem se poderá convidar para que se envolvam na Campanha.

5. Comentários finais e informações para contato

Ter sempre presente que este exercício, do qual decididiu participar, é parte de um esforço global para reverter as **violações** do direito à atenção à saúde, tanto em países pobres como ricos.

Recomendamos novamente revisar a proposta da Campanha tal como está anunciada na página Web do MSP (www.phmovement.org) sob o título de "Direito à saúde". Isto ajudará a entender a campanha em sua totalidade e manter tudo sob a mesma perspectiva.

Em qualquer momento, pode-se buscar assessoria adicional de outros membros do Movimento pela Saúde dos Povos:

- Página Web do MSP: www.phmovement.org.
- Secretaria Global do MSP: secretariat@phmovement.org.
- Servidor para inscrição na lista de mensagens do MSP: pha-exchange@lists.kabissa.org.
- Membros do Grupo Coordenador da Campanha pelo Direito à Atenção à Saúde estão disponíveis para dar apoio. Todos os comentários são bem-vindos a:

Saskia Bakker (Holanda), s.bakker@hom.nl
Ariel Frisancho (Peru), afrisanchoarroyo@yahoo.es
Abhay Shukla (Índia), abhayseema@vsnl.com
Cristianne Rocha (Brasil), cristianne.rocha@terra.com.br
Claudio Schuftan (Vietnã), claudio@hcmc.netnam.vn
Laura Turiano (Estados Unidos), phm@turiano.org

[Os nomes e os correios eletrônicos dos coordenadores regionais serão informados posteriormente].

Quando a avaliação estiver pronta, deve-se enviar uma cópia do resumo dos resultados e dos planos de ação preliminares ao Grupo Coordenador da Campanha do MSP: phm@turiano.org

Felicitações por seu trabalho na Campanha pelo Direito à Atenção à Saúde. Quando estivermos prontos para lançar a fase II da Campanha, receberão notícias do Grupo Coordenador.

Anexo I. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

O que é direito à atenção à saúde?

O direito à saúde inclui a disponibilidade, o acesso, a aceitabilidade e a qualidade da atenção à saúde. A saúde é um direito fundamental que influencia todos os aspectos da vida e por isso é tão importante considerar a saúde da forma mais ampla possível. Ela está estreitamente relacionada a outros direitos humanos e embora enfoquemos nossa análise no direito à saúde, isto não significa que se considere mais importante que outros.

O que é o princípio da não-discriminação?

O princípio da não-discriminação é uma pedra angular dos direitos humanos. Significa que todas as pessoas têm os mesmos direitos humanos mesmo que de alguma sejam diferentes umas das outras. Por exemplo, a discriminação baseada no sexo é um tipo comum de discriminação¹⁰. As mulheres e os homens devem ter acesso igual aos serviços de saúde. No entanto, a não-discriminação não significa tratar todos da mesma forma. Tal enfoque coloca em desvantagem as mulheres como resultado de discriminações passadas. As mulheres exigem tratamento diferenciado dos homens devido a fatores biológicos, socioeconômicos e psicossociais¹¹.

Os Estados têm importantes obrigações relacionadas à discriminação:

- Eliminar não somente suas práticas discriminatórias próprias como também aquelas práticas dos indivíduos.
- Assinalar tanto a discriminação direta como a indireta. Um exemplo de uma lei discriminatória indireta é a que requer que cada um pague a mesma quantidade pela atenção à saúde, ainda que o custo seja inalcançável para as pessoas sem um trabalho remunerado, tais como as viúvas idosas.
- Implementar medidas temporárias especiais (se for necessário) para reverter os efeitos das discriminações anteriores em grupos particulares.
- Adotar medidas a fim de assegurar que as mulheres e os homens possam, de fato, participarem da sociedade de forma igualitária, removendo as barreiras que impedem o acesso das mulheres a tais direitos.

O que é o princípio da participação?

A participação da população na tomada de decisões relacionada à saúde no nível comunitário, nacional e internacional, é um aspecto importante do direito à saúde. Todos os indivíduos e grupos devem ser envolvidos na tomada de decisões em relação às políticas de saúde. Também devem ter o direito de se manifestarem contrariamente em relação aos efeitos negativos das leis e políticas. Devido a seus papéis tradicionais de gênero, as mulheres tendem a participar menos que os homens na vida política e pública¹². O governo deve agir de forma a envolver especialmente as mulheres na tomada de decisões.

¹⁰ DUDH Artigo 2; CEDAW Artigos 1 e 2; CIDESC Artigos 2 e 3, Comentário Geral 16.

¹¹ CEDAW Artigo 1, CIDESC Comentário Geral 24, parágrafo 12.

¹² CEDAW Recomendação Geral 19, parágrafo 11.

O que é uma Política?

Uma política é um plano de ação. Uma política pode estar relacionada a uma estratégia nacional de saúde de médio prazo (cinco anos) ou a decisões encaminhadas a uma doença em particular ou a uma região. O processo pelo qual são formuladas as políticas pode envolver governos nacionais ou locais, ONGs ou indivíduos. Esta avaliação tem como foco principal as políticas governamentais. Os processos políticos do governo seguem vários passos (ao menos na teoria):

- Estabelecimento da agenda: processo no qual os problemas chamam a atenção do governo.
- Formulação de políticas: processo no qual o governo identifica as diferentes opções políticas.
- Tomada de decisões: processo no qual o governo adota certo curso de ação (ou inatividade).
- Implementação de políticas: processo no qual o governo executa uma política.
- Avaliação de políticas: processo no qual é monitorado o resultado das políticas, tanto pelo governo como pela sociedade civil e que poderá conduzir a novos cenários.

Durante as etapas de estabelecimento da agenda, formulação e avaliação de políticas, as organizações populares podem ter um papel particularmente importante, enquanto que sua participação nas demais etapas pode ser mais difícil.

O que são as reformas de saúde, DELP e ODM e como influem nas políticas de saúde?

Muitos países do mundo realizaram reformas no setor saúde para controlar os custos dos serviços de saúde. Estas reformas têm sérias implicações no direito à saúde.

Um aspecto muito debatido é a privatização dos serviços de saúde, pela qual o governo permite e até estimula o setor privado a prover certos serviços (por exemplo, em clínicas de saúde) ou bens (por exemplo, na distribuição de contraceptivos). Em alguns países, as reformas do setor saúde foram o resultado dos **Planos ou Documentos da Estratégia de Luta contra a Pobreza (DELP)**, que os governos tiveram de subscrever para ser candidatos elegíveis a receber empréstimos do FMI, do Banco Mundial e de outros doadores. Os DELPs determinam a direção das políticas de saúde e de seus orçamentos.

Os **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)** também influem consideravelmente sobre o direito à saúde. Esta influência pode ser positiva porque os ODMs estimulam os governos a adotar medidas relacionadas à saúde. Mas os ODMs também podem ter um efeito negativo se a atenção e os recursos forem deslocados de áreas importantes. Por exemplo, os direitos sexuais e reprodutivos não tem um lugar proeminente nos ODMs e pode não receber o financiamento necessário.

Discussões similares se referem aos efeitos do Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (**GATS**) e do Acordo sobre aspectos relativos ao Comércio dos Direitos de Propriedade Intelectual (**TRIPS**), em relação ao preço dos serviços de saúde e medicamentos.

Esta avaliação do direito à atenção à saúde pode mostrar o impacto de tais Acordos sobre os direitos à saúde de certos grupos. Em resumo, os relatórios de cumprimento que os países realizam para os DELP e dos ODMs podem proporcionar informação útil para nossa análise.

Como a globalização afeta a responsabilidade do governo em relação ao direito à atenção à saúde?

A primeira responsabilidade governamental para o direito à saúde é nacional. Mas em um mundo globalizado, os governos têm uma crescente responsabilidade no plano internacional. Antes de mais nada, as ações de um país frequentemente têm impactos mais além de suas fronteiras. A contaminação do ar e da água é um claro exemplo deste tipo de influência. Em segundo lugar, os governos se ajudam reciprocamente de forma bilateral mediante a cooperação para o desenvolvimento. De acordo com os tratados sobre direitos humanos, os governos têm a obrigação de apoiar-se mutuamente na implementação do direito à saúde. Uma terceira forma em que os governos têm influência internacional é através das instituições multilaterais. Instituições internacionais influentes como o Banco Mundial são propriedade dos governos ou dos estados-membro, que têm a última palavra na tomada de decisões dentro da organização. Por último, mas não em último lugar, os governos se monitoram entre si através de acordos internacionais, que podem ser bilaterais ou multilaterais e podem ter um vínculo legal, como os tratados de direitos humanos da ONU, ou podem ter um vínculo moral, como os ODMs. Está claro que em um mundo globalizado, as decisões de nível local, nacional e internacional se influenciam reciprocamente.

Anexo II. O QUE SÃO OS DIREITOS HUMANOS?

Os **Direitos Humanos** são aqueles direitos inerentes a todas as pessoas em virtude de sua humanidade. O principal e primeiro documento sobre direitos humanos é a **Declaração Universal dos Direitos Humanos** de 1948. É o predecessor dos maiores tratados sobre direitos humanos. Esta declaração reconhece a *dignidade e igualdade de todos os seres humanos*, que é a noção central de todos os direitos humanos. Algumas outras premissas dos direitos humanos são:

- Os direitos humanos são fundamentais porque os indivíduos os necessitam para sobreviver, desenvolver-se e contribuir para a Sociedade. São o substrato básico de toda pessoa para desenvolver seu pleno potencial.
- Os direitos humanos não são outorgados pelos governos ou pela Lei Internacional. Cada indivíduo tem direitos humanos e é titular de todos eles em virtude de sua natureza humana.
- Os direitos humanos são inalienáveis, isto é, não podem ser retirados de uma pessoa nem negado pelo Estado.
- Os direitos humanos são universais. Isto significa que todos os seres humanos são titulares deles, prescindindo do gênero, raça, idade, etnia, religião, cidadania, incapacidade ou de qualquer outro status.
- Os direitos humanos são **indivisíveis**, pois estão estreitamente relacionados. Por exemplo, a garantia do direito à saúde está estreitamente ligada ao exercício de outros direitos humanos como o direito à educação, à alimentação e a uma adequada qualidade de vida.

Os direitos das mulheres são direitos humanos

Ainda que todos os tratados de direitos humanos incluam uma cláusula sobre a igualdade dos homens e das mulheres, ficou comprovado que isto não é suficiente para eliminar a discriminação contra as mulheres. A Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres ou **CEDAW** (sigla em inglês - ver glossário) teve como foco a eliminação da discriminação das mulheres em um sentido amplo. Os Estados que adotaram este tratado em 1979 reconheceram a necessidade de prestar atenção especial aos direitos humanos das mulheres. A CEDAW definiu claramente o que significa a discriminação contra as mulheres e aquilo que os Estados devem fazer para preveni-la. 25 anos depois de sua adoção ainda existe uma grande brecha entre o respeito aos direitos humanos no papel e na prática. A CEDAW oferece uma base para solicitar justiça e igualdade para as mulheres em todo o mundo.

Por que um enfoque de direitos humanos?

Os tratados sobre direitos humanos constituem a base de qualquer **enfoque baseado em direitos humanos**. Os Estados têm a obrigação de **respeitar, proteger e cumprir** os direitos humanos que constam nos tratados que eles mesmos assinaram e **ratificaram**. Usando o exemplo do direito das pessoas pobres à atenção à saúde, este último significa que os governos não estão autorizados a violar seu direito à saúde (obrigação de respeitar) e devem impedir que outros (por exemplo o setor empresarial) violem o mesmo (obrigação de proteger). Além disso, os governos devem fazer todo o possível para que as pessoas pobres alcancem o mais alto nível possível de saúde (obrigação de cumprir). Em outras palavras, quando falamos de direitos humanos, não falamos somente de meras aspirações dos Estados ou da necessidade daqueles que reclamam seus direitos, mas sim do dever dos governos. A partir disto, pode-se dizer que:

- Um enfoque baseado em direitos humanos pressupõe que todos os seres humanos têm direitos e que os Estados são responsáveis por seu pleno exercício. Os cidadãos podem responsabilizar o Estado por seu dever de respeitar, proteger e cumprir a realização dos direitos humanos.
- A base do enfoque dos direitos humanos é que uma violação destes direitos necessita ser assinalada, inclusive quando o número de pessoas envolvidas for pequeno ou que não seja conhecido com segurança. Em outras palavras, todas as violações aos direitos humanos deve ser assinalada e levada em consideração com seriedade. Uma redução no número de certo tipo de violações é um progresso, mas não deve ser a desculpa para que outras violações continuem acontecendo.
- Um enfoque de direito à atenção à saúde das pessoas pobres significa monitorar a forma como estas pessoas desfrutam, exercem e reclamam seu direito à saúde.

Por que usar Tratados Internacionais de Direitos Humanos?

Um **tratado** de direitos humanos (**convenção** ou **convênio**) é um documento escrito que vincula os Estados à Lei Internacional. Todos os países que aprovaram estes tratados através da **ratificação** ou da **adesão**, têm a obrigação legal de implementar estes direitos e princípios a nível nacional¹³.

Os tratados de direitos humanos contêm importantes princípios. A **CEDAW**, por exemplo, estabelece que o homem e a mulher devem ter direitos iguais em respeito à atenção à saúde e - ao mesmo tempo - que os governos devem atender as necessidades específicas de saúde das mulheres. Os comitês de especialistas independentes (ou **Organismos Vigilantes de Tratados**) monitoram a implementação de um certo tratado e estudam os relatórios enviados regularmente pelos Estados quanto à sua implementação. As ONGs e os círculos do MSP podem fornecer importantes insumos para este processo através dos chamados "**relatórios sombra**". Alguns tratados oferecem a possibilidade de fazer reclamações individuais ao Comitê. No Anexo III, sobre Fontes e Recursos, estão disponíveis *links* de Internet sobre os tratados internacionais e regionais mais relevantes.

¹³ Esta é a principal diferença com outros documentos de consenso como os ODM, os documentos resultantes de Conferências Mundiais ou as Resoluções da Assambléia Geral pressupõem um dever moral porém não legal para sua implementação.

Anexo III. FONTES E RECURSOS

Recursos sobre *lobbying* e *advocacy*

Manual de *lobbying*. Sítio Web da Unidade de Educação e Capacitação da África do Sul.

<http://www.etu.org.za/toolbox/docs/organize/weblobby.htm>

Panorama básico do *lobby*. Sítio Web do Centro para a Democracia.

<http://www.democracyctr.org/resources/lobbying.html>

Guia de *Lobby on-line* que pode ser descarregado a partir do Sítio Web do Setor Independente.

<http://www.independentsector.org/programs/gr/lobbyguide.html>

Boa lista de recursos para *advocacy*, enfocada na Agenda da CIPD. Sítio Web da Aliança Ásia-Pacífico.

http://www.asiapacificalliance.org/SITE_Default/Resources_for_Advocacy_Default.asp

Boa lista de recursos gerais sobre *advocacy*, enfocada em VIH/SIDA.

<http://www.aidsmap.com/en/docs/32364953-087A-45D3-AEED-E773BE45593D.asp>

Advocacy. Sítio Web da rede de *Advocacy* da Uganda sobre SIDA

http://www.phrusa.org/campaigns/aids/uganda/toolkit/eightsteps_advocacy.php

Indicadores de saúde, bases de dados

Diferenças de gênero em saúde e desenvolvimento em 48 países das Américas, enfocadas na saúde reprodutiva das mulheres, acesso a serviços de saúde-chave e causas maiores de morte da Organização Pan-Americana da Saúde.

<http://www.paho.org/english/DPM/GPP/GH/GenderBrochure.pdf>

Perfis de saúde dos países da OPS.

<http://www.paho.org/english/sha/profiles.htm>

Relatórios de Desenvolvimento Humano UNDP 1990-2005.

<http://hdr.undp.org/reports/global/2005/>

Perfis de saúde reprodutiva e população dos países de UNFPA.

<http://www.unfpa.org/profile>

Relatório do estado do Mundo. UNFPA 2005.

<http://www.unfpa.org/swp/2005/english/ch1/index.htm>

Divisão Estatística das NU.

<http://unstats.un.org/unsd/default.htm>

Indicadores de Saúde por país. OMS

<http://www.who.int/countries/en/> (também disponível em Espanhol y Francés).

Sistema de Informação Estatística Mundial da OMS.

<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

Indicadores e estatísticas de gênero por Estados do Banco Mundial.

<http://devdata.worldbank.org/genderstats/home.asp>

Tratados internacionais

CEDAW Convenção para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/index>

Protocolo Opcional CEDAW.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/text.htm>

Recomendações Gerais CEDAW. (Ver especialmente Recomendação 25 sobre saúde e 19 sobre violência contra a mulher).

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recomm.htm>

CIDESC Convênio Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

<http://www.ohchr.org/english/law/cescr.htm>

<http://66.36.242.93/treaties/cescr.php>

Comentários Gerais do CIDESC. (Ver especialmente Comentário 14 sobre saúde e 16 sobre igualdade de direitos para homens e mulheres).

<http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>

CERD Convenção Internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial.

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm

CDC Convenção sobre os Direitos das Crianças.

<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>

CMC Convenção para a Proteção dos direitos de todos os trabalhadores Migrantes.

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/m_mwctoc.htm

DUDH Declaração Universal dos Direitos Humanos.

<http://www.unhchr.ch/udhr/>

Tratados e organizações regionais

África

Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (1981).

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/z1afchar.htm>

Protocolo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os direitos das Mulheres na África.

http://www.achpr.org/english/info/women_en.html

União Africana.

<http://www.africa-union.org/home/Welcome.htm>

Comissão Africana dos Direitos Humanos.

http://www.achpr.org/english/info/index_women_en.html

Europa

Convenção Européia sobre Direitos Humanos (1950).

<http://www.hri.org/docs/ECHR50.html>

Carta Social Européia (1961).

<http://www1.umn.edu/humanrts/euro/z31escch.html>

Conselho da Europa.

http://www.coe.int/t/e/Human_Rights/

Corte Européia de Direitos Humanos.

<http://www.echr.coe.int/echr>

União Européia e Igualdade de Gênero.

http://europa.eu.int/comm/employment_social/gender_equality/index_en.html

União Européia e Saúde.

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/overview_en.htm

OSCE. Organização para a Segurança e Cooperação na Europa.

<http://www.osce.org/odihr/13371.html>

Américas

Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (1969).

<http://www.oas.org/juridico/english/Treaties/b-32.htm>

Protocolo Adicional da Convenção Americana sobre os Direitos Humanos. Direitos na Área dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1988).

<http://www.oas.org/juridico/english/Treaties/a-53.htm>

Convenção Interamericana para a Prevenção, Sanção e Erradicação da Violência Contra as Mulheres, "Convenção de Belém do Pará" (1994).

<http://www.oas.org/cim/English/Convention%20Violence%20Against%20Women.htm>

Organização dos Estados Americanos OEA.

http://www.oas.org/main/main.asp?sLang=E&sLink=http://www.oas.org/key_issues/eng

Comissão Interamericana de Direitos Humanos CIDH.

<http://www.cidh.org/basic.eng.htm>

Corte Interamericana de Direitos Humanos.

http://www.corteidh.or.cr/index_ing.html

Documentos de consenso

Beijing plus 5 e Plataforma de Beijing para a Ação.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm>

Declaração de Alma Ata (1978).

<http://www.phmovement.org/charter/almaata.html>

Declaração do Alto Comissariado para VIH/SIDA, 'Global Crisis-Global Action' (2001).

<http://www.un.org/qa/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>

Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as mulheres (1993).

[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.En?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.En?Opendocument)

Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento (Declaração de Viena e Programa de Ação) (1993).

<http://www.hri.ca/vien-na+5/vdpa.shtml>

Declaração sobre os Direitos das pessoas com necessidades especiais (1975).

<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/72.htm>

CIPD Programa de Ação (Programa de Ação do Cairo) Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994).

<http://www.iisd.ca/linkages/Cairo/program/p00000.html>

Delineamentos de Maastricht sobre as violações dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Janeiro 1997.

http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Maastrichtguidelines_.html

Declaração do Milênio (ODM) (2000).

<http://www.developmentgoals.org>

Carta dos Povos pela Saúde.

<http://www.phmovement.org/pdf/charter/phm-pch-english.pdf>

Princípios para a Proteção das Pessoas com doença mental e a melhoria da atenção à Saúde Mental (1991).

<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>

Recursos sobre tratados

ABA-CEELI. Ferramenta de Avaliação da CEDAW: uma ferramenta de Avaliação baseada na Convenção para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher.

<http://www.rightsconsortium.org/resources/assessment/CEDAWtool.pdf>

Alto Comissariado para os Direitos Humanos das NU.

www.ohchr.org/english/law/index.htm

Biblioteca de Direitos Humanos da Universidade de Minnesota.

www.umn.edu/humanrts/treaties.htm

Base de Dados dos Comitês para a implementação da CEDAW e outras Convenções de Direitos Humanos das NU.

www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf

A Rede para os Direitos Humanos das Mulheres possui abundante informação sobre os direitos humanos da mulher no mundo. Também em Francês e Espanhol.

www.whrnet.org

Outros documentos de interesse

OHCHR: Uma aproximação à Estratégia de Redução da Pobreza com um enfoque de Direitos Humanos, 2002. Rascunho. CDESC - CDESCR.

<http://www.unhchr.ch/development/povertyfinal.html>

OMS: 25 Perguntas e respostas em Saúde e Direitos Humanos - WHO Health and Human Rights Publication Series, Issue N°1, 2002.

<http://www.who.int/hhr/activities/publications/en>

Relatório especial sobre violência contra a Mulher: Práticas familiares violentas contra a mulher – Relatório do Relator Especial. Janeiro 2002.

[www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/42e7191fae543562c1256ba7004e963c/\\$FILE/G0210428.pdf](http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/42e7191fae543562c1256ba7004e963c/$FILE/G0210428.pdf)

Anexo IV. GLOSSÁRIO

Advocacy: Processo voltado a influenciar as decisões políticas e legislativas tanto nacional como internacionalmente. Ações voltadas a ressaltar um problema da comunidade orientando os políticos tomadores de decisão para uma solução¹⁴. A prática da *advocacy* requer mecanismos explícitos para a participação das organizações da sociedade civil.

Adesão: Quando um Estado decide assinar um tratado que já foi negociado e assinado por outros Estados (geralmente quando já entrou em vigor). Tem o mesmo efeito legal que a ratificação. As condições sob as quais a adesão é realizada e os procedimentos envolvidos dependem das cláusulas do tratado¹⁵. Ver também "Ratificação".

Atenção Primária à Saúde (Estratégia): Enfoque integrado para melhorar a saúde e o desenvolvimento socioeconômico, definido na Declaração de Alma-Ata (1978). A APS enfatiza especialmente a educação e a participação comunitária, contemplando os determinantes da saúde, a imunização, a prevenção e o tratamento de doenças comuns e endêmicas, a saúde reprodutiva e materno infantil e o acesso a medicamentos essenciais.

Atenção Primária, Secundária e Terciária à Saúde: A Atenção Primária à Saúde é prestada a um custo relativamente baixo, por profissionais e/ou clínicos gerais capacitados, que trabalham dentro da comunidade e atendem doenças comuns. A Atenção Secundária é realizada por profissionais especialistas, a um custo relativamente mais alto e em centros de saúde especializados (normalmente hospitais), onde os especialistas, em geral, se dedicam a atender afecções menores, relativamente comuns ou graves que não podem ser tratadas no nível comunitário. A Atenção Terciária, freqüentemente bastante cara, é prestada, normalmente, em poucos centros de saúde e tem como foco um pequeno número de doenças comuns ou graves que requerem profissionais de saúde especialmente treinados e equipamentos especializados. Os limites da atenção primária, secundária e terciária freqüentemente se sobrepõem e geralmente interagem entre si¹⁶.

Bilateral: Entre dois países.

Lobbying ou fazer lobby: Exercício de influência sobre os legisladores ou o desenvolvimento de políticas que reflitam um certo ponto de vista. Esta prática pode ser levada a cabo por um indivíduo, um grupo, uma organização ou associação.

CEDAW (O Comitê): Organismo executor da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. Este Comitê está integrado por um grupo de 23 especialistas independentes que monitoram a implementação da Convenção pelos Estados Membros. Estes especialistas foram eleitos por seus conhecimentos sobre tópicos relevantes e são nomeados pelos governos dos Estados Membros, mas operam independentemente destes.

Comitê(s): Organização(ões) criadas por várias convenções para monitorar a implementação de um tratado. Os Comitês estão formados por especialistas independentes que examinam os relatórios dos Estados quanto às aplicações do tratado e intervêm nos casos de violações aos direitos humanos. Ver também CEDAW, Comitê para os Direitos Humanos e CIDESC. O termo "Comitê dos Direitos Humanos" é aplicado especificamente ao Corpo Vigilante da Convenção Internacional dos Direitos Civis e Políticos (CIDCP - ICCPR).

Convenção: Ver Tratado.

¹⁴ Women, Law and Development International. 1997, p.163.

¹⁵ <http://untreaty.un.org/English/guide.asp#accession>

¹⁶ CIDESC Comentário Geral 14, parágrafo. 19.

Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW): A CEDAW foi aprovada em 1979 e entrou em vigor em 1981. É o primeiro documento internacional com vínculo legal que proíbe a discriminação contra as mulheres e obriga os governos a adotarem medidas afirmativas para alcançar a igualdade das mulheres¹⁷. Até o momento, 180 países fazem parte da CEDAW. Em 1999, foi aprovado um protocolo opcional (ver **Protocolo opcional**) à CEDAW, que entrou em vigor em 2000. Foram estabelecidos dois novos procedimentos: um procedimento para reclamações individuais ao Comitê e um procedimento de pesquisa com uma base de dados em que o Comitê pode iniciar uma pesquisa quanto a uma situação alarmante em um determinado país.

Convênio: Ver Convenção. Ver também Convênio Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CIDESC - ICESCR) e Convênio Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos (CIDCP - ICCPR).

Convênio Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos (CIDCP - ICCPR): Aprovado em 1966 e com entrada em vigor em 1976, o CIDCP declara que todas as pessoas têm uma ampla gama de direitos cíveis e políticos. Foi ratificado por 154 países até outubro de 2005. Ver também Direitos Cíveis e Políticos¹⁸.

Convênio Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CIDESC - ICESCR): Aprovado em 1966 e colocado em vigor em 1976, o CIDESC declara que todas as pessoas têm uma ampla gama de direitos econômicos, sociais e culturais. Foi assinado e ratificado por 151 países até outubro de 2005. Um grupo de 18 especialistas independentes monitoram sua implementação. Ver também Direitos Econômicos, Sociais e Culturais¹⁹.

De fato: “Na realidade” ou “De fato”. Situação que existe realmente, seja legal ou não²⁰. Ver também: De jure.

De jure: “Legal” ou “De direito”²¹. Situação que deve estar em conformidade com a lei. Na realidade, a situação real nem sempre está de acordo com a lei. Por exemplo, de acordo com a lei de certos Estados (de jure), qualquer um pode ter acesso igual à atenção à saúde, mas na prática (de fato), devido a costumes locais, as mulheres necessitam a permissão de seus maridos ou pais para ir ao médico. Ver também: de fato.

Declaração (documento): Documento que contém normas de consenso, mas sem vínculo legal. Conferências da ONU como a Conferência sobre os Direitos Humanos de Viena em 1993 e da Conferência Internacional de Beijing sobre a Mulher em 1995, produziram dois grupos de declarações: uma subscrita pelos representantes dos governos e outra pelas ONGs. A Assembléia Geral de ONU frequentemente emite cláusulas influentes mas que não têm um vínculo legal²².

Declaração (Relatório ou Exposição): Algumas vezes um Estado quer fazer uma exposição ou relatório quanto a um tratado, por exemplo, sobre a forma de interpretar uma definição ou palavra incluída no tratado. Isto é feito através de uma declaração. Em alguns casos, onde o tratado proíbe reservas, os Estados algumas vezes (abusivamente) fazem uso de declarações a fim de limitar o conteúdo de certas cláusulas ou o alcance de sua aplicação²³.

¹⁷ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/index>

¹⁸ <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf>

¹⁹ http://www.un.org/Depts/Treaty/final/ts2/newfiles/part_boo/iv_boo/iv_3.html

²⁰ <http://www.hyperdictionary.com/search.aspx?define=de+facto>

²¹ <http://www.hyperdictionary.com/search.aspx?define=de+jure>

²² <http://www1.umn.edu/humanrts/edumat/hreduseries/tb1b/Section3/hrglossary.html>

²³ Informação sobre ratificações, reservas e declarações a tratados específicos se encontram em: UNHCHR: <http://www.ohchr.org/english/bodies/index.htm>

Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH): Aprovada pela Assembléia Geral em 10 de dezembro de 1948. É um documento primário da ONU que estabelece regras e normas relativas aos direitos humanos. Todos os Estados Membros se comprometeram a cumprir a DUDH. Embora a declaração não tenha vínculo legal, através do tempo suas diversas provisões foram sendo tão respeitadas pelos Estados, que é possível afirmar que se transformou em uma Lei Internacional Consuetudinária²⁴.

Demandante: Pessoa qualificada para receber um direito que um provedor deve outorgar. Um mesmo indivíduo pode ser ao mesmo tempo demandante e provedor. As relações entre demandantes e provedores formam um padrão que une os indivíduos e as comunidades, inclusive nos mais altos níveis da sociedade (ver Provedor).

Direito à saúde: A saúde é um direito fundamental que influi em todos os aspectos da vida e está estreitamente relacionada aos outros direitos humanos. É importante ter uma visão holística da saúde. As pessoas que estão doentes não podem desfrutar totalmente de seu direito à educação ou à participação. A carência de alimentos e moradia dificulta viver com boa saúde. O direito à saúde inclui a disponibilidade, a acessibilidade, a aceitabilidade e a qualidade da atenção à saúde. Ver também atenção primária, secundária e terciária e determinantes da saúde.

Direitos Cívicos e Políticos: Os direitos clássicos dos cidadãos à liberdade e à igualdade. Por princípio, os cidadãos devem ser capazes de exercer estes direitos sem a interferência do governo. Os direitos cívicos e políticos incluem o direito à vida, a um juízo imparcial, à livre prática da religião, a pensar e expressar-se livremente, a votar, a participar da vida política e ter acesso à informação²⁵.

Direitos Econômicos, Sociais e Culturais: São os delineamentos que governam a segurança social e econômica das pessoas. Estes direitos demandam uma política governamental ativa. Alguns exemplos são: o direito à alimentação, à educação, ao asilo e atenção à saúde, bem como o direito a preservar e desenvolver a identidade cultural própria²⁶.

Direitos Humanos: Direitos inerentes a todas as pessoas em virtude de sua humanidade, para que possam viver uma vida de liberdade e dignidade. Estes direitos e liberdades são independentes da cidadania, nacionalidade, raça, etnia, idioma, gênero e opção sexual. Os direitos humanos são universais e indivisíveis e têm força legal ao serem codificados como convenções, convênios ou tratados, ou quando são reconhecidos por uma Lei Internacional Consuetudinária²⁷.

Direitos Reprodutivos: Direitos que facultam todas as mulheres, sem discriminação de nacionalidade, classe, etnia, idade, religião, incapacidade, sexualidade ou estado civil, a decidir ter ou não ter filhos. Isto inclui o direito ao aborto legal e seguro. Estes direitos são direitos humanos básicos²⁸.

Determinantes da Saúde: Condições que permitem viver com saúde, tais como o acesso à água segura, condições adequadas de moradia, alimentação e trabalho seguro e saudável. A distribuição dos recursos, as diferenças de gênero e o acesso à educação e informação relacionada com a saúde (incluindo informação em saúde sexual e reprodutiva) são também determinantes da saúde. Os determinantes não estão necessariamente diretamente relacionados à atenção à saúde, no entanto, sua análise ajuda a compreender onde existem barreiras aos direitos humanos.

²⁴ <http://www.wemos.nl/en-GB/Content.aspx?type=Themas&id=1548>

²⁵ Kooijmans, 2000, p.255.

²⁶ Kooijmans, 2000, p.255.

²⁷ Relatório de Desenvolvimento Humano 2000 Glossário:
<http://www.undp.org/hdr2000/english/presskit/glossary.pdf>

²⁸ <http://www.wgnrr.org/home.php?page=1&type=menu>

Determinantes Sociais da Saúde: Fatores sociais que afetam a saúde incluindo a educação, o acesso a uma alimentação segura e saudável, o emprego, oportunidades e ao controle sobre a própria vida²⁹.

Discriminação: "Qualquer distinção, exclusão ou restrição... que tenha o efeito ou propósito de menosprezar ou anular o reconhecimento, desfrute ou exercício" de "um grupo de direitos humanos e liberdades fundamentais, sejam políticas, econômicas, sociais, culturais ou de qualquer outro campo". Os grupos que freqüentemente sofrem ações discriminatórias incluem: as mulheres, minorias étnicas e religiosas, homossexuais e pessoas com necessidades especiais.

Documentos de Consenso: Documentos resultantes de acordo político que foram aprovados por declaração. Embora não tenham vínculo legal, são importantes porque os governos sentem a obrigação moral de se ater a eles. Também são chamados Documentos Políticos. Um dos mais antigos e influentes documentos de consenso é a Declaração Universal de Direitos Humanos. Outros exemplos famosos são: a plataforma de Beijing para a Ação e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Documentos ou Planos da Estratégia de Luta contra a Pobreza (DELP): Uma das condições para que um país possa receber ajuda e diminuir a sua dívida, é fazer um DELP. Um DELP descreve as políticas macroeconômicas, estruturais e sociais e os programas que um país pode seguir a longo prazo para promover um crescimento de ampla base e diminuir a pobreza³⁰.

Enfoque baseado em Direitos: Dado que os Estados são responsáveis pela garantia dos direitos humanos, os cidadãos podem solicitar que o Estado se responsabilize por suas obrigações de respeito, proteção e cumprimento de tais direitos. A base deste enfoque é que a violação de um direito humano necessita ser conhecida ou descrita, mesmo quando o número de pessoas seja muito pequeno ou não se conheça tal número com exatidão. Em outras palavras, todas as violações aos direitos humanos devem ser individualizadas e tratadas com seriedade. Uma redução de um certo tipo de violação aos direitos humanos pode ser um avanço positivo, mas não se justifica se ocorrerem outras violações.

Enfoque de Ciclo de Vida: A saúde é um aspecto que está relacionada ao tempo de vida. As políticas de saúde necessitam ser projetadas segundo os diferentes estímulos que as pessoas recebem em diferentes épocas de sua vida. A discriminação ou qualquer outra violação aos direitos humanos que ocorra na infância pode determinar o curso de vida das pessoas³¹.

Enfoque de Direitos Humanos: Ver: enfoque baseado em direitos.

Estado, Obrigações do: As obrigações ou os deveres do Estado Membro assinalam o que um Estado deve e não deve fazer, a fim de assegurar que a população do país seja capaz de desfrutar plenamente dos direitos sinalizados na Convenção. Ver Respeito/Proteção/Cumprimento.

Estados Membros: Aqueles países que ratificaram um convênio, convenção ou tratado e se comprometeram legalmente a cumprir com suas expectativas de obrigações. Ver também Estado, obrigações.

²⁹ <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/9854302995c2c86fc1256cec005a18d7?Opendocument>

³⁰ <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/prsp.htm>

³¹ <http://www.unfpa.org/rh/lifecycle.htm>

GATS: Acordo Geral sobre Comércio de Serviços desenvolvido com o propósito de criar um sistema crível e confiável de regras internacionais de comércio, assegurando o trato justo e eqüitativo de todos os participantes, estimulando a atividade econômica através de vínculos políticos garantidos e promovendo o comércio e desenvolvimento através de uma liberalização progressiva. É polêmico por suas limitações à liberdade das pessoas e de seus governos que podem eleger democraticamente a forma com que oferecem seus serviços e os efeitos que podem ter na qualidade e na disponibilidade de serviços essenciais em todo o mundo³².

Gênero: Enquanto "sexo" se refere às diferenças biológicas entre homens e mulheres, gênero descreve os papéis socialmente construídos, os direitos e as responsabilidades que as comunidades e a sociedade consideram apropriados para os homens e as mulheres. Nós nascemos como machos e fêmeas, mas ser menina ou menino, mulher ou homem é algo que aprendemos com nossas famílias e com as sociedades. Este comportamento aprendido forma a identidade de gênero e determina os papéis de gênero. Estes papéis não são necessariamente os mesmos através do mundo, nem mesmo dentro de um país ou região³³.

Governo: A palavra governo é usada neste instrumento de avaliação em seu sentido mais amplo. Compreende tanto os decisores legais e políticos, como as instituições governamentais responsáveis pela implementação de políticas. Também inclui os níveis governamentais nacionais, regionais e locais. Enquanto as autoridades locais e regionais podem ter responsabilidades consideráveis em desenvolver e implementar políticas, o governo nacional ou central tem a responsabilidade final de assegurar que os direitos humanos sejam respeitados.

Indicador/es: Variável ou medição que transmite informação qualitativa ou quantitativa, mas que é consistentemente mensurável. Os indicadores relacionados aos direitos humanos das mulheres são, por exemplo, a taxa de mortalidade materna, as mulheres que sofrem de doenças epidêmicas (sejam transmissíveis ou não), a expectativa de vida das mulheres, a razão homem-mulher, o nível nutricional das mulheres de todos os grupos etários, a incidência de violência contra as mulheres, a porcentagem de mulheres analfabetas, etc. Os dados destes indicadores devem ser apresentados desagregados por todos os grupos etários e por outros sub-grupos socioculturais e econômicos³⁴.

Indivisibilidade dos Direitos: A indivisibilidade dos direitos humanos é a base principal do sistema de direitos humanos formulado em 1948 na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nela se estabelece que todos os direitos humanos (tanto civis e políticos, como econômicos, sociais e culturais) estão inter-relacionados e não podem ser separados. A fim de garantir a conquista dos direitos humanos, sua implementação deve ser integral. É impossível garantir totalmente os direitos civis e políticos se for ignorado ou deixado de lado algum direito econômico, social ou cultural.

Limitações: Um Estado pode ter razões para limitar certos direitos incluídos no CIDESC. Por exemplo, as medidas de saúde pública para controlar algumas doenças contagiosas podem infringir alguns direitos. Isto é permitido somente se a limitação for dirigida, em primeiro lugar, a proteger os direitos individuais determinados pela lei nacional, se for compatível com a natureza dos direitos protegidos pelo CIDESC e se tiver propósitos legítimos (como por exemplo, não usar a limitação para aumentar o arsenal militar). Além disso, a limitação deve conduzir ao bem-estar geral da sociedade (e não somente de uma parte dela) e deve ser proporcional. Deve-se eleger sempre a alternativa menos restritiva³⁵.

³² http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/gatsqa_e.htm y <http://www.peopleandplanet.org/tradejustice/gats/>

³³ http://www.unicef.org/gender/index_bigpicture.html

³⁴ OMS, 25 perguntas em Saúde e Direitos Humanos

<http://www.who.int/hhr/activities/publications/en/index.html>

³⁵ Ver CIDESC Artigo 4 e parágrafo 28 e 29 do Comentário Geral 14.

Monitoramento e Relatório, Procedimentos de: Os tratados têm procedimentos de relatório e monitoramento para controlar sua implementação própria em todos os países. Em alguns casos os relatórios se assemelham a uma "auto-inspeção" - os governos relatam seu próprio avanço em relação às obrigações de direitos humanos. Em outros casos, um organismo de monitoramento (por exemplo uma ONG) inicia o relatório sobre o comportamento governamental.

Não retrocesso: Princípio pelo qual não se permite aos governos permanecer passivos em uma situação onde os direitos humanos se deteriorem, nem se permite que possam adotar medidas que reduzam o gozo de tais direitos. Se um governo adotar medidas de retrocesso, deverá provar que não tinha outra opção, por exemplo devido a uma crise severa. Em tais casos, os governos também têm de demonstrar que foram protegidos os direitos dos grupos mais vulneráveis³⁶.

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) formam um esquema de acordos seguido por todos os países do mundo e das principais instituições de desenvolvimento. Os objetivos compreendem desde diminuir à metade a extrema pobreza e deter a disseminação da HIV/AIDS, até prover educação primária para todos até o ano 2015. Na Declaração do Milênio da ONU, os Estados Membros também sublinham valores tais como a liberdade, a igualdade e a solidariedade³⁷.

Obrigações Básicas: Aquelas que devem ser levadas em conta para garantir o mínimo requerido por cada direito.

Organizações de Base: Organizações formadas pela comunidade local ou que envolvem a comunidade.

Organizações Não Governamentais (ONG's): Organizações formadas pela população fora do governo. Podem operar em escala internacional, nacional, regional ou local de acordo com diferentes mandatos, agendas e prioridades. As ONGs jogam um papel importante e influenciam a política das Nações Unidas ao escreverem relatórios confidenciais ou relatórios-sombra.

Participação: Processo através do qual os atores políticos (indivíduos e organizações) influenciam e tiram o controle dos formuladores de política sobre a definição de prioridades, a atribuição de recursos e o acesso a bens e serviços públicos³⁸.

Plataforma de Beijing para a Ação: Documento de consenso aprovado na Quarta Conferência Mundial da Mulher de Beijing em 1995, que revisou e reafirmou os direitos humanos das mulheres em todos os aspectos da vida, assinado pelos representantes na Conferência, com força moral e sem vínculo legal. O "Documento Beijing Plus 5" adiciona melhorias e seus progressos foram revisados depois de 10 anos, durante a 49ª sessão da Comissão sobre o Estado da Mulher (2005)³⁹.

Política/s: Linha de ação proposta por um ator ou grupo de atores políticos em relação a um problema ou a um assunto de interesse. As políticas podem variar consideravelmente em seu enfoque. O termo política pode se referir tanto a uma estratégia nacional de saúde de médio prazo, como também à decisão de alcance mais limitado, tais como a redução de fundos para pavilhões de maternidade em um certo distrito. Os atores podem ser: governos locais ou nacionais, organizações, empresas ou indivíduos⁴⁰.

Programa de Ação do Cairo: Documento final da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, aprovado pelas Nações Unidas em Setembro de 1994 no Cairo, Egito.

³⁶ CIDESC Comentário Geral 14, p.32

³⁷ <http://www.ohchr.org/english/issues/millennium-development/resources.htm>

³⁸ Banco Mundial em <http://lnweb18.worldbank.org/ESSD/sdvext.nsf/66ByDocName/> Programa a nível Político sobre Projeto Participativo.

³⁹ <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/index.html>

⁴⁰ James Anderson em Howlet e Ramesh, 1995, p.6.

Programa Vertical: Intervenção para diminuir a morbimortalidade com foco em uma doença específica ou também uma solução tecnológica, assim como uma campanha para promover a terapia de reidratação oral para tratar a diarreia. Isto contrasta com a mudança de estratégias para atacar as causas fundamentais das doenças, tais como a desnutrição ou a melhoria do sistema de saúde como um todo.

Protocolo Opcional: Tratado separado associado a um tratado mestre, no qual os Estados afiliados a este podem escolher se comprometer a exercer obrigações adicionais⁴¹. O protocolo opcional ao CIDESC outorga garantias aos indivíduos para que possam enviar uma reclamação ao Comitê do CIDESC. O protocolo opcional da CEDAW também cria a possibilidade para que o Comitê do CEDAW revise as reclamações individuais (comunicados) e faculta o Comitê a iniciar um procedimento de pesquisa.

Provedor: Pessoa obrigada a prover direitos a uma demandante qualificada. Um indivíduo pode ser ao mesmo tempo demandante e provedor. As relações entre ambos formam um padrão que une os indivíduos e as comunidades, inclusive nos mais altos níveis da sociedade (Ver Demandante).

Pontos de Referência (Benchmark): Objetivos e metas auto-reguláveis a ser alcançados de acordo com dados futuros. Os pontos de referência nacionais e internacionais são o marco para medir o progresso na implementação do direito à saúde e são normalmente usados para avaliar a efetividade das políticas e se seu progresso alcançou todos os setores da população⁴².

Ratificação/Adesão: Promessa oficial de um Estado para aderir a um tratado ou convenção e as normas legais que este especifica⁴³.

Realização Progressiva: Princípio pelo qual os governos devem fazer tudo o que esteja a seu alcance a fim de melhorar a situação relativa aos direitos humanos, incluindo o direito à saúde. Os governos devem realizar passos e medidas concretas, deliberadas e enfocadas para a total realização do direito à saúde e eliminar a discriminação na atenção à saúde. A velocidade do progresso depende das situações específicas de todos os Estados e pode diferir de país para país⁴⁴.

Recomendações Gerais/Comentários Gerais: Documentos escritos pelos Comitês que monitoram a implementação dos direitos humanos e que tratam de explicar como um determinado tratado deve ser interpretado ou aplicado. Algumas recomendações gerais muito relevantes no contexto destes instrumentos de avaliação são: a Recomendação Geral 24 da CEDAW, concernente às mulheres e à saúde e o Comentário Geral 14 do CIDESC sobre o direito ao mais alto nível possível de saúde.

Relator Especial: Oficial designado para coletar informação sobre un determinado tema, usualmente por um período curto.

Relator Especial em Saúde: Em abril de 2002, a Comissão de Direitos Humanos designou Paul Hunt como Relator Especial. O Relator Especial tem o dever de recolher e trocar informação quanto ao direito à saúde, discutir as possíveis áreas de cooperação com todos os atores relevantes, incluindo os governos, organismos relevantes da ONU, agências especializadas, ONGs e instituições financeiras internacionais, relatar sobre o estado do direito à saúde e fazer recomendações sobre medidas que promovam e protejam o direito à saúde⁴⁵.

⁴¹ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/whatis.htm>

⁴² Asher, 2004, p.89.

⁴³ <http://www.undp.org/hdr2000/english/presskit/glossary.pdf>

⁴⁴ [CIDESC article 2 and article 12; CIDESC General Comment 14 paragraphs 30 and 31.](#)

⁴⁵ <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/9854302995c2c86fc1256cec005a18d7?Opendocument>

Relatório-sombra: Relatórios criados por uma ou mais ONGs que analisam o estado da implementação das obrigações dos direitos humanos em nível nacional. Nestes relatórios, as ONGs aportam informação suplementar aos relatórios governamentais e assim ajudam os Comitês que monitoram o tratado a enfocar situações que são omitidas, descuidadas ou erroneamente relatadas pelo governo⁴⁶. Os relatórios-sombra são também conhecidos como relatórios alternativos.

Requisitos de acesso: A prestação de bens e serviços de saúde deve ser acessível a qualquer pessoa, sem discriminação alguma dentro da jurisdição do Estado Membro⁴⁷. É de importância particular considerar a remoção das barreiras de acesso dos grupos vulneráveis e marginalizados. O acesso inclui:

- Acesso físico: serviços de segurança física disponíveis para todos os setores populacionais especialmente os grupos vulneráveis e marginalizados.
- Acesso econômico (acessibilidade): acessível para todos, incluindo grupos com desvantagens sociais. Por exemplo, os setores mais pobres não devem ser sobrecarregados com gastos em saúde em comparação com os setores mais ricos.
- Acesso à informação: direito a pedir, receber e transmitir informação e idéias sobre tópicos de saúde. O acesso à informação não deve afetar o direito de manter a confidencialidade dos dados pessoais de saúde.

Requisitos de aceitabilidade: Toda a prestação de bens e serviços de saúde deve manter padrões de ética médica, tais como preservar a confidencialidade da informação médica individual e, inclusive, melhorar o estado de saúde dos interessados. Estes serviços também devem ser culturalmente adequados para as pessoas às quais são dirigidos, tratando com respeito as práticas de saúde tradicionais⁴⁸.

Nota importante: A aceitabilidade não pode ser usada como uma escusa para práticas excludentes (por exemplo: negar informação e serviços de saúde reprodutiva a meninas adolescentes para "proteger seu pudor"). Outra limitação à aceitabilidade é quando as práticas tradicionais afetam os direitos de saúde da mulher (como no caso da mutilação genital feminina). Semelhantes práticas são consideradas como discriminatórias.

Requisitos de disponibilidade: No Estado Membro deve haver prestação de assistência à saúde e de serviços de saúde pública, bem como bens, serviços e programas de saúde em quantidade suficiente⁴⁹.

Requisitos de qualidade: A prestação de bens e serviços de saúde deve ser cientificamente válida e de boa qualidade. Isto inclui, entre outras coisas, pessoal médico capacitado, equipamento hospitalar e medicamentos vigentes que estejam cientificamente aprovados, bem como água potável e segura e higiene sanitária adequada⁵⁰.

Reserva: Nos casos onde os Estados objetam um ou vários artigos de um tratado de direitos humanos, é comum fazer uso de uma reserva. A reserva é uma declaração escrita que limita o conteúdo de um artigo, limita onde pode ser aplicado ou rechaça a cláusula inteira. A reserva é válida unicamente se é compatível com o objeto e o propósito do tratado, se o tratado não proíbe reservas, e se os outros Estados Membros não objetam tal reserva.

⁴⁶ <http://swf.u2u.org/women2000.txt>

⁴⁷ CIDESC Comentário Geral 14, parágrafo 12.

⁴⁸ CIDESC Comentário Geral 14, parágrafo 12.

⁴⁹ CIDESC Comentário Geral 14, parágrafo 12.

⁵⁰ CIDESC Comentário Geral 14, parágrafo 12.

Respeito/Proteção/Cumprimento: Os Estados Membros têm a obrigação de respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos. A obrigação ao respeito requer que os Estados se abstenham de interferir no gozo destes direitos. A obrigação de proteger requer que os Estados Membros previnam o abuso contra estes direitos por parte de terceiros. A obrigação de cumprimento requer dos Estados Membros envolvimento pró-ativo naquelas atividades que garantam o gozo dos direitos. O cumprimento também requer que os Estados ditem as medidas e disponibilizem os meios necessários para garantir que cada pessoa possa obter os direitos básicos quando, por razões que escapem ao seu controle, sejam incapazes de ter estes direitos⁵¹.

Saúde: A saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença ou afecção. Não está restrita à atenção à saúde, mas também inclui os fatores socioeconômicos e é estendida aos determinantes subjacentes como a distribuição de recursos, a questão de gênero, a alimentação e nutrição, a moradia, o acesso à água segura e potável e ao saneamento adequado, a condições de trabalho seguras e saudáveis e a um meio ambiente saudável⁵². Ver também **direito à saúde e atenção primária, secundária e terciária à saúde**.

Sociedade Civil: Voluntários cívicos, organizações e instituições sociais que formam a base de uma sociedade funcional em contraposição com as estruturas rígidas do Estado. O termo sociedade civil é usado normalmente pelos críticos e ativistas em referência às fontes de resistência à globalização⁵³.

Tratado: Contrato ou outro instrumento escrito que vincula dois ou mais Estados às leis internacionais; usa-se sem distinção como sinônimo de Convenção e Convênio. Todos os países que concordam em ser sujeitos de um tratado através da ratificação ou adesão têm a obrigação legal de implementar estes direitos e princípios em nível nacional⁵⁴. Ver Ratificação/Adesão.

TRIPS: Acordo da OMC em Aspectos Relacionados ao Comércio dos Direitos de Propriedade Intelectual, que obriga os 44 Países-Membros da OMC a proteger os direitos de propriedade intelectual, tanto nos produtos comercializados como no processo de produção. Direitos de propriedade intelectual tais como direito de cópia e de patente estão destinados a compensar os custos que os produtores investem em pesquisa e desenvolvimento⁵⁵.

Violação dos Direitos Humanos: Infração dos mandatos de um tratado (Convenção/Convênio) ou ação/omissão que seja incompatível com o tratado.

⁵¹ http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_manual.pdf

⁵² Adaptado das Recomendações Gerais CIDESC 14, parágrafos 4 e 20.

⁵³ http://en.wikipedia.org/wiki/Civil_society

⁵⁴ <http://untreaty.un.org/English/guide.asp#treaties>

⁵⁵ <http://untreaty.un.org/English/guide.asp#treaties>

Anexo V. LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAT	Convention Against Torture – Convenção contra a Tortura
CDESC - CESCR	Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - Committee on Economic, Social and Cultural Rights
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - Convenção para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres
CEDAW/Comitê	Comitê da CEDAW
CEDR - CERD	Convenção Internacional para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial – Convention on the Elimination of Racial Discrimination
CIDCP - ICCPR	Convênio Internacional sobre Direitos Civis e Políticos - International Covenant on Civil and Political Rights
CIDESC - ICESCR	Convênio Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais - International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
CDC - CRC	Convenção sobre os Direitos das Crianças - Convention on the Rights of the Child
DOTS	Directly Observed Treatment (for tuberculosis) - Tratamento Diretamente Observado ou Estritamente Supervisionado (para Tuberculose)
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMP	Fundo Mundial de População
GATS - AGCS	General Agreement on Trade in Services - Acordo Geral sobre Comércio de Serviços
HeRWAI	Health Rights of Women Assessment Instrument – Instrumento de Avaliação dos Direitos à Saúde das Mulheres
HOM	Humanistisch Overleg Mensenrechten (em alemão: Comitê pelos Direitos Humanos)
CIPD - ICPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - International Conference on Population and Development
MSP	Movimento pela Saúde dos Povos
NU	Nações Unidas
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
DELP - PRSP	Estratégia de Luta contra a Pobreza, Documento - Poverty Reduction Strategy Paper
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
UNDP	United Nations Development Program - Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
UNFPA	United Nations Population Fund - Fundo de População das Nações Unidas
UNHCHR	United Nations High Commissioner for Human Rights - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos
UNICEF	United Nations Children's Fund – Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH	Virus da Imunodeficiência Humana