



PUC

DEPARTAMENTO DE DIREITO

**RESPONSABILIDADE INTERNACIONAL DO
ESTADO DURANTE A PANDEMIA: OPÇÕES DE
REMÉDIOS REGIONAIS PARA INDIVÍDUOS PELA
VIOLAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE**

por

JOÃO VICTOR DE ARAUJO MIRANDA

ORIENTADORA: CAROLINA DE CAMPOS MELO

2023.1

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO
RUA MARQUÊS DE SÃO VICENTE, 225 - CEP 22453-900
RIO DE JANEIRO - BRASIL

**RESPONSABILIDADE INTERNACIONAL DO
ESTADO DURANTE A PANDEMIA: OPÇÕES
DE REMÉDIOS REGIONAIS PARA
INDIVÍDUOS PELA VIOLAÇÃO DO DIREITO
À SAÚDE**

por

JOÃO VICTOR DE ARAUJO MIRANDA

Monografia apresentada
ao Departamento de
Direito da Pontifícia
Universidade Católica do
Rio de Janeiro (PUC-Rio)
para a obtenção do Título
de Bacharel em Direito.

Orientadora: Carolina de
Campos Melo

2023.1

DEDICATÓRIA

Ao meu padrinho, exemplo de
dedicação e carinho, com
eternas saudades.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Carla Fernanda e José Eduardo Miranda, minha irmã, Bruna Miranda, e meus avós Dirce e Sérgio de Araujo, por serem a base de todas as minhas conquistas, meu apoio, minha torcida e meu porto seguro.

Ao meu padrinho, Mariano Miranda, e minha madrinha, Celia Lopes, pela presença constante em meus estudos e toda minha vida.

À toda a minha família, pelos ensinamentos e vivências compartilhados comigo durante os anos.

À Laura Lima, pela parceria essencial em todos os momentos e por ser meu constante incentivo para oferecer o meu melhor.

Aos meus amigos da graduação, Amanda Wang, Arthur Sangiacomo, Beatriz Maranhão, Carolina Medici, Carolina Sibilio, Christine Lobo, Clara Roy, Conrado van Erven, Eduardo Pimpão, Fernanda Ribeiro, Filipe Nave, Gabriel Sigaud, Giovanna Barretti, Giuliana Escudero, Guilherme Strauch, João Pedro Coutinho, João Vítor Mezher, João Vítor Torres, Luisa Hippolito e Thomaz de Aquino, que fizeram da universidade uma experiência inesquecível.

Aos meus amigos Amanda Chami, Antonia Zubelli, Ana Carolina Longo, Carlos Santiago, Ezequiel Gonzalez, Francesco Cappadona, Guilherme França, Johann Ramalho, Juliana Rambaldi, Julien Daube, Luisa Avvad e Maria Antonia Silva, por me acompanharem por toda a minha vida e estarem sempre presentes quando precisei.

À Case Western Reserve University, em especial os professores Liz Woyczynski, James Johnson, Avidan Cover e Jack Turner, por me receberem de braços abertos e complementarem minha formação de maneira indescritível.

À International Model UN Association, em especial Chris Talamo, Max e Hannah Ross, Althea Turley, Pranav Reddy e Kylie Watanabe, por me proporcionarem experiências inesquecíveis e amizades eternas.

Aos meus mentores Enrico Mazza, Rodrigo Oliveira e Antonio Pedro Souza, por servirem de exemplos de excelência na advocacia, e Rodrigo Araujo e Mariana Carrera, pela oportunidade de realizar meu sonho.

À Lydia Rey, por me oferecer calma e esclarecimento nos momentos de tensão e inquietude.

À minha orientadora e professora Carolina de Campos Melo, sem a qual nenhuma palavra deste trabalho seria escrita, pelo aprendizado e apoio tanto durante suas aulas quanto no auxílio a esta pesquisa.

Resumo

Miranda, João Victor de Araujo. *Responsabilidade Internacional do Estado durante a Pandemia: Opções de remédios regionais para indivíduos pela violação do direito à saúde*. Rio de Janeiro, 2023: 96 p. Monografia de final de curso. Departamento de Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro — PUC-Rio.

O presente trabalho acadêmico visa analisar o entendimento do direito internacional quanto o direito à saúde e as obrigações conferidas aos Estados para manutenção desta. Diante desta análise, busca-se explorar de maneira comparativa os sistemas regionais de proteção de direitos humanos a fim de averiguar sua atribuição de responsabilidade internacional do Estado em relação à violação do direito à saúde durante a pandemia e avaliar a efetividade das opções de remédios regionais disponíveis para os indivíduos afetados.

Palavras-chave: direito à saúde; responsabilidade estatal; direitos humanos; sistemas regionais; direito internacional.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENTENDIMENTO DO DIREITO INTERNACIONAL ACERCA DO DIREITO À SAÚDE	1
1. Evolução do Entendimento do Direito à Saúde no Direito Internacional	1
2. Responsabilidades dos Estados em Relação à Preservação do Direito Humano à Saúde	11
PARTE II - ENTENDIMENTO DOS ÓRGÃOS REGIONAIS ANTES DE 2020	3
1. Direito à Saúde na Corte Europeia de Direitos Humanos	21
2. Direito à Saúde no Tribunal Africano dos Direitos do Homem e dos Povos.....	28
3. Direito à Saúde na Corte Interamericana de Direitos Humanos.....	35
PARTE III - DIREITO À SAÚDE E O CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19.....	42
1. Responsabilização Estatal e Derrogação de Direitos no Contexto da Pandemia.....	42
2. Aplicação extraterritorial das obrigações estatais de preservação do direito à saúde.....	50
3. Efetividade dos Sistemas Regionais de Direitos Humanos na Preservação do Direito à Saúde	53
CONCLUSÃO.....	74
BIBLIOGRAFIA	78

INTRODUÇÃO

O surgimento da pandemia da COVID-19 trouxe novos desafios para todos os aspectos da vida humana, entre eles os métodos de proteção aos direitos fundamentais a uma vida digna. Enquanto o direito internacional, através de anos de evolução e desenvolvimento, estabelece a obrigação dos Estados de garantir o acesso universal a serviços de saúde e demais recursos que auxiliem o aproveitamento do melhor estado de saúde possível, muitas vezes essas obrigações encontram-se em confronto com barreiras econômicas, políticas e jurídicas que limitam o alcance efetivo desses direitos. A pandemia de COVID-19 iniciada no início de 2020 representou o maior obstáculo recente para o aproveitamento mundial da saúde, colocando os Estados em uma posição ainda maior de garantidor e protetor de direitos. Ademais, o contexto global de seus efeitos resultou em uma internacionalização das discussões, propostas e medidas tomadas por governos e instituições para contornar a crise ou melhor assimilá-la.

No contexto de inovações globais realizadas com o intuito de se adequar ao mundo pós-pandêmico, o objetivo deste estudo é analisar como os institutos e sistemas regionais já existentes de direito internacional foram aproveitados para contornar questões causadas pela COVID-19, assim como sua adaptação e reformulação para tratar de casos emergentes. Em especial, busca-se estudar como a concepção da responsabilização estatal foi utilizada para tratar de atos ilícitos (ações e omissões) dos Estados para com seus cidadãos, em se tratando do direito à saúde – por ser o direito mais em risco em momentos de crise sanitária – além de verificar se os sistemas de proteção de direitos humanos se estruturaram e consolidaram entendimentos para se oferecerem como remédios eficientes para realizar a responsabilização.

A pesquisa para fundamentação deste trabalho baseia-se nos princípios e normas já estabelecidos pelo direito internacional em relação ao direito à

saúde, incluindo como fontes primárias instrumentos internacionais relevantes como a Constituição da Organização Mundial da Saúde, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e demais tratados que expandiram ou consolidaram o direito à saúde internacionalmente, assim como os instrumentos regionais de proteção a direitos humanos que mencionam o direito, como a Carta Social Europeia, a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos e o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Este trabalho também irá se apoiar em fontes secundárias, como estudos acadêmicos sobre o direito à saúde e os sistemas de proteção a direitos humanos neles analisados, além da análise da jurisprudência relevante dos sistemas regionais, assim como seus documentos oficiais e relatórios. O método de pesquisa, portanto, é uma abordagem qualitativa por meio de revisão bibliográfica e análise de estudos de caso de remédios regionais implementados em diferentes regiões do mundo.

O trabalho está dividido em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta o entendimento do direito à saúde no ordenamento internacional, discorrendo acerca do histórico e evolução deste direito por meio de tratados internacionais e comentários dos órgãos especializados. O capítulo também trata das obrigações impostas aos Estados pelo direito internacional em relação à observação e proteção deste direito, inclusive os padrões de garantia e parâmetros de concordância utilizados.

Em seguida, o capítulo seguinte trata especificamente do entendimento dos três principais órgãos regionais - o sistema interamericano, europeu e africano de direitos humanos, em relação ao direito à saúde, no tocante a quais responsabilidades estes sistemas conferem aos Estados para sua observação, assim como as garantias e prerrogativas individuais e coletivas dele extraídas. O capítulo irá analisar se a base normativa e jurisprudencial anterior ao direito à saúde era suficiente para a proteção do mesmo, e se através desta base os

mecanismos oferecidos estavam preparados para a crise de saúde pública causada pela COVID-19.

Por fim, o último capítulo irá analisar a resposta destes sistemas perante a pandemia, observando através do estudo de conjunto de casos de cada sistema regional a eficácia destes em responder a violações e ameaças a direitos em consequência à COVID-19. O capítulo também explicará os casos excludentes de responsabilidade e de derrogação de direitos perante o direito internacional, e como estes afetam a possibilidade de responsabilização dos Estados e a eficácia dos remédios internacionais regionais no contexto da pandemia.

PARTE I - ENTENDIMENTO DO DIREITO INTERNACIONAL ACERCA DO DIREITO À SAÚDE

O atual quadro jurídico internacional de direitos humanos evoluiu para uma série de tratados, organizações, e órgãos regulatórios, que permitem esforços e opções para responsabilizar os países pelas suas violações dos direitos humanos. O direito internacional não só define as obrigações dos Estados e os direitos do indivíduo, mas, de acordo com a responsabilidade estatal, também atua definindo quando um Estado violou as suas obrigações internacionais, cobrindo as consequências dessa violação e enunciando a responsabilidade que resulta da violação das obrigações de direitos humanos.

1. Evolução do Entendimento do Direito à Saúde no Direito Internacional

A partir do século XX, com o final da Segunda Guerra Mundial e as consequentes transformações sociais decorrentes da guerra — em especial o combate ao autoritarismo e choque mundial com o desrespeito à vida e dignidade humana —, o direito internacional passou por um processo de transformação e expansão, no qual os Estados perceberam a necessidade de proteção dos chamados “direitos humanos”.

Em 1946, antes mesmo da adesão à Declaração Universal dos Direitos Humanos, os Estados reconheceram na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) que “o gozo do mais alto nível de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano” (Sekalala et al., 2020, n.p.). Subsequentemente, o direito à saúde tem sido elaborado repetidamente em tratados internacionais e regionais de direitos humanos, mas a definição elaborada na Constituição da OMS tornou-se o ponto de partida no qual se

baseiam a maioria das disposições dos instrumentos seguintes no que concerne este direito (Toebe, 1999).

Indo mais afundo na visão do direito à saúde, conforme inicialmente pensado para receber proteção e reconhecimento internacional, o preâmbulo da Constituição da OMS formula o “mais alto padrão de saúde possível” como o direito fundamental em questão e define saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a ausência de doença ou enfermidade” (Organização Mundial da Saúde, 1946, p. 1). Essa linguagem do preâmbulo declarava ainda que “os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos, que só pode ser cumprida com o fornecimento de medidas sociais e de saúde adequadas” (Organização Mundial da Saúde, 1946, p. 1).

Ainda que vaga demais para oferecer qualquer operacionalização significativa, a Constituição da OMS foi vista como introdutora de um conceito mais amplo de responsabilidade internacional pela saúde já promulgado oficialmente entre Estados até então, representando as aspirações da comunidade internacional de proteger e disseminar o direito à saúde. A partir dessa ambição inicial, a maioria dos tratados seguintes ligam o direito ao mais alto padrão possível de saúde (física e mental) e também passaram a incluir várias obrigações governamentais, que serão analisadas no subcapítulo seguinte.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, no artigo 25, também menciona a saúde como parte dos direitos fundamentais do ser humano, relacionando a saúde ao direito de manter um padrão de vida adequado. Similarmente, o direito à saúde foi também reconhecido como um direito humano no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) de 1966 (Organização das Nações Unidas, 2008). Amplamente considerado como o instrumento central de proteção do direito à saúde, o PIDESC reconhece “o direito de toda pessoa de desfrutar do mais alto padrão possível de saúde física e mental” (artigo 12), enquanto o artigo 12.2

enumera, de modo exemplificativo, uma série de medidas a serem tomadas pelos Estados Partes para alcançar a plena realização desse direito (Organização Das Nações Unidas, 1966)¹.

Além disso, o direito à saúde também é reconhecido, entre outros, no artigo 5 (e) (iv) da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial de 1965, nos artigos 11.1 (f) e 12 da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979, e no artigo 24 da Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989. Entre os instrumentos regionais de proteção aos direitos humanos que reconhecem o direito à saúde estão a Carta Social Europeia de 1961, conforme revisada (artigo 11), a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos de 1981 (artigo 16) e o Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos na Área de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1988 (artigo 10). Da mesma forma, o direito à saúde foi proclamado pela Comissão de Direitos Humanos, bem como pela Declaração de Alma-Ata e Programa de Ação de Viena de 1993 e em outros tantos instrumentos internacionais (Organização Das Nações Unidas, 2000).

O primeiro ponto de controvérsia que circula a proteção internacional do direito à saúde está na discussão sobre sua definição. Especificamente, há confusão e discordância sobre qual é o termo mais apropriado a ser usado para abordar a saúde como um direito humano. Argumenta-se que o termo “direito à saúde” é incômodo por sugerir que indivíduos teriam direito a algo que não pode ser garantido, ou seja, à saúde perfeita ou a ser saudável. Também foi observado que a saúde é uma questão altamente subjetiva, variando de pessoa para pessoa e de país para país. Portanto, segundo Toebes (1999), os termos “direito à assistência médica” ou “direito à proteção da saúde” seriam mais realistas para alguns autores.

¹ Art. 12.2. Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1966.

No entanto, Toebes (1999) defende que o termo “direito à saúde” é o que melhor corresponde às disposições dos tratados internacionais de direitos humanos que formulam a saúde como um direito fundamental. Essa disposição não apenas proclama o direito à saúde como acesso a serviços hospitalares e farmacêuticos, mas também abrange outras garantias como o direito a condições salubres no ambiente de trabalho, ao acesso a condições sanitárias dignas, à redução da poluição e à proteção ao meio ambiente como política de saúde pública — a chamada saúde ambiental.

De acordo com Toebes (1999), uma definição mais específica do direito, como na definição “assistência médica”, não conseguiria englobar entendimento mais amplo da saúde como um direito humano, o que apenas restringiria as proteções e garantias individuais que os textos de tratados internacionais buscam conferir. Ademais, o uso de tais expressões amplas e mais abrangentes é bastante comum, e até mesmo desejado no discurso dos direitos humanos. Termos como os direitos à vida, à privacidade, a um julgamento justo e à moradia são capazes de serem aplicados em um número maior de situações práticas, em parte graças a sua amplitude, e o alcance maior cria uma proteção mais completa aos indivíduos perante o Estado.

De acordo com Sekalala et al. (2020), apenas recentemente, no entanto, foi reconhecida e aplicada com mais profundidade essa ligação inseparável entre saúde e os demais direitos humanos, identificada pela primeira vez em resposta à pandemia de HIV/SIDA, que evoluiria ao longo de 30 anos para fornecer uma base de direitos humanos para a resposta da COVID-19. Para fim de breve contextualização histórica e normativa, rememora-se que, com a proliferação inicial da epidemia de HIV/SIDA, a primeira reação das autoridades foi a estigmatização e marginalização de grupos vistos como “responsáveis” pelo alastramento da doença, entre eles: imigrantes, profissionais do sexo e, principalmente, membros da comunidade LGBTQIA+ (nomenclatura contemporânea).

Considerando o contexto de perseguição já vivido por esses grupos antes do surgimento da HIV/SIDA, segundo Enoch e Piot (2017), respostas à epidemia muitas vezes se resumiam a limitar direitos fundamentais daqueles infectados pela doença, como restringindo suas possibilidades de locomoção e emprego. Conseqüentemente, em resposta ao constrangimento e medo disfarçados de política pública, grupos ligados à portadores de HIV/SIDA passaram a defender e advogar pelo próprio direito à saúde e não-discriminação, exigindo investimentos em pesquisas sobre o vírus, voltadas a possíveis tratamentos e na conscientização pública acerca da doença.

Para Enoch e Piot (2017), a crise de saúde pública passou a ser relacionada a uma crise de direitos humanos graças ao trabalho de Jonathan Mann, primeiro diretor do Programa Global da Organização Mundial da Saúde sobre a AIDS, que afirmava que fatores sociais e violências estruturais eram causas determinantes da dimensão da crise epidêmica. Assim, iniciou-se, de maneira organizada, uma abordagem que ligava saúde a direitos humanos, entendendo que o respeito aos direitos das pessoas portadoras do vírus da HIV/SIDA “melhoraria seu envolvimento com os programas de saúde, aprimorando assim a vigilância e o controle do HIV” (Enoch e Piot, 2017, n.p.). Esses esforços culminaram nas Diretrizes Internacionais sobre HIV/AIDS e Direitos Humanos, e representam um marco na proteção interdisciplinar do direito à saúde.

Nesse sentido, o primeiro tratado que deve ser analisado quando se discute o direito à saúde é o já mencionado PIDESC. Este tratado protege os chamados direitos positivos do indivíduo, tais como o acesso à saúde, à alimentação e a condições de vida adequadas, que requerem a intervenção e ação do Estado para serem garantidos. Assim, retira-se uma das mais importantes características do direito à saúde: trata-se de um direito de dimensão majoritariamente social, que exige ação estatal ampla para sua proteção e efetiva realização. Dessa forma, a não-intervenção por parte do

Estado não é suficiente para que o direito à saúde seja aproveitado de forma efetiva. Pelo contrário, a omissão estatal e carência de políticas públicas que visam disseminar e promover o direito à saúde são indicativos aparentes do desrespeito a esse direito.

Segundo Alston e Goodman (2013), tal tratado é monitorado pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU (CESCR), o órgão encarregado de controlar não só o desempenho dos Estados no âmbito do PIDESC, mas também de elaborar comentários e opiniões que esclareçam a extensão e aplicabilidade dos direitos previstos no tratado. Seguindo a evolução normativa de ampliar a definição e proteção do direito à saúde, o CESCR publicou, em 2000, o Comentário Geral nº 14, que discorre acerca do Artigo 12 do PIDESC, chamado de “direito ao mais elevado nível possível de saúde”². O Comentário evidencia que, assim como na Constituição da OMS, o PIDESC apresenta uma definição mais abrangente que aquela apresentada pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, que passou a ser interpretada de maneira a dialogar com os outros direitos:

O direito à saúde está intimamente relacionado e dependente da realização de outros direitos humanos, conforme contido na Carta Internacional de Direitos, incluindo os direitos à alimentação, à moradia, ao trabalho, à educação, à dignidade humana, à vida, à não discriminação, à igualdade, à proibição da tortura, à privacidade, ao acesso à informação e à liberdade de associação, reunião e movimento. Esses e outros direitos e liberdades abordam componentes integrais do direito à saúde. (...) Desde a adoção dos dois Pactos Internacionais em 1966, a situação da saúde mundial mudou drasticamente e a noção de saúde passou por mudanças substanciais e ampliou seu escopo. Mais aspectos determinantes da saúde estão sendo levados em consideração como a distribuição de recursos e as diferenças de gênero. Uma definição mais ampla de saúde também leva em conta preocupações relacionadas à sociedade, como violência e conflitos armados (Organização das Nações Unidas, 2000, n.p., tradução nossa).

Finalmente, de acordo com a Organização das Nações Unidas (2008), o direito internacional evoluiu ao longo dos anos para promover especial

² Os Comentários Gerais interpretam e esclarecem o conteúdo dos direitos estabelecidos no tratado. Embora os Comentários Gerais não sejam legalmente vinculantes, são interpretações de enorme autoridade dos direitos humanos individuais e suas aplicações práticas.

proteção a minorias e grupos vulneráveis, que enfrentam ameaças específicas ou mais agravadas em relação ao seu direito à saúde. Tal entendimento decorre dos princípios de igualdade e não-discriminação, componentes fundamentais dos direitos humanos que conferem aos Estados a obrigação de proibir e eliminar a discriminação por qualquer motivo e garantir a igualdade para todos em relação ao aproveitamento de seus direitos fundamentais, entre eles o acesso à assistência médica e a todos aqueles subjacentes à saúde. Os princípios da não-discriminação e igualdade implicam ainda que os Estados devem reconhecer e atender às diferenças e necessidades de grupos que geralmente enfrentam desafios de saúde específicos, como taxas de mortalidade mais alta ou vulnerabilidade a certas doenças.

O PIDESC identifica entre os motivos não exaustivos de discriminação a serem combatidos pelos Estados a discriminação por conta de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, situação econômica, nascimento ou qualquer outra situação. A evolução da abrangência das proteções internacionais, no entanto, expandiu as formas de discriminação vedadas pelo direito internacional, demonstrando o motivo da inclusão de “qualquer outra situação” ao final do artigo. De acordo com o CDESCR, por exemplo, “outra situação” pode incluir status de saúde (por exemplo, HIV/SIDA) ou orientação sexual. Ademais, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (ICERD) expressamente menciona o direito à saúde³ como um dos direitos protegidos pelo instrumento, incluindo acesso a serviços de saúde pública e previdência social.

Da mesma forma, a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) também obriga os Estados a

³ Art. 5º: “os Estados Partes comprometem-se a proibir e a eliminar a discriminação racial sob todas as suas formas e a garantir o direito de cada um à igualdade perante a lei, sem distinção de raça, de cor ou de origem nacional ou étnica, nomeadamente no gozo dos seguintes direitos: (...) e) direitos econômicos, sociais e culturais, nomeadamente: (...) (iv) direito à saúde, a cuidados médicos, à

promover, com igualdade de gênero, o acesso a serviços médicos em condições de igualdade entre homens e mulheres.⁴ Adicionalmente, a convenção também obriga os Estados a adotarem medidas para garantir às mulheres, em igualdade de condições aos homens, o acesso à informação e planejamento familiar (artigo 10, *h*), direito à seguridade social (artigo 11, § 1º, *e*), e direito à proteção da saúde e à segurança nas condições de trabalho (artigo 11, § 1º, *f*). A CEDAW, inclusive, reflete a preocupação do direito internacional quanto aos direitos reprodutivos, mencionados desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos⁵ e o PIDESC⁶ sendo elaborados mais afundo juntamente pela CEDAW.

Tal proteção dialoga também com a proteção conferida a crianças, representada principalmente pela Convenção sobre os Direitos da Criança, que também possui dispositivo que discorre sobre os direitos deste grupo em relação à saúde⁷, com enfoque na redução da mortalidade infantil, prestação de assistência médica, combate à desnutrição, assistência pré-natal e pós-natal após o parto, desenvolvimento de cuidados preventivos e planejamento familiar. Por fim, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência exige que os Estados promovam, protejam e garantam o exercício pleno e

previdência social e aos serviços sociais (...)" (Organização das Nações Unidas, 1966).

⁴ Artigo 12: "1. Os Estados-Partes adotarão todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos a fim de assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, inclusive os referentes ao planejamento familiar. 2. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º, os Estados-Partes garantirão à mulher assistência apropriada em relação à gravidez, ao parto e ao período posterior ao parto, proporcionando assistência gratuita quando assim for necessário, e lhe assegurarão uma nutrição adequada durante a gravidez e a lactância" (Organização das Nações Unidas, 1983).

⁵ Art. 25 (2): "A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social" (Organização das Nações Unidas, 1948, n.p.).

⁶ Art. 12.2 (a): "As medidas que os Estados Partes do presente Pacto deverão adotar com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar: A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças" (Brasil, 1992, n.p.).

⁷ Art. 24.1: "Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados Partes devem enviar esforços para assegurar que nenhuma criança seja privada de seu direito de usufruir desses serviços de cuidados de saúde" (Organização das Nações Unidas, 1989, n.p.).

igualitário de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais pelas pessoas com deficiência, incluindo seu direito à saúde⁸.

Além disso, o artigo 25 reconhece o “direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde, sem discriminação” (Organização das Nações Unidas, 2006, n.p.) para pessoas com deficiência e elabora as medidas que os Estados devem tomar para garantir esse direito. Estes são apenas alguns exemplos de grupos que possuem proteção especial pelo ordenamento internacional no que tange seu direito à saúde, esclarecendo-se, no entanto, que não se trata de uma exploração exaustiva desse tópico. O fato é que o direito à saúde não pode ser analisado de maneira geral ou simplista. Neste sentido, é impossível uma discussão significativa do direito à saúde que não leve em consideração os efeitos trazidos por demais direitos, ou às necessidades especiais do indivíduo que busca exercer o gozo desse direito.⁹

De acordo com a Organização das Nações Unidas (2008), atualmente, o direito à saúde se encontra consolidado no direito internacional e reconhecido pela maioria dos Estados, estando previsto em ao menos 115 constituições nacionais. Da mesma forma, os instrumentos internacionais que discorrem sobre aspectos do direito à saúde possuem, em geral, grande adesão por parte da comunidade internacional.¹⁰

⁸ Art. 25: “Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar o melhor estado de saúde possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero” (Organização das Nações Unidas, 2006, n.p.).

⁹ Considerando a já apontada relevância da observância dos demais direitos humanos na proteção e implementação do direito à saúde, deve-se citar também o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP) entre aqueles que devem ser estudados para sua preservação, apesar de se dirigir apenas indiretamente ao direito à saúde, principalmente através de referências ao direito à vida ou integridade humana. No PIDCP encontram-se artigos que incluem as definições e limitação do Estado na interferência sob os direitos à não-discriminação, liberdade, proibição da tortura, penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, livre circulação, associação, privacidade e tantos demais direitos ligados à saúde, além de também possuir um sistema próprio de controle e monitoramento.

¹⁰ O PIDESC, por exemplo, possui, no presente momento, 171 Estados Membros, além de aqueles que assinaram, mas ainda não ratificaram o texto. Da mesma forma, a ICERD possui 182 Estados Membros e a CEDAW possui 183 Estados Membros.

2. Responsabilidades dos Estados em Relação à Preservação do Direito Humano à Saúde

De acordo com Meier e Onzivu (2013), ao tratar o desrespeito à saúde física e mental e ameaças à saúde pública como violações de direitos humanos, o direito internacional passou a oferecer padrões globais para enquadrar as responsabilidades governamentais e avaliar as políticas de saúde, mudando o debate para não só um discurso político, como também uma análise de responsabilidade legal. Tendo isto em conta, antes de abordar o amplo quadro de proteção dos direitos humanos em relação à saúde e as possíveis soluções que podem ser acessadas em resultado de violações, é necessário primeiro fazer uma breve análise sobre o escopo da obrigação de proteção do direito à saúde e quando um Estado pode ser considerado responsável pelas violações que ocorrem no seu território.

Os direitos humanos internacionais e seus tratados são estruturados para que os Estados assumam obrigações e deveres de respeito, proteção e garantia dos direitos humanos. Resumidamente, a obrigação de respeitar significa que os Estados devem se abster de interferir ou restringir o proveito de direitos humanos. A obrigação de proteger exige que os Estados protejam indivíduos e grupos contra abusos destes direitos. Por fim, a obrigação de garantir significa que os Estados devem tomar medidas positivas para facilitar o proveito dos direitos humanos básicos.

Por meio da ratificação de tratados internacionais de direitos humanos, os Estados também se comprometem a implementar políticas e legislações domésticas compatíveis com suas obrigações e deveres decorrentes dos tratados, o que pode ser considerado como uma quarta obrigação de implementar (Nampewo, Mike e Wolff, 2022). A aplicação destas obrigações,

claro, decorre da necessidade de ação no caso concreto, a partir do direito sendo analisado e da forma apresentada da possível violação ao direito. O Estado, por exemplo, possui o dever de respeitar a liberdade do indivíduo de escolher a sua forma de tratamento médico, proteger grupos que tenha acesso a serviços médicos negados com base em discriminação racial, garantir o proveito do direito à saúde em regiões rurais investindo em acesso a centros médicos para além das áreas urbanas, e implementar legislações que codifiquem o reconhecimento e proteção de direitos reprodutivos em seu ordenamento.

Retornando ao Comentário Geral nº 14 do CESCR, este define que o direito à saúde, em todas as suas formas, contém “elementos inter-relacionados e essenciais, cuja aplicação precisa dependerá das condições prevalentes em um determinado Estado Membro” (Organização das Nações Unidas, 2000), o que basicamente coloca diretrizes especiais ao tratamento dado pela comunidade internacional ao direito à saúde, adicionando padrões específicos às obrigações gerais de respeitar, proteger, garantir e implementar conferidas a todos os direitos humanos. Tais elementos são:

- a) disponibilidade: obriga os Estados a terem em seu território unidades e serviços de saúde em número suficiente para atender sua população. Para isso, é necessário que Estados coloquem à disposição não só elementos ligados diretamente à saúde, como remédios, hospitais e profissionais da área de saúde, como também aqueles indiretamente ligados à saúde, como saneamento básico e água potável;
- b) acessibilidade: dispõe que serviços relacionados à saúde devem ser acessíveis à toda a população do Estado dentro de seu território. Segundo o CESCR, para ser verdadeiramente acessível, o serviço de saúde deve ser fornecido a toda população sem discriminação, levar em consideração as necessidades de

grupos vulneráveis ou marginalizados, estar fisicamente acessível à uma distância razoável para toda a população, ser economicamente acessível, e tornar acessíveis informações relacionadas à saúde;

- c) aceitabilidade: os serviços fornecidos pelos Estados devem respeitar os demais direitos dos indivíduos atendidos, levando em consideração as necessidades de minorias e grupos vulneráveis, aspectos culturais, econômicos e de gênero, assim como o contexto das comunidades que atendem. Tal elemento também dialoga com as liberdades individuais de controlar o próprio corpo e saúde, livre de tortura, tratamento médico não-consensual e experimentação;
- d) qualidade: por fim, estipula-se que os serviços de saúde disponibilizados pelo Estado devem ser científica e medicamente adequados e de boa qualidade, incluindo profissionais de saúde qualificados, medicamentos eficazes, água potável e segura e saneamento básico adequado.

Por se tratar de uma obrigação social e econômica — ou seja, por depender de uma intervenção estatal de natureza positiva —, não há uma expectativa que o direito à saúde seja aproveitado por completo, em todas as suas ramificações, assim que houver a ratificação de tratados de direitos humanos que cubram o tópico. Pelo contrário, os direitos previstos no PIDESC devem ser alcançados por meio da realização progressiva, o que significa que os Estados têm uma obrigação específica e contínua de avançar da forma mais rápida e eficaz possível em direção à plena realização do direito à saúde.¹¹ Esse é um reconhecimento implícito de que os Estados possuem limitação de

¹¹ Art. 2.1: “Cada Estado Parte do presente Pacto compromete-se a adotar medidas, tanto por esforço próprio como pela assistência e cooperação internacionais, principalmente nos planos econômico e técnico, até o máximo de seus recursos disponíveis, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o pleno exercício dos direitos reconhecidos no presente Pacto, incluindo,

recursos e que necessariamente precisam de tempo para implementar as disposições do tratado.

No entanto, o princípio da realização progressiva não pode ser usado para justificar desrespeitos ao direito à saúde, uma vez que esse princípio continua dialogando com os objetivos firmados pelo PIDESC, e Estados Membros devem agir de boa-fé para não prejudicar o objeto e a finalidade do tratado. Dessa forma, o princípio da realização progressiva deve ser interpretado tanto como um entendimento sobre as limitações e realidades dos Estados, mas também como uma obrigação contínua e efetiva na medida do possível. Ademais, Estados devem se atentar ao princípio do não-retrocesso, segundo o qual estariam proibidos de enfraquecer seus níveis domésticos de proteção a direitos humanos fundamentais, e quaisquer medidas deliberadamente retrógradas devem ser amplamente justificadas por parte do Estado (Organização das Nações Unidas, 1990). No que tange o direito à saúde, porém, existe uma forte presunção de que medidas retrógradas não são permitidas (Organização das Nações Unidas, 2000).

Em relação às obrigações específicas sobre o direito à saúde, por fim, menciona-se a existência de obrigações mínimas essenciais para garantir a satisfação de níveis básicos do direito, o que pode ser considerada como uma espécie de exceção ao princípio da realização progressiva, uma vez que esta obrigação de assegurar a satisfação de níveis mínimos essenciais é aplicável assim que a ratificação por parte de um Estado se torna eficaz, o que os assemelha aos direitos civis e políticos. Entre as obrigações que são consideradas mínimos essenciais ao direito à saúde estão o direito de acesso a serviços de saúde de forma não discriminatória, assim como água potável, medicamentos, saneamento e moradia, distribuição equitativa dos serviços de saúde pelo território, respeito a direitos reprodutivos, fornecimento de

em particular, a adoção de medidas legislativas” (Organização das Nações Unidas, 1966, n.p.).

imunização contra as principais doenças infecciosas, medidas para prevenir, tratar e controlar doenças epidêmicas e endêmicas, entre outros.

Necessário esclarecer, também, quando um Estado é responsável pela violação de direitos humanos. De acordo com Borelli (2017), para além dos princípios costumeiros e *jus cogens* do direito internacional, os Estados exercem a sua soberania ao decidirem muitas das obrigações a que desejam estar vinculados, mas isso não implica a inexistência de uma norma para determinar a responsabilidade dos Estados na sequência de qualquer violação dessas obrigações por eles escolhidas ou determinadas pelo direito internacional.

Os três elementos da responsabilidade internacional do Estado por violação de direitos humanos são a existência de um fato internacionalmente ilícito, o dano, e o nexo de causalidade entre o fato e a conduta culposa do Estado. O primeiro elemento diz respeito à necessidade de a ação estatal desobedecer uma obrigação internacional, ratificada pelo Estado ou considerada costume internacional de garantia e respeito aos direitos fundamentais, que obriga o Estado no momento em que tal violação acontece, não havendo derrogação, justificativa ou desculpa aceitável pelo ato¹². O segundo elemento — o dano — revela a necessidade de o ato ou omissão causar um fato lesivo ou a um indivíduo ou grupo de pessoas, seja este de natureza material ou moral. Já o último elemento — o nexo causal — é considerado responsável pela violação de direitos humanos se a sua conduta ilícita causadora do dano foi cometida por um agente que possa ser vinculado ao Estado.

De acordo com Bergkamp (2020), o Projeto de Artigos sobre a Responsabilidade dos Estados por Atos Internacionalmente Ilícitos, portanto, formula as regras básicas segundo as quais um Estado deve ser considerado

¹² Tais exceções, consideradas excludentes de responsabilidade, serão analisadas mais adiante no trabalho.

responsável por violações de acordo com o direito internacional. Ao abrigo da codificação, uma ação pode ser atribuída ao Estado quando se refere à conduta, comitiva ou omissiva, de órgãos do Estado, pessoas ou entidades que exercem elementos de autoridade governamental, ou órgãos colocados à disposição de um Estado por outro Estado (Organização das Nações Unidas, s.d.). No que diz respeito ao requisito de violação de uma obrigação internacional, de acordo com o artigo 12º do Projeto de Artigos sobre a Responsabilidade dos Estados por Atos Internacionalmente Ilícitos, um Estado viola uma obrigação internacionalmente vinculativa quando:

[...] um ato deste Estado não está em conformidade com o que lhe é requerido pela obrigação, seja qual for a origem ou natureza dela.¹³

Quando se trata de uma violação de uma obrigação internacional relacionada a direitos humanos, ao analisar tal responsabilidade, utiliza-se o conceito da devida diligência. O conceito de devida diligência no direito internacional se refere ao dever dos Estados de adotar medidas adequadas e efetivas para prevenir, investigar, sancionar e reparar violações de direitos humanos ou outras normas internacionais por parte de agentes estatais ou terceiros sob sua jurisdição. A partir do princípio de devida diligência, os Estados têm o dever de prevenir violações de direitos humanos, investigar adequadamente essas violações quando ocorrerem e remediar os danos causados, quando for necessário. Por exemplo, no contexto do direito internacional dos direitos humanos, a devida diligência exige que os Estados tomem medidas para proteger grupos vulneráveis, como mulheres, crianças e minorias étnicas, contra violações de direitos humanos.

A falha ou omissão do Estado em tomar medidas preventivas, protetivas ou de garantias representa, assim, por si só, uma violação dos direitos humanos fundamentais. No caso do direito à saúde, a ausência de garantias dos mínimos

¹³ Art. 12. Projeto de Artigos sobre a Responsabilidade dos Estados por Atos Internacionalmente Ilícitos.

essenciais que prejudiquem a disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços de saúde, ou a ausência de proteção ou prevenção contra violações ao direito, como discriminações sofridas ao tentar acessar serviços de saúde, ou desrespeito à liberdade de controlar o próprio corpo e saúde, são violações de obrigações internacionais passíveis de responsabilização.

Há várias maneiras de buscar a responsabilização estatal por violações do direito à saúde. Outros Estados e indivíduos podem denunciar Estados por sua violação do direito e das obrigações internacionais. Internacionalmente, Estados terceiros — ou seja, qualquer outro que não o violador — têm uma posição interessante em relação à introdução de reivindicações e medidas visando a responsabilização, pois não são, primariamente, os alvos das violações e descumprimentos das obrigações internacionais. No entanto, o direito internacional oferece opções processuais que permitem intervenções legais por parte de outros Estados em casos de violações prolongadas ou quando isso afeta diretamente seus interesses. De acordo com KOOIJMANS (1990), a primeira instância é parcialmente baseada no entendimento do Caso *Barcelona Traction*, quando a Corte Internacional de Justiça concluiu que os Estados têm obrigações não apenas com outros Estados em relações individuais, mas também obrigações com toda a comunidade internacional, chamadas obrigações *erga omnes*, que incluem direitos humanos básicos, já que todo Estado tem interesse em defendê-los.

Tais denúncias podem ser encaminhadas tanto para órgãos judiciais internacionais, quanto para a Corte Internacional de Justiça, ou cortes regionais, que serão analisadas no próximo capítulo. Há também mecanismos internacionais que permitem a apresentação de reivindicações ou reclamações contra um Estado, na tentativa de receber algum tipo de reparação ou aprimoramento na situação do direito violado, que podem incluir os mecanismos de reclamação regionais, quanto os chamados *treaty-based*

bodies, que seriam órgãos independentes que monitoram a implementação e observância dos principais tratados internacionais de direitos humanos. Através desses órgãos, é possível não só obter uma linha de diálogo com os Estados Membros, como também realizar o monitoramento mais próximo do status dos direitos protegidos por cada tratado e apontar violações de maneira que facilite a responsabilização do Estados pela conduta ou o incentive a promover a reparação pelo descumprimento da obrigação.

Em outubro de 2021, por exemplo, o Relator Especial do Comitê de Direitos Humanos da ONU publicou um relatório sobre os impactos negativos das medidas de combate à pandemia na Venezuela sobre os direitos humanos no país, constatando violações do direito de acesso a cuidados de saúde e alimentação devido à escassez e falta de distribuição adequada de remédios e comida à população, e do direito à segurança social, devido à crise econômica e à dependência da população de programas sociais (Organização das Nações Unidas, 2021a). Outro relatório do mesmo período do Alto Comissário para os Direitos Humanos observou que as medidas tomadas pelo governo venezuelano “exacerbaram condições econômicas adversas e humanitárias complexas pré-existentes” (Organização das Nações Unidas, 2021b, n.p.), agravando a escassez de medicamentos e a importação de alimentos. O Comitê também implementou uma *Fact-finding Mission* no país, com o intuito de observar e apontar violações aos direitos humanos, entre as quais foram apontadas violações ao direito à saúde (Organização das Nações Unidas, 2021b, n.p.).

Ao celebrarem acordos internacionais que tenham como objeto a proteção do direito à saúde, conseqüentemente aceitando obrigações internacionais em relação a esse direito, Estados inevitavelmente se submetem à observação e possibilidade de algum grau de responsabilização por parte do direito internacional, caso haja o entendimento de que este violou tal direito. O sistema atual de responsabilização internacional evoluiu de maneira a tentar

conferir opções efetivas e previsíveis para responsabilizar Estados pela violação de direitos humanos e outras obrigações para com a comunidade internacional e outros Estados. Por mais que se possa fazer justas críticas ao funcionamento e organização do atual sistema, são inegáveis os avanços conquistados em menos de um século desde a transformação vivida após a Segunda Guerra e a existência de opções bem definidas para buscar internacionalmente a responsabilização estatal.

PARTE II - ENTENDIMENTO DOS ÓRGÃOS REGIONAIS ANTES DE 2020

Além das obrigações sob o regime de proteção aos direitos humanos da ONU, diversos Estados também se submetem a obrigações regionais, que, como será analisado no terceiro capítulo, resultaram em diversas expansões para se aplicarem ao contexto da pandemia. Por exemplo, de acordo com a Corte Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), expressamente na Resolução n.º 1/2020, “a saúde é um bem público que deve ser protegido por todos os Estados”, que têm a responsabilidade de sustentar a democracia, o Estado de direito, a transparência, e a liberdade de imprensa durante a pandemia. A CIDH também estabeleceu diretrizes para a proteção dos direitos humanos das pessoas com COVID-19, que incluem a proteção do direito de acesso à informação, a proteção dos direitos dos trabalhadores da saúde, e a implementação de políticas públicas para a divulgação de medicamentos e tratamentos¹⁴.

Segundo Universal Human Rights Group (s.d.), sistemas regionais de direitos humanos fortalecem a proteção e o proveito dos direitos humanos ao levar em conta considerações regionais, como costumes, valores, cultura e práticas regionais compartilhadas. Estes também ajudam a localizar as normas e os padrões internacionais de direitos humanos, refletindo as preocupações específicas de direitos humanos da região. Atualmente, os três sistemas regionais mais bem estabelecidos para a proteção e monitoramento dos direitos humanos são o sistema africano, o interamericano e o europeu.

¹⁴ Resolução 4/2020 da Corte Interamericana de Direitos Humanos: Direitos Humanos de Pessoas com COVID-19.

1. Direito à Saúde na Corte Europeia de Direitos Humanos

O sistema europeu de direitos humanos se baseia na Convenção Europeia dos Direitos Humanos (CEDH), adotada em 1953 pelo Conselho da Europa. Para a promoção e proteção dos direitos estabelecidos na CEDH, o sistema europeu funciona através do Tribunal Europeu de Direitos Humanos (TEDH) e pelo Conselho da Europa. Quanto ao Conselho da Europa, seu principal objetivo é promover e proteger os direitos humanos, a democracia e o estado de direito na Europa. O Conselho da Europa desenvolve instrumentos legais, convenções e recomendações para estabelecer padrões comuns nas áreas de direitos humanos e monitora a conformidade dos Estados membros com esses padrões por meio de vários mecanismos, incluindo relatórios, revisões por especialistas e o trabalho de órgãos de monitoramento independentes (Alston e Goodman, 2013).

Já o Tribunal Europeu garante a aplicação da CEDH, examinando reclamações individuais e entre Estados de violações de direitos humanos. As sentenças do Tribunal são vinculantes para os Estados envolvidos e desempenham um papel crucial no desenvolvimento e no esclarecimento dos padrões de direitos humanos em toda a Europa. As reclamações individuais podem ser feitas por indivíduos, grupos de indivíduos, pessoas jurídicas (como empresas), ou organizações não-governamentais, sem necessidade de aprovação prévia de outro braço do sistema europeu para análise do Tribunal. No entanto, a maioria das petições acabam sendo consideradas inadmissíveis por não terem exaustado os remédios domésticos, e, muitas vezes, indicam existir alternativas domésticas remanescentes para solucionar a violação (Alston e Goodman, 2013).

De acordo com Graham (2017), o direito à saúde está ausente da Convenção Europeia de Direitos Humanos. Na sua jurisprudência, contudo, o

Tribunal Europeu de Direitos Humanos (TEDH) gravou interpretações na Convenção para esse direito, pelo menos em determinadas circunstâncias, ao mesmo tempo que criou um terreno fértil para um maior desenvolvimento deste. Assim, o Tribunal é inevitavelmente forçado a considerar casos que incluem a análise do direito à saúde, quando levantam questões de dimensão civil e direitos políticos garantidos ao abrigo da Convenção. Consequentemente, as questões de saúde surgiram perante o Tribunal diversas vezes. O direito à saúde muitas vezes é amparado pelo direito à vida garantido no artigo 2º, na proibição à tortura garantida no artigo 3º, e no direito ao respeito pela vida privada garantido pelo artigo 8º da Convenção, usados na jurisprudência do Tribunal para apoiar diversas decisões acerca do direito à saúde (Tribunal Europeu de Direitos Humanos, 2015).

Um dos casos introdutórios em que o Tribunal Europeu de Direitos Humanos tratou de questões que abriram oportunidade para a discussão do direito à saúde foi o Caso Airey v. Irlanda de 1979. Embora o caso tenha se concentrado principalmente no direito de acesso à justiça, ele abordou indiretamente questões relacionadas a direitos econômicos, sociais e culturais. No caso Airey, a vítima alegou a falta de acesso à assistência jurídica para obter o divórcio e escapar de um relacionamento abusivo. A Corte reconheceu que, nesses casos em que a integridade pessoal e a saúde física ou psicológica do indivíduo estão em jogo, o acesso à justiça e à assistência jurídica se torna essencial. Embora o caso não tenha abordado diretamente o direito à saúde, ele destacou a interconexão de vários direitos, inclusive o acesso à justiça e a proteção do bem-estar físico e psicológico:

A Corte está ciente de que a realização dos direitos sociais e econômicos depende em grande parte da situação - principalmente financeira - reinante no Estado em questão. Por outro lado, a Convenção deve ser interpretada à luz das condições atuais (sentença Marckx acima mencionada, p. 19, parágrafo 41) e foi concebida para salvaguardar o indivíduo de forma real e prática no que diz respeito às áreas com as quais ela lida (veja o parágrafo 24 acima). Embora a Convenção estabeleça o que são essencialmente direitos civis e políticos, muitos deles têm implicações de natureza

social ou econômica. Portanto, a Corte considera, como a Comissão, que o simples fato de uma interpretação da Convenção poder se estender à esfera dos direitos sociais e econômicos não deve ser um fator decisivo contra essa interpretação; não há uma divisão estanque que separe essa esfera do campo coberto pela Convenção. (Corte Europeia de Direitos Humanos, Caso Airey v Irlanda, 1979, tradução nossa).¹⁵

Com o passar do tempo, o Tribunal interpretou a noção de “vida privada” defendida pela Convenção como incidente sob o direito à proteção da integridade física, moral e psíquica de cada um, levando a garantias de acesso à saúde. A interpretação do artigo 8º, por exemplo, levou a decisões que englobam o direito de escolha e autonomia pessoal em relação à saúde, como de recusar tratamento médico ou solicitar por vontade própria uma forma particular de tratamento. Um exemplo de caso que o direito à vida privada é utilizado para proteger o direito à saúde está em *Y. K. v. Turquia*:

A Corte observa que o artigo 8 é claramente aplicável a essas reclamações, que dizem respeito a uma questão de "vida privada", um conceito que abrange a integridade física e psicológica de uma pessoa. Reitera, a esse respeito, que o corpo de uma pessoa diz respeito ao aspecto mais íntimo da vida privada. Portanto, uma intervenção médica compulsória, mesmo que seja de menor importância, constitui uma interferência nesse direito. (Corte Europeia de Direitos Humanos, Caso Y.K. v Turquia, 2003, tradução nossa).¹⁶

O artigo 8º da CEDH impõe também uma obrigação positiva por parte do Estado de proteger a integridade física das pessoas dentro de sua jurisdição. Embora a Convenção Europeia de Direitos Humanos deva ser aplicada de

¹⁵ “The Court is aware that the further realisation of social and economic rights is largely dependent on the situation - notably financial - reigning in the State in question. On the other hand, the Convention must be interpreted in the light of present-day conditions (above-mentioned Marckx judgment, p. 19, para. 41) and it is designed to safeguard the individual in a real and practical way as regards those areas with which it deals (see paragraph 24 above). Whilst the Convention sets forth what are essentially civil and political rights, many of them have implications of a social or economic nature. The Court therefore considers, like the Commission, that the mere fact that an interpretation of the Convention may extend into the sphere of social and economic rights should not be a decisive factor against such an interpretation; there is no water-tight division separating that sphere from the field covered by the Convention.” TEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos: Caso Airey v Irlanda. Estrasburgo, 1979.

¹⁶ “The Court observes that Article 8 is clearly applicable to these complaints, which concern a matter of “private life”, a concept which covers the physical and psychological integrity of a person. It reiterates in this connection that a person's body concerns the most intimate aspect of private life. Thus, a compulsory medical intervention, even if it is of minor importance, constitutes an interference with this right.” TEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos: Caso Y. K. v Turquia. Estrasburgo, 2003.

forma a proporcionar direitos efetivos, os Estados não devem ser sobrecarregados com deveres desproporcionais. O Tribunal equilibra o interesse do indivíduo na proteção do bem-estar físico com o interesse do público em geral. Tal entendimento fica mais claro em *Georgel e Georgeta Stoicescu v. Romênia*, em que se estabelece que o artigo 8º não apenas obriga o Estado a se abster a interferir na vida privada de seus jurisdicionados, mas também seu dever de garantir o respeito aos direitos nele reconhecidos, como o direito à dignidade e qualidade de vida:

A Corte já decidiu anteriormente, em vários contextos, que o conceito de vida privada inclui a integridade física e psicológica de uma pessoa e que os Estados têm a obrigação positiva de impedir violações da integridade física e moral de um indivíduo por outras pessoas quando as autoridades souberam ou deveriam saber dessas violações. A Corte também considerou que existe uma obrigação positiva dos Estados de garantir o respeito à dignidade humana e à qualidade de vida em determinados aspectos. (Corte Europeia de Direitos Humanos, Caso *Georgel e Georgeta Stoicescu v Romênia*, 2011, tradução nossa).¹⁷

Adicionalmente, o TEDH possui profundo entendimento sobre a imprescindibilidade do direito à informação em relação ao direito à saúde. Os Estados Membros são, por exemplo, obrigados a adotar medidas necessárias para garantir a informação de procedimentos de saúde para possibilitar seu consentimento informado. Caso contrário, o Estado pode ser considerado em violação do artigo 8º, conforme *Trocellier v. França* e *Codarcea v. Romênia* (CEDH, 2015). O Tribunal também já estabeleceu uma conexão dessa obrigação com o direito à liberdade de expressão, garantido no artigo 10º da CEDH, conforme *Open Door And Dublin Well Woman v. Irlanda*, em que se decidiu que a restrição da Irlanda de aconselhamento quanto ao procedimento do aborto interferia na capacidade das mulheres de receber informações e

¹⁷ “The Court has previously held, in various contexts, that the concept of private life includes a person’s physical and psychological integrity and that the States have a positive obligation to prevent breaches of the physical and moral integrity of an individual by other persons when the authorities knew or ought to have known of those breaches. The Court has also held that a positive obligation exists upon States to ensure respect for human dignity and the quality of life in certain respects”. TEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos: Caso *Georgel e Georgeta Stoicescu v Romênia*. Estrasburgo, 2011

possibilitava estas a tomarem decisões prejudiciais à saúde sem o devido conhecimento.

No entanto, no que diz respeito à integridade física, o escopo do artigo 8º se sobrepõe ao alcance do artigo 3º da CEDH. Portanto, para balancear os limites do significado de integridade no contexto de privacidade em comparação com um contexto de tortura, o Tribunal distingue os campos de aplicação dessas duas disposições de acordo com a gravidade da interferência ou violação do direito. Considera-se o artigo 3º *lex specialis* se diante de um caso em que se observe interferências graves no bem-estar de uma pessoa, enquanto o direito à vida privada entra em jogo quando a interferência não atinge o limite necessário para qualificá-la como tortura ou tratamento desumano (Hembach, 2023).

Destaca-se que o limiar de severidade estabelecido para que violações relacionadas ao direito à saúde sejam recepcionadas pelo artigo 3º é alto, seja o resultado sofrimento físico fruto de violência, como em *Kaçiu and Kotorri v. Albânia*, ou seja em casos de grande sofrimento psicológico ou mental, como em *Gäfgen v. Alemanha* (CEDH, 2015). Uma clara ilustração do alto nível de severidade está no *Caso Paposhvili v. Bélgica*, que criou entendimento sobre a extradição de estrangeiros com graves quadros de saúde. Segundo a sentença, para que a remoção do indivíduo seja considerada em violação ao artigo 3º da CEDH, esta deve causar, no mínimo, um declínio rápido, severo e irreversível em sua saúde:

A Corte considera que os "outros casos muito excepcionais", no sentido da sentença em *N. v. Reino Unido* (§ 43), que podem levantar a questão sob o Artigo 3, devem ser entendidos como situações que envolvem a remoção de uma pessoa gravemente doente, na qual foram demonstrados motivos substanciais para acreditar que ela, embora não esteja iminentemente doente, está em perigo de vida. *Reino Unido* (§ 43), que podem suscitar uma questão nos termos do artigo 3, devem ser entendidos como situações que envolvem a remoção de uma pessoa gravemente doente em que foram demonstrados motivos substanciais para acreditar que ela, embora não corra risco iminente de morrer, enfrentaria um risco real, devido à ausência de tratamento adequado no país receptor ou à falta de acesso a esse tratamento, de ser exposta a um declínio grave, rápido e irreversível em seu estado de saúde, resultando em intenso

sofrimento ou em uma redução significativa da expectativa de vida. A Corte ressalta que essas situações correspondem a um alto limiar para a aplicação do artigo 3 da Convenção em casos relativos à remoção de estrangeiros que sofrem de doenças graves. (Corte Europeia de Direitos Humanos, Caso Paposhvili v. Bélgica, 2016)¹⁸.

Assim como em relação aos direitos conferidos pelo artigo 8º da CEDH, porém, e considerando a natureza socioeconômica do direito à saúde, o artigo 3º também impõe obrigações positivas aos Estados sob jurisdição do Tribunal Europeu quanto à população sob seus cuidados. A falta de atendimento médico adequado para pessoas em detenção, por exemplo, pode implicar na responsabilidade do Estado, sem deixar de pedir um mínimo de severidade ao acontecimento. Segundo jurisprudência do TEDH, a falta de disponibilidade de serviços médicos, capaz de diagnosticar ou tratar situações de saúde física e mental, a recusa de autorização para tratamento da mesma ou a continuação da detenção apesar da condição de saúde do indivíduo implica uma violação ao artigo 3º da CEDH, quando esta resultar em sofrimento ou sequelas significantes¹⁹.

Por fim, destaca-se a proteção do direito à saúde no TEDH através do escopo fornecido pelo artigo 2º da CEDH. De acordo com o artigo 2º, os Estados são obrigados a se abster de atos que coloquem a vida ou a saúde de indivíduos em grave risco. No entanto, este artigo implica uma obrigação positiva maior de proteger a saúde dos indivíduos em circunstâncias específicas, ou até mesmo de punir²⁰ violações a este direito. Portanto, pode-se surgir uma questão nos termos do artigo 2º quando for demonstrado que as

¹⁸ “The Court considers that the “other very exceptional cases” within the meaning of the judgment in *N. v. the United Kingdom* (§ 43) which may raise an issue under Article 3 should be understood to refer to situations involving the removal of a seriously ill person in which substantial grounds have been shown for believing that he or she, although not at imminent risk of dying, would face a real risk, on account of the absence of appropriate treatment in the receiving country or the lack of access to such treatment, of being exposed to a serious, rapid and irreversible decline in his or her state of health resulting in intense suffering or to a significant reduction in life expectancy. The Court points out that these situations correspond to a high threshold for the application of Article 3 of the Convention in cases concerning the removal of aliens suffering from serious illness.” CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos: Caso Paposhvili v. Bélgica. Estrasburgo, 2016.

¹⁹ Nesse sentido, confira-se *Kudła v. Polónia*, *Vasyukov v. Russia* e *Gülai Çetin v. Turquia*.

²⁰ Nesse sentido, *Šilih v. Eslovênia* e *Dodov v. Bulgária*.

autoridades de um Estado colocaram a vida de um indivíduo em risco devido à negação da assistência médica ou falha na prestação desta, por ele ou terceiros. O Estado deve, então, tomar medidas adequadas para regulamentar e garantir que o atendimento médico público e privado tome medidas apropriadas para proteger a vida dos indivíduos. O Tribunal Europeu, no entanto, manteve seu alto requisito de severidade para que uma violação seja considerada contrária ao direito à vida. Veja-se:

A Corte observa que esses três casos se referiam à obrigação positiva do Estado de proteger a vida do indivíduo contra terceiros ou contra o risco de doença, de acordo com a primeira frase do Artigo 2 § 1. Ela considera, entretanto, que somente em circunstâncias excepcionais os maus-tratos físicos infligidos por agentes do Estado que não resultem em morte podem revelar uma violação do Artigo 2 da Convenção. (...) o grau e o tipo de força utilizada e a intenção ou objetivo inequívoco por trás do uso da força podem, entre outros fatores, ser relevantes para avaliar se, em um caso específico, as ações dos agentes do Estado ao infligir lesões que não resultem em morte devem ser consideradas incompatíveis com o objeto e a finalidade do artigo 2 da Convenção. Em quase todos os casos em que uma pessoa é agredida ou maltratada pela polícia ou por soldados, suas queixas devem ser examinadas de acordo com o Artigo 3 da Convenção. (Corte Europeia de Direitos Humanos, Caso İlhan v. Turquia, 2016, tradução nossa)²¹

Assim, percebe-se que a o fato de o direito à saúde não estar previsto na CEDH não impede o Tribunal Europeu de aplicar e proteger o direito à saúde dentro de sua jurisprudência. Isto apenas implica na sua aplicação de maneira indireta, ao contrário dos outros sistemas regionais aqui analisados, como se verá adiante. Tal fato, no entanto, não implica em uma menor proteção ao direito, uma vez que o TEDH possui a mais ampla jurisprudência no que tange questões relacionadas ao direito à saúde. Outro fato que se observa é a exigência imposta à violação para que esta seja considerada contrária à

²¹ “The Court observes that these three cases concerned the positive obligation on the State to protect the life of the individual from third parties or from the risk of illness under the first sentence of Article 2 § 1. It considers, however, that it is only in exceptional circumstances that physical ill-treatment by State officials which does not result in death may disclose a breach of Article 2 of the Convention. (...) the degree and type of force used and the unequivocal intention or aim behind the use of force may, among other factors, be relevant in assessing whether in a particular case the State agents' actions in inflicting injury short of death must be regarded as incompatible with the object and purpose of Article 2 of the Convention. In almost all cases where a person is assaulted or ill-treated by the police or soldiers, their complaints will fall to be examined rather under Article 3 of the Convention.” TEDH.

proibição à tortura ou ao direito à vida, necessitando um alto grau de severidade para configuração de tal. Igualmente, tal exigência não se demonstra um obstáculo à proteção ao direito à saúde, uma vez que o Tribunal imputou ao artigo 8º ampla abrangência para tratar de questões de saúde, criando uma saída jurisprudencial para garantir a proteção à saúde no seu ordenamento.

2. Direito à Saúde no Tribunal Africano dos Direitos do Homem e dos Povos

Enquanto isso, a Carta Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, também conhecida como Carta de Banjul, em seu artigo 16, afirma que todo indivíduo deve ter o direito de desfrutar do melhor estado possível de saúde física e mental, sendo o único entre os três sistemas estudados a conter expressamente o direito à saúde em seu principal tratado de direitos humanos. A carta acrescenta também que os Estados Membros devem tomar todas as medidas necessárias para proteger a saúde de suas populações e garantir que elas recebam atendimento médico quando necessário²². O sistema africano possui dois órgãos para a observação e implementação de direitos humanos no continente — A Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos (CADHP) e a Corte Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. A Comissão Africana de Direitos Humanos e dos Povos é encarregada da interpretação da Carta de Banjul, bem como da investigação de reclamações individuais referentes à sua violação. A CADHP emite resoluções não vinculantes e seu

Corte Europeia de Direitos Humanos: Caso İlhan v. Turquia. Estrasburgo, 2016.

²² Art. 16:

1. Toda pessoa tem direito ao gozo do melhor estado de saúde física e mental que for capaz de atingir.
2. Os Estados Partes na presente Carta comprometem-se a tomar as medidas necessárias para proteger a saúde das suas populações e para assegurar-lhes assistência médica em caso de doença (Carta Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, 1981).

sistema de queixa permite reclamações tanto por parte de Estados quanto por indivíduos. Além disso, a Comissão também é encarregada de receber relatórios estatais de Estados Membros em seu território, realizar reportagens próprias acerca do cumprimento das obrigações da Carta de Banjul e elaborar resoluções acerca de direitos humanos.

Em relação ao direito à saúde, um Grupo de Trabalho da Comissão Africana atribuiu especial importância ao direito humano à saúde, quando, em 2011, codificou as Diretrizes e Princípios sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais na África. De acordo com essas diretrizes, segundo Pascale (2016), o direito humano à saúde não significa simplesmente que todos têm o direito de ser saudáveis, e sim o direito de cada pessoa de se beneficiar, sem qualquer discriminação, dos fatores subjacentes da saúde, que incluem: acesso à água potável e segura; suprimento adequado de alimentos seguros; moradia saudável; condições ocupacionais e ambientais; acesso à educação e às informações relacionadas à saúde, incluindo saúde sexual; liberdade de tratamentos médicos injustificados; e fruição de um sistema nacional de saúde eficaz. Consequentemente, os Estados Membros da Carta de Banjul tem o dever de fornecer às suas populações os determinantes de saúde mencionados acima. Entretanto, as diretrizes são um mero instrumento de *soft law*²³ e, portanto, não são juridicamente vinculantes.

A Comissão Africana pode, em caráter recomendatório, afirmar seu entendimento a favor da proteção do direito à saúde em casos concretos trazidos perante ela por reclamações individuais. Em Purohit e outros v. Gâmbia, a Comissão Africana considerou que a Gâmbia não cumpriu os requisitos dos artigos 16 e 18(4) da Carta Africana de garantir o gozo do direito à saúde, que, de acordo com o seu entendimento, é crucial para a

²³ O termo *soft law* é usado para designar acordos, princípios, diretrizes, declarações e qualquer outro documento quasi-legal internacional que não seja juridicamente vinculante.

realização de outros direitos e liberdades fundamentais²⁴ (Corte Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, 2003a). O caso reclamava da violação do direito humano à saúde e outros direitos pela aprovação da Lei de Detenção de Lunáticos, que determinou a detenção de gambianos afetados por insanidade mental em prisões psiquiátricas. Além de um marco na defesa do direito à saúde no sistema africano de direitos humanos, a Comissão também flexibilizou o requisito de exaustão dos remédios domésticos para apresentar uma reclamação de violação de direitos humanos. A Comissão afirmou que esta deve considerar as reais condições dos reclamantes, como sua classe social, para afirmar se os remédios domésticos disponíveis realmente são alcançáveis por eles. Dessa forma, a Comissão expandiu sua capacidade de intervir em casos de violação, buscando oferecer alternativas de reparação quando outras não forem possíveis:

37. Mas a verdadeira questão perante esta Comissão é se, considerando essa categoria específica de pessoas, os recursos existentes são realistas. É provável que a categoria de pessoas representadas na presente comunicação seja de pessoas recolhidas nas ruas ou de origem pobre e, como tal, não se pode dizer que os recursos disponíveis nos termos da Constituição sejam recursos realistas para elas na ausência de serviços de assistência jurídica.

38. Se a Comissão Africana interpretasse literalmente o Artigo 56 (5) da Carta Africana, ela poderia estar mais inclinada a considerar a comunicação inadmissível.

No entanto, a opinião é que, mesmo conforme admitido pelo Estado Requerido, os recursos neste caso específico não são realistas para esta categoria de pessoas e, portanto, não são eficazes e, por essas razões, a Comissão Africana declara a comunicação admissível.²⁵ (Corte Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, 2003a).

²⁴ 2003a. Purohit and Another v The Gambia. Decision. Maio (2003). AHRLR 96.

²⁵ 37. But the real question before this Commission is whether looking at this particular category of persons the existent remedies are realistic. The category of people being represented in the present communication are likely to be people picked up from the streets or people from poor backgrounds and as such it cannot be said that the remedies available in terms of the Constitution are realistic remedies for them in the absence of legal aid services.

38. If the African Commission were to literally interpret Article 56 (5) of the African Charter, it might be more inclined to hold the communication inadmissible. However, the view is that, even as admitted by the Respondent State, the remedies in this particular

Já em relação ao direito à saúde especificamente, a Comissão Africana colocou o direito humano à saúde em uma posição de superioridade em comparação com os outros direitos humanos consagrados na CADHP. Ela afirmou que o gozo desse direito é vital para todos os aspectos da vida e do bem-estar de uma pessoa e é fundamental para a realização dos outros direitos humanos²⁶, e que pessoas com deficiências mentais deveriam receber apoio apropriado para aproveitarem do direito à saúde²⁷. Por último, a Comissão apontou a limitação de recursos de países africanos para arcar com serviços de saúde, especialmente em relação à saúde mental, mas reforçou a obrigação dos Estados Membros de elaborarem medidas concretas e direcionadas para o desenvolvimento do direito na região:

80. O gozo do direito humano à saúde, como é amplamente conhecido, é vital para todos os aspectos da vida e do bem-estar de uma pessoa e é crucial para a realização de todos os outros direitos humanos e liberdades fundamentais. Esse direito inclui o direito a instalações de saúde, acesso a bens e serviços a serem garantidos a todos sem discriminação de qualquer tipo.

81. Mais ainda, como resultado de sua condição e em virtude de suas deficiências, os pacientes de saúde mental devem receber tratamento especial que lhes permita não apenas atingir, mas também manter seu nível ideal de independência e desempenho, de acordo com o Artigo 18(4) da Carta Africana e os padrões aplicáveis ao tratamento de pessoas com doenças mentais, conforme definido nos Princípios para a Proteção de Pessoas com Doenças Mentais e Melhoria da Assistência à Saúde Mental. .

84. No entanto, a Comissão Africana gostaria de declarar que está ciente de que milhões de pessoas na África não estão desfrutando ao máximo do direito à saúde porque os países africanos geralmente enfrentam o problema da pobreza, que os torna incapazes de fornecer as comodidades, a infraestrutura e os recursos necessários que facilitam o pleno gozo desse direito. Portanto, levando em consideração essa situação deprimente, mas real, a Comissão Africana gostaria de ler no Artigo 16 a obrigação dos Estados signatários da Carta Africana de tomar medidas concretas e direcionadas,

instance are not realistic for this category of people and therefore not effective and for these reasons the African Commission declares the communication admissible (Corte Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, 2003a).2003a. Purohit and Another v Gâmbia. Decision. Maio (2003). AHRLR 96.

²⁶ 2003a. Purohit and Another v Gâmbia. Decision, para. 79-81. Maio (2003). AHRLR 96.

²⁷ Artigo 18(4): “The aged and disabled shall also have the right to special measures of protection in keeping with their physical or moral needs.”

aproveitando ao máximo seus recursos disponíveis, para garantir que o direito à saúde seja plenamente realizado em todos os seus aspectos, sem discriminação de qualquer tipo.²⁸ (Corte Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, Purohit and Another v. Gâmbia, 2003, tradução nossa).

A Carta Africana também desempenhou um papel importante na imposição de uma responsabilidade de direitos humanos ao governo nigeriano para respeitar o direito à saúde e fornecer atendimento médico aos seus cidadãos. Em *Media Rights Agenda e outros v. Nigéria*, a Comissão considerou que a negação ao acesso de um suspeito encarcerado a cuidados médicos enquanto sua saúde estava se deteriorando seria uma clara violação do direito à saúde previsto no artigo 16 da Carta (Corte Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, 2000). A Comissão destacou que existe um nível maior de responsabilidade do Estado quando um indivíduo se encontra sob sua custódia, uma vez que sua integridade e saúde dependem exclusivamente de suas atitudes:

A responsabilidade do governo é maior nos casos em que o indivíduo está sob sua custódia e, portanto, é alguém cuja integridade e bem-estar dependem completamente das atividades das autoridades. Negar o acesso de um detento a médicos enquanto sua saúde está se deteriorando é uma violação do Artigo 16. (Corte Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, *Media Rights Agenda v Nigéria*, 2000, tradução nossa)²⁹.

²⁸ “80. Enjoyment of the human right to health as it is widely known is vital to all aspects of a person's life and well-being, and is crucial to the realization of all the other fundamental human rights and freedoms. This right includes the right to health facilities, access to goods and services to be guaranteed to all without discrimination of any kind.

81. More so, as a result of their condition and by virtue of their disabilities, mental health patients should be accorded special treatment which would enable them not only attain but also sustain their optimum level of independence and performance in keeping with Article 18(4)²⁸ of the African Charter and the standards applicable to the treatment of mentally ill persons as defined in the Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and Improvement of Mental Health Care.

84. The African Commission would however like to state that it is aware that millions of people in Africa are not enjoying the right to health maximally because African countries are generally faced with the problem of poverty which renders them incapable to provide the necessary amenities, infrastructure and resources that facilitate the full enjoyment of this right. Therefore, having due regard to this depressing but real state of affairs, the African Commission would like to read into Article 16 the obligation on part of States party to the African Charter to take concrete and targeted steps, while taking full advantage of its available resources, to ensure that the right to health is fully realised in all its aspects without discrimination of any kind.” CADH. *Purohit and Another v Gâmbia*. Decision, para. 80-84. Maio (2003). AHRLR 96.

²⁹ The responsibility of the government is heightened in cases where the individual is in its custody and therefore someone whose integrity and well-being is completely dependent on the activities of the

Além da Comissão Africana, o sistema africano de direitos humanos também conta com uma corte de direitos humanos, a Corte Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. A Corte tem jurisdição sobre os casos e disputas submetidas a ela que tenham relação à interpretação e aplicação da Carta Africana, complementando, assim, o mandato da Comissão. A Corte Africana primeiramente deliberou sobre violações ao direito à saúde em 2013, ao analisar o pedido de medida provisória feito pela Comissão Africana em favor de Saif Al-Islam Gaddafi, filho de Muammar Gaddafi, em razão de prisão arbitrária sofrida pelo próprio sem os requisitos legais (Corte Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, 2013). Além de ordenar a suspensão dos processos judiciais, a Corte se atentou também às condições de detenção de Gadaffi, ordenando o Estado a abster-se de realizar qualquer ação que possa afetar a integridade física e mental do detento, bem como sua saúde.

O artigo 16 da Carta de Banjul, que se refere diretamente ao direito à saúde, foi usado pela primeira vez em *Anudo v. Tanzânia*, no qual os juízes entenderam que, ao retirar a nacionalidade do reclamante e em seguida deportá-lo arbitrariamente, o Estado afastou do indivíduo o aproveitamento de direitos fundamentais que poderiam ser aproveitados primeiramente pela nacionalidade, e secundamente por sua presença no território (Corte Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, 2018). Tal decisão demonstra que, apesar de o direito à saúde ser crucial para o aproveitamento de outros direitos, o mesmo pode ser dito ao contrário: que a proteção a direitos como nacionalidade e segurança também são vitais para a manutenção do direito à saúde. A Corte Africana, portanto, elucidou a necessidade de conferir proteção interdisciplinar aos direitos humanos, conferindo a violações um olhar amplo dos efeitos indiretos que elas podem causar para outras proteções fundamentais:

authorities. To deny a detainee access to doctors while his health is deteriorating is a violation of Article 16. CADH. *Media Rights Agenda v Nigeria*. Decision, para. 91. Oct./Nov. (2000) AHRLR

120. O Tribunal observa que algumas das alegadas violações estão relacionadas com as condições de vida do Peticionário na referida "terra de ninguém", enquanto outras dizem respeito aos direitos de que o Peticionário gozaria se não tivesse perdido a sua nacionalidade e não tivesse sido expulso da República Unida da Tanzânia .

121. Na opinião do Tribunal, portanto, a violação dos direitos relacionados acima mencionados é uma consequência das principais violações (...) (Corte Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, *Anudo v. Tanzânia*, 2018, tradução nossa).³⁰

O sistema africano, apesar de um conjunto menor de obras do que os demais sistemas, obteve mérito por parte do trabalho conjunto da Comissão Africana e da Corte Africana de criar um entendimento consolidado quanto ao funcionamento do direito humano à saúde, sendo este direta ou indiretamente um pré-requisito para os outros direitos humanos e, ao mesmo tempo, dependente da observação geral de demais direitos. Ademais, o fato de o direito à saúde já estar expressamente previsto na Carta de Banjul facilita o trabalho do sistema de exercer sua jurisprudência e capacidade de analisar casos relacionados. Ressalta-se também que, com base na ausência de uma cláusula de derrogação na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, a Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos já interpretou reiteradamente que a Carta proíbe a derrogação mesmo em situações de emergência³¹, expandindo inquestionavelmente a aplicação de todas as obrigações atribuídas aos seus Estados Membros também durante a pandemia de COVID-19 (KOMBO, 2020, 776).

262.

³⁰ “The Court notes that some of the alleged violations relate to the Applicant’s living conditions in the said “no man’s land” while others concern the rights which the Applicant would enjoy had he not lost his nationality and had he not been expelled from the United Republic of Tanzania.

In the opinion of the Court, therefore, the violation of the aforesaid related rights is a consequence of the major violations” Corte Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. *Anudo v Tanzânia* (merits), para. 120-121. Mar. (2018). 2 AfCLR 248.

³¹ Entre os casos em que a Comissão Africana chegou a esse entendimento estão *Commission Nationale des Droits de l’Homme et des Libertés v. Chade*, *Media Rights Agenda v. Nigeria* e *Amnesty International & Others v Sudão*.

3. Direito à Saúde na Corte Interamericana de Direitos Humanos

De acordo com Alston e Goodman (2013), o sistema interamericano de direitos humanos, por sua vez, também compreende dois subsistemas de responsabilização por violações aos direitos humanos: o sistema da Carta da Organização dos Estados Americanos (OEA) e o subsistema da Convenção Americana sobre Direitos Humanos — Pacto de São José da Costa Rica. A Carta da OEA é aplicável a todos os Estados Membros da organização, visto que a adesão à mesma é pressuposta para a entrada no órgão, enquanto a Convenção pressupõe que o Estado tenha ratificado este tratado.

O Sistema Interamericano é composto por duas autoridades principais: a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) e a Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH). Ambos os órgãos podem decidir sobre queixas individuais relativas a supostas violações de direitos humanos e podem emitir medidas de proteção de emergência quando um indivíduo ou o objeto de uma queixa estiver em risco imediato de dano irreparável. A Comissão também se envolve em uma série de atividades de monitoramento e promoção dos direitos humanos (inclusive por meio de suas várias relatorias), enquanto a Corte pode emitir pareceres consultivos sobre questões relativas à interpretação dos instrumentos interamericanos a pedido de um órgão da OEA ou de um Estado Membro.

Os litígios e responsabilização perante o sistema interamericano de direitos humanos ocorrem dentro da estrutura jurídica dos principais instrumentos de direitos humanos adotados pela OEA: a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (DADDH) e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (CADH), também conhecida como Pacto de San José da Costa Rica. A DADDH não tem o status vinculante de um

tratado, embora a Corte IDH tenha considerado que ela se aplica a todos os Estados Membros como a fonte de compromissos internacionais de direitos humanos dos Estados Membros da OEA. No entanto, segundo Netto (2018), destaca-se que a DADDH é um instrumento a ser aplicado pela CIDH, e, uma vez que seu processo para análise de casos de violações de direitos humanos é *quasi* judicial, sua aplicação não resulta no reconhecimento da responsabilidade internacional do Estado, mas, sim, na fiscalização e proteção de direitos humanos.

A Declaração Americana expressamente reconhece o direito à saúde e os fatores direta e indiretamente ligados ao seu aproveitamento, no que é definido como “direito à preservação da saúde e ao bem-estar”. Veja-se:

Toda pessoa tem direito a que sua saúde seja resguardada por medidas sanitárias e sociais relativas à alimentação, roupas, habitação e cuidados médicos correspondentes ao nível permitido pelos recursos públicos e os da coletividade (Organização dos Estados Americanos, 1948).

Nota-se o reconhecimento de fatores condicionantes da saúde, desde alimentação até medidas sociais relacionadas à vestimenta. Da mesma forma, indica-se também um reconhecimento implícito das limitações de recursos estatais e da necessidade de desenvolvimento progressivo deste direito, em flagrante consonância com o disposto no PIDESC — mesmo a Declaração Americana tendo sido elaborada cerca de 20 anos antes. A DADDH também reconhece os direitos à vida, integridade pessoal e proteção da maternidade e infância, entre outros — todos diretamente relacionados ao direito à saúde (Organização dos Estados Americanos, 1948).

A Convenção Americana, por outro lado, não possui uma menção expressa ao direito à saúde, sendo a proteção mais próxima conferida pelo artigo 5º, que trata sobre o direito à integridade pessoal, cujo §1º dispõe que “toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral” (Convenção Americana sobre Direitos Humanos, 1992). Por mais que tais direitos possam ser aplicados na ampla maioria de casos concretos que

envolvam o direito à saúde, fato é que o direito à saúde não foi expressamente mencionado na CADH.

A referência expressa ao direito à saúde sob a égide do Pacto de San José da Costa Rica ocorre através do Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1988, chamado de Protocolo de San Salvador. Este sim menciona, em seu art. 10º, de maneira ampla, as diversas proteções e direitos conferidos ao indivíduos por meio do direito à saúde:

1. Toda pessoa tem direito à saúde, entendida como o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social.
2. A fim de tornar efetivo o direito à saúde, os Estados Partes comprometem-se a reconhecer a saúde como bem público e, especialmente, a adotar as seguintes medidas para garantir este direito:
 - a. Atendimento primário de saúde, entendendo-se como tal a assistência médica essencial colocada ao alcance de todas as pessoas e famílias da comunidade;
 - b. Extensão dos benefícios dos serviços de saúde a todas as pessoas sujeitas à jurisdição do Estado;
 - c. Total imunização contra as principais doenças infecciosas;
 - d. Prevenção e tratamento das doenças endêmicas, profissionais e de outra natureza;
 - e. Educação da população sobre prevenção e tratamento dos problemas da saúde;
 - f. Satisfação das necessidades de saúde dos grupos de mais alto risco e que, por sua situação de pobreza, sejam mais vulneráveis (Protocolo de São Salvador, 1988).

Por meio deste artigo, adiciona-se à CADH o conceito de direito à saúde, de maneira que não contraria os entendimentos já solidificados pela Constituição da OMS e pelo PIDESC no direito internacional. Além de responsabilidades específicas mínimas, como imunização da população e educação para prevenção de doenças, o Protocolo coloca ainda outras diversas proteções em relação ao direito à saúde, como proibição de todo trabalho que possa pôr em perigo a saúde do trabalhador (art. 7º, (f)) e o direito à previdência social (art. 9º).

No entanto, o Protocolo de San Salvador, em seu art. 19, §6º, prevê que apenas os direitos à educação e à liberdade sindical são tutelados pelo sistema de petições individuais:

6. Caso os direitos estabelecidos na alínea “a” do artigo 8º, e no artigo 13, forem violados por ação que pode ser atribuída diretamente a um Estado-Parte neste Protocolo, essa situação poderia dar origem, mediante a participação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos e, quando for cabível, da Corte Interamericana de Direitos Humanos, à aplicação do sistema de petições individuais regulado pelos artigos 44 a 51 e 61 a 69 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Protocolo de San Salvador, 1988).

Portanto, apenas os direitos à educação e liberdade sindical possuem caráter de direitos subjetivos, possibilitando sua judicialização perante à Corte IDH. Devido a este limite, foi possível observar, por anos, uma atuação da Corte IDH de proteção do direito à saúde através da aplicação de direitos autônomos incidentes a esse direito, como proteção do direito à vida e integridade pessoal, ou por meio da “proteção indireta dos direitos sociais, mediante a proteção de direitos civis e políticos” (Maas e Daroit, 2019, p. 24). Exemplo de tal situação ocorre no Caso Gonzales Lluy v. Equador, de 2015, em que, após o contágio pelo vírus da AIDS de uma criança de 3 anos, causado por uma transfusão de sangue não testada pelo vírus, e consequente discriminação sofrida pela vítima, a responsabilização internacional do Equador se deu com base nos direitos à integridade pessoal e vida digna.

171. No que se refere à relação entre o dever de garantia (artigo 1.1) e o artigo 5.1 da Convenção, a Corte estabeleceu que o direito à integridade pessoal está direta e imediatamente vinculado à atenção à saúde humana, e que a falta de atenção médica adequada pode implicar a violação do artigo 5.1 da Convenção. (...)

172. Por outro lado, a Corte também considera pertinente recordar a interdependência e a indivisibilidade existente entre os direitos civis e políticos e os direitos econômicos, sociais e culturais, já que devem ser entendidos integralmente como direitos humanos, sem hierarquia entre eles e exigíveis em todos os casos perante as autoridades competentes para isso. (...)

190. Esse dano à saúde, devido à gravidade da doença e ao risco que a vítima pode enfrentar em vários momentos de sua vida, constitui uma violação do direito à vida, dado o perigo de morte que a vítima enfrentou e pode enfrentar em vários momentos devido à sua doença. Com efeito, no presente caso, a obrigação negativa de não afetar a vida foi violada pela contaminação do sangue de Talía Gonzales Lluy em uma entidade privada. Por outro lado, em alguns momentos de deterioração de suas defesas, associados ao acesso aos antirretrovirais, o que aconteceu com a transfusão de sangue neste caso se refletiu em ameaças à vida e possíveis riscos de morte que, inclusive, podem voltar a surgir no futuro.

191. Em virtude do que foi mencionado neste segmento, dado que o tipo de negligência que levou à infecção pelo HIV de Talía Gonzales Lluy é imputável ao Estado, o Equador é responsável pela violação da obrigação de supervisionar e fiscalizar a prestação de serviços de saúde, no âmbito do direito à integridade pessoal e da obrigação de não colocar a vida em risco, o que viola os artigos 4 e 5 da Convenção Americana em relação ao artigo 1(1) da mesma Convenção.³² (Corte Interamericana De Direitos Humanos, Caso Gonzales Lluy e outros vs. Equador 2015, tradução nossa).

Como se pode ver, a ausência de caracterização do direito à saúde como um direito de caráter subjetivo não impediu a Corte IDH de responsabilizar o Estado pela violação do direito à saúde. Esta responsabilização apenas aconteceu dentro do contexto do direito à vida e à integridade pessoal. Da mesma forma, a Corte também reconhece a interdependência entre os direitos civis e políticos para com os direitos econômicos e sociais. Na verdade, o primeiro caso de discussão exposto ao direito à saúde surgiu em 2006, no caso *Ximenes Lopes v Brasil*:

140. Finalmente, os cuidados de que são titulares todas as pessoas que estejam recebendo assistência médica alcançam sua máxima exigência quando se referem a pacientes com deficiência mental, dada sua particular vulnerabilidade quando se encontram em instituições psiquiátricas.

³² “En lo que respecta a la relación del deber de garantía (artículo 1.1) con el artículo 5.1 de la Convención, la Corte ha establecido que el derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención a la salud humana, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención. (...)”

Por otra parte, la Corte también considera pertinente recordar la interdependencia e indivisibilidad existente entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales, ya que deben ser entendidos integralmente como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello. (...) Este daño a la salud, por la gravedad de la enfermedad involucrada y el riesgo que en diversos momentos de su vida puede enfrentar la víctima, constituye una afectación del derecho a la vida, dado el peligro de muerte que en diversos momentos ha enfrentado y puede enfrentar la víctima debido a su enfermedad. En efecto, en el presente caso se ha violado la obligación negativa de no afectar la vida al ocurrir la contaminación de la sangre de Talía Gonzales Lluy en una entidad privada. Por otra parte, en algunos momentos de desmejora en sus defensas, asociada al acceso a antirretrovirales, lo ocurrido con la transfusión de sangre en este caso se ha reflejado en amenazas a la vida y posibles riesgos de muerte que incluso pueden volver a surgir en el futuro.

En virtud de lo mencionado en este segmento, dado que son imputables al Estado el tipo de negligencias que condujeron al contagio con VIH de Talía Gonzales Lluy, el Ecuador es responsable por la violación de la obligación de fiscalización y supervisión de la prestación de servicios de salud, en el marco del derecho a la integridad personal y de la obligación de no poner en riesgo la vida, lo cual vulnera los artículos 4 y 5 de la Convención Americana en relación con el artículo 1.1 de la misma” Corte IDH. Caso Gonzales Lluy e outros vs. Equador: 1º Sentença de 1 de setembro de 2015. 1 de setembro de 2015. Capítulo XII, Reparações, parágrafo 89.

141. O Tribunal dispôs que o dever dos Estados de regular e fiscalizar as instituições que prestam serviço de saúde, como medida necessária para a devida proteção da vida e integridade das pessoas sob sua jurisdição, abrange tanto as entidades públicas e privadas que prestam serviços públicos de saúde quanto aquelas instituições que prestam exclusivamente serviços privados de saúde (par. 89 e 90 supra). Especialmente com relação às instituições que prestam serviço público de saúde, como fazia a Casa de Repouso Guararapes, o Estado não somente deve regular-las e fiscalizá-las, mas tem, ademais, o especial dever de cuidado com relação às pessoas ali internadas (Corte Interamericana De Derechos Humanos, 2006)³³.

Partindo por essa linha de atuação, a Corte IDH consolidou entendimentos progressistas em relação à proteção à saúde, como de que os Estados tem o dever de regular, supervisionar e fiscalizar a prestação de serviços de saúde oferecido por instituições privadas, além de reforçar a obrigação dos Estados de garantir o acesso a cuidados adequados e de qualidade para pessoas com deficiência, inclusive mentais. Ambos entendimentos podem ser observados no caso *Ximenes Lopes v. Brasil*, e a Corte deixou ainda mais claro seu entendimento de que violação ao direito à saúde engloba o direito à vida e à integridade pessoal no caso *Albán Cornejo e outros vs. Equador*³⁴. A Corte também chegou a um entendimento histórico sobre a comunidade indígena em *Yakye Axa vs. Paraguai*, onde entendeu que, ao não respeitar os direitos de propriedade de terras indígenas, o Estado ameaça o direito da comunidade a alimentos, água e assistência médica³⁵.

No entanto, por mais que a ausência da possibilidade de aplicar o direito à saúde de maneira autônoma não tenha prejudicado sua proteção, a Corte IDH

³³ Corte IDH. Caso *Ximenes Lopes versus Brasil*. Sentença de 4 de julho de 2006. 4 de julho de 2006. Capítulo VIII, Violação Dos Artigos 4.1 E 5.1 E 5.2 Da Convenção Americana, Em Relação Com O Artigo 1.1 Do Mesmo Tratado, parágrafo 140-141.

³⁴ “La Corte ha reiterado que el derecho a la vida es un derecho humano fundamental cuyo goce pleno constituye una condición para el ejercicio de todos los derechos. La integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2007).

³⁵ “As afetações especiais no direito à saúde, e intimamente vinculadas com este, no direito à alimentação e no acesso à água limpa impactam, de maneira aguda, o direito a uma existência digna e as condições básicas para o exercício de outros direitos humanos, como o direito à educação ou o direito à identidade cultural. No caso dos povos indígenas, o acesso a suas terras ancestrais e ao uso e desfrute dos recursos naturais que nelas se encontram está diretamente vinculado com a obtenção de alimento e o acesso à água limpa” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2005).

aos poucos construiu um entendimento que possibilitou essa aplicação autônoma a partir do artigo 26º da CADH. Este é o único artigo da Convenção Americana que aborda os direitos sociais, culturais e econômicos, tratando da obrigação de desenvolvimento progressivo destes. A Corte primeiro indicou a possibilidade do uso deste artigo para responsabilizar Estados pela violação do direito à saúde em *Acevedo Buendía e outros v. Peru*, no qual, após o Estado peruano questionar a competência da Corte para julgar o mérito de violações a direitos sociais, econômicos e culturais, seus juízes, apesar de decidirem que não seria necessário discutirem sua competência, afirmaram que a Corte seria “plenamente competente para analisar violações de todos os direitos reconhecidos na Convenção Americana”³⁶ (Corte Interamericana De Direitos Humanos, 2009).

Indicou-se na sentença um posicionamento favorável à justiciabilidade dos direitos econômicos, sociais e culturais e, especialmente, da noção de desenvolvimento progressivo e não-retrocesso. De acordo com De Moraes e Leal (2023), a sentença do caso *Acevedo Buendía* seria então citada no caso *Lagos del Campo vs. Peru*, que entendeu a justiciabilidade dos direitos sociais, a partir do conceito de desenvolvimento progressivo estabelecido pelo artigo 26º da CADH. Acerca desse entendimento, o juiz Roberto F. Caldas, presidente da Corte IDH quando a sentença foi proferida, explicou que não seria razoável realizar tantos esforços sociais e estatais para fortalecer a validade dos direitos sociais, econômicos e culturais e manter a Corte Interamericana ouvindo esses direitos apenas indiretamente.

Assim, em 2018, com o caso *Poblete Vilches e outros v. Chile*, o direito à saúde foi, enfim, aplicado e protegido como direito autônomo no âmbito da CADH, através de seu artigo 26º. Na sentença, a Corte IDH entendeu, a partir das decisões dos casos *Acevedo Buendía* e *Lagos del Campo*, que o Pacto de

³⁶ Corte IDH. Caso *Acevedo Buendía y otros* (“*Cesantes y jubilados de la Contraloría*”) versus Perú: sentencia de 1 de julio de 2009. San José da Costa Rica, 2009, parágrafo 98.

San José da Costa Rica incorporou os direitos econômicos, sociais e culturais no seu catálogo de proteção, dentre os quais se encontra o direito à saúde, que possui obrigações tanto progressivas quanto imediatas. Confere-se:

103. Assim, é claro interpretar que a Convenção Americana incorporou em seu catálogo de direitos protegidos os denominados direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais (DESC), através de uma derivação das normas reconhecidas na Carta da Organização dos Estados Americanos (OEA), bem como das regras de interpretação estabelecidas no artigo 29 da própria Convenção; em particular, que impede limitar ou excluir o gozo dos direitos estabelecidos na Declaração Americana e inclusive os reconhecidos em matéria interna (...).

104. Da mesma forma, esta Corte destaca que do conteúdo do artigo 26 podem ser deduzidos dois tipos de obrigações. Por um lado, a adoção de medidas gerais de forma progressiva e, por outro lado, a adoção de medidas imediatas (...)

110. Em vista do exposto, a Corte considera que o direito à saúde é um direito protegido pelo artigo 26 da Convenção. Em seguida, esta Corte procede a verificar o alcance e o conteúdo desse direito para os fins do presente caso.³⁷ (Corte Interamericana De Direitos Humanos, Caso Poblete Vilches e outros v. Chile, 2018, tradução nossa).

A Corte Americana adotou, durante os anos, uma proteção multinível, garantindo o direito humano e social à saúde de forma indireta, através da aplicação do direito à vida e integridade pessoal, e autônoma, protegendo o direito à saúde diretamente. Em ambos os casos, a Corte foi capaz de estabelecer entendimentos que expandiram a proteção do direito na região. De igual forma, percebe-se que os três sistemas regionais de direitos humanos possuíam, antes do início da pandemia, um entendimento e mecanismos de proteção consolidados em relação ao direito à saúde. Apesar das proteções possuírem naturezas diferentes — com a proteção conferida pelo sistema

³⁷ “Así, resulta claro interpretar que la Convención Americana incorporó en su catálogo de derechos protegidos los denominados derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), a través de una derivación de las normas reconocidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA), así como de las normas de interpretación dispuestas en el propio artículo 29 de la Convención; particularmente, que impide limitar o excluir el goce de los derechos establecidos en la Declaración Americana e inclusive los reconocidos en materia interna (...).

Asimismo, este Tribunal destaca que del contenido del artículo 26 se desprenden dos tipos de obligaciones. Por un lado, la adopción de medidas generales de manera progresiva y por otro lado la adopción de medidas de carácter inmediato(...)

En vista de lo anterior, la Corte considera que el derecho a la salud es un derecho protegido por el artículo 26 de la Convención. A continuación, este Tribunal procede a verificar el alcance y contenido de este derecho para efectos del presente.” Corte IDH. Caso Poblete Vilches e outros Vs. Chile. Sentença de 8 de março de 2018. São Jose da Costa Rica. Parágrafo 103-110

européu sendo completamente jurisprudencial; a proteção pelo sistema africano já estabelecida na própria Carta de direitos humanos; e o sistema interamericano fazendo uso de uma proteção construída a partir de jurisprudência e previsão em seu tratado de direitos humanos —, todos os sistemas puderam desenvolver uma interpretação ampla para a proteção do direito à saúde.

PARTE III - DIREITO À SAÚDE E O CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Em 2006, após a devastação causada pelo furacão Katrina, o geógrafo e antropólogo Neil Smith declarou que “não existe desastre natural”³⁸ (Smith, 2006, n.p., tradução nossa). Tal frase não buscava negar os processos naturais que causam tais tragédias, mas, sim, argumentar que essas causas não podem ser separadas das relações sociais, políticas e econômicas que a eles dão origem e que moldam como tais “desastres” são recebidos. Segundo Smith, além da localização, a qualidade de preparação, as vulnerabilidades sociais pré-existentes e a forma como se responde ao fato são os verdadeiros fatores determinantes para a dimensão de um “desastre”.

1. Responsabilização Estatal e Derrogação de Direitos no Contexto da Pandemia

Ao contrário do entendimento de Smith, o direito internacional reconhece a existência de desastres naturais e de situações extraordinárias fora do controle do Estado que podem acarretar em excludentes de responsabilidade ou na diminuição da inexigência de observação de determinados direitos humanos em contextos adversos. De qualquer forma, a simples existência de uma força maior ou qualquer situação fora do controle do Estado — no caso em análise, a pandemia de COVID-19 —, não exime o Estado de todas as suas obrigações internacionais, especialmente no que tange o respeito e proteção aos direitos humanos. Nesse sentido, é interessante analisar as obrigações e limitações internacionais a partir do entendimento de que a resposta e preparo

³⁸ “*There is no such thing as natural disaster.*”

do Estado dimensionam o desastre causado pela pandemia, e que o Estado ainda tem a obrigação de prezar pela situação econômica, social e política dentro do seu território em um contexto de emergência.

Há três principais defesas que podem ser apontadas para excluir a responsabilidade em resposta às acusações de violações do direito à saúde durante a pandemia. A primeira decorre do próprio Projeto de Artigos sobre a Responsabilidade dos Estados por Atos Internacionalmente Ilícitos, no contexto de força maior, perigo extremo ou estado de necessidade. A excludente da força maior se encontra prevista no artigo 23º, decorrendo quando “o ato se der em razão de força maior, entendida como a ocorrência de uma força irresistível ou de um acontecimento imprevisível, além do controle do Estado, tornando materialmente impossível, nesta circunstância, a realização da obrigação” (Organização das Nações Unidas, 2001).

Por sua vez, o perigo extremo, segundo o artigo 24º, ocorre quando “o autor do ato em questão não tem nenhuma alternativa razoável, em uma situação de perigo extremo, de salvar a vida do autor ou vidas de outras pessoas confiadas aos cuidados do autor” (Organização das Nações Unidas, 2001). Por fim, o estado de necessidade está previsto no artigo 25º e ocorre quando “o único meio a disposição do Estado para salvaguardar um interesse essencial ameaçado por um perigo grave e iminente, é não cumprir outra obrigação internacional de menor importância ou urgência” (Resende, 2004, p. 361). O perigo extremo se difere da força maior na possibilidade de escolha, uma vez que, enquanto a força maior presume a ausência de escolha do Estado, o perigo extremo implica numa escolha por preservar a vida humana. Já o estado de necessidade se difere do perigo extremo porque, ao invés de proteger a vida, o Estado protege outro interesse essencial seu ou da comunidade internacional.

No entanto, uma análise dos casos revela que a alegação com base nesses artigos possui reservas e falhas. Primeiramente, o Projeto de Artigos

dispõe que o Estado que invoca estas excludentes não pode ter contribuído para o surgimento do perigo ou assumido o risco para tal. Isso significa que, quando um Estado demora a responder à COVID-19 ou não atende efetivamente as necessidades impostas pela pandemia, pode-se facilmente dizer que ele contribuiu para o início ou dimensão do desastre (Heathcote, 2021). A jurisprudência internacional também coloca uma restrição no entendimento de força maior, no sentido de que esta ocorre quando existe uma “impossibilidade material” de cumprir a obrigação e alegações de impossibilidade em casos em que apenas “maior dificuldade de execução” foi observada foram devidamente negados. Tal entendimento foi aplicado, por exemplo, no Caso dos Empréstimos de Ouro entre Brasil e França:

“Força maior” - a desestruturação econômica causada pela Grande Guerra não liberou, em princípio legal, o governo brasileiro de suas obrigações. Quanto aos pagamentos em ouro, não há impossibilidade devido à incapacidade de obter moedas de ouro, se a promessa for considerada como um pagamento de valor em ouro. O equivalente em valor de ouro pode ser obtido”³⁹ (Corte Permanente de Justiça Internacional, 1929, tradução nossa).

Dessa forma, por mais que pode ser considerado impossível evitar todos os efeitos da pandemia sob a saúde coletiva da população, é provável que o entendimento internacional seja de que a COVID-19 dificultou o oferecimento de serviços de saúde, ao invés de impossibilitá-lo. Além disso, segundo Heathcote (2021), o estado de necessidade é uma regra dependente, no sentido de que só pode ser invocado se a obrigação primária permitir sua invocação, sendo que certos tipos de obrigações não possibilitam o argumento de perigo extremo ou necessidade devido a suas características intrínsecas.

Esse é o caso das obrigações de melhores esforços e devida diligência para garantia do direito à saúde — por exemplo, exatamente os tipos de regras frequentemente suscitadas pela crise da COVID-19. Tais excludentes não podem ser invocadas para justificar a ausência de devida diligência, até porque,

³⁹ CPJI, Case Concerning the Payment in Gold of the Brazilian Federal Loans Issued in France, série

segundo Heathcote (2021), é uma obrigação de meio, não de resultado. Se o Estado não empregou os melhores esforços, conforme exigido pela regra primária, ele necessariamente contribuiu para o surgimento do perigo.

Da mesma forma, não se pode argumentar extremo perigo ou estado de necessidade para deixar de observar o direito à saúde, um direito ligado diretamente à vida e integridade humana, e, por isso, não passível de suspensão ou restrição deste em favor de demais direitos. O que seria possível é uma alegação de estado de necessidade ou perigo extremo para priorizar o direito à saúde em oposição a outro direito, como livre circulação, manifestação ou associação, uma vez que estes seriam derogáveis, como será elaborado em seguida.

A segunda defesa decorre do artigo 4º do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos. O PIDCP, em seu artigo 4º, afirma que “quando situações excepcionais ameacem a existência da nação e sejam proclamadas oficialmente, os Estados Partes do presente Pacto podem adotar, na estrita medida exigida pela situação, medidas que suspendam as obrigações decorrentes do presente Pacto” (Organização das Nações Unidas, 1966b, n.p.), justamente as chamadas derrogações de direito. Embora não haja um artigo de derrogação no PIDESC, de acordo com Müller (2009), ele contém uma cláusula geral de limitação no artigo 4º. Tal artigo afirma que o Estado “poderá submeter tais direitos unicamente às limitações estabelecidas em lei, somente na medida compatível com a natureza desses direitos e exclusivamente com o objetivo de favorecer o bem-estar geral em uma sociedade democrática” (Organização das Nações Unidas, 1966b, n.p.).

Limitações se diferem das derrogações, pois, enquanto a segunda só pode ser invocada em situações excepcionais, a primeira pode ser invocada a qualquer momento, sendo usada para resolver conflitos entre direitos, como embates entre o direito à liberdade de expressão e o direito à privacidade ou

liberdade religiosa. Ademais, as limitações podem ser aplicadas por longos períodos de tempo ou até mesmo indefinidamente, ao passo que as derrogações são apenas temporárias e devem durar apenas enquanto a situação excepcional prevalecer (MÜLLER, 2009).

Por mais que o entendimento do CDESCR não seja claro em relação à sua interpretação acerca de derrogações de direitos previstos no PIDESC, o Comitê já se manifestou em relação à impossibilidade de derrogação de direitos específicos, manifestando-se de maneira silente em relação a outros, o que indica o entendimento a favor da derrogação de determinados direitos perante o PIDESC⁴⁰. Ademais, as limitações baseadas na segurança nacional são extremamente semelhantes às derrogações utilizadas em uma emergência pública, uma vez que dependem da existência de um risco ao Estado e cuja existência se limita à duração de tal risco. Nesse sentido, entende-se possível e mais apropriado a invocação de derrogação de direitos em relação à pandemia, não de limitações (MÜLLER, 2009).

Entretanto, para que uma derrogação seja legalmente invocada, ela deve ser necessária, proporcional, legal e não-discriminatória (Organização das Nações Unidas, 2001). A condição de necessidade implica que os Estados devem provar, por meio de razões objetivas e sérias, que a derrogação é necessária e justificada para combater a emergência. Tal condição dialoga com a proporcionalidade, a partir da qual a derrogação das obrigações de um Estado Membro, nos termos do PIDESC, deve ser limitada “à extensão estritamente exigida pelas necessidades da situação” (Organização das Nações Unidas, 2001, n.p.) e não pode ir além do mínimo necessário para alcançar os resultados desejados. Já a condição de legalidade estabelece que a derrogação deve ser legal de uma perspectiva doméstica e o princípio da legalidade deve ser sempre observado. Além disso, o Estado deve declarar estado de

⁴⁰ Entre os casos de impossibilidade, por exemplo, estão o Comentário Geral nº 14, que trata justamente do direito à saúde, e Comentário Geral nº 15. Em outros, permanece-se em silêncio sobre

emergência antes de implementar as derrogações. Por fim, as medidas tomadas não devem envolver discriminação exclusivamente com base em raça, gênero, condição social ou qualquer outro motivo proibido pelo Pacto (Organização das Nações Unidas, 2001, n.p.).

Embora as restrições a direitos como à circulação e à associação possam ser necessárias em resposta à crise global de saúde pública, essas medidas devem ser limitadas à extensão estritamente exigida pela situação e não podem limitar os direitos não-derrogáveis designados pelo PIDESC. Além disso, nenhuma derrogação pode agir de forma a prejudicar o próprio direito. O sistema de derrogação não impede a revisão por parte do CESCR, de modo que ele possa decidir sobre a convencionalidade das medidas adotadas pelas autoridades nacionais em circunstâncias excepcionais, ou seja, no contexto da pandemia.

Como adiantado na análise da primeira defesa, não se pode haver a derrogação do direito à saúde, uma vez que este é inderrogável. Tal entendimento surge de duas interpretações: a primeira, do próprio Comentário Geral nº 14, que afirma que “deve-se enfatizar, entretanto, que um Estado Parte não pode, em nenhuma circunstância, justificar seu descumprimento das obrigações fundamentais (...), que são inderrogáveis” (Organização das Nações Unidas, 2001, p. 47, tradução nossa). Dessa forma, o próprio CESCR já é claro que o Estado deve manter as obrigações mínimas essenciais para garantir a satisfação de níveis básicos do direito à saúde.

Tal interpretação condiz com o entendimento do artigo 4º (2) do PIDCP, reforçado pelo Comentário Geral nº 29 do Comitê de Direitos Humanos da ONU (2001), em relação ao PIDCP, que coloca o direito à vida, que possui enorme relação como o direito à saúde, entre o rol dos inderrogáveis. Por fim, ressalta-se que nenhuma derrogação pode agir de forma a prejudicar o próprio direito e, levando em conta que qualquer derrogação resultante da pandemia

essa questão, como nos Comentários Gerais nº 17, 18 e 19 (MÜLLER, 2009, p. 596).

seria para combater a crise de saúde pública, resta claro que o próprio direito à saúde não poderia ser invocado.

Já a terceira defesa baseia-se no artigo 2º (1) do PIDESC, que afirma que se espera que os Estados cumpram o tratado “até ao máximo dos seus recursos disponíveis”. No entanto, tal como afirmado no Comentário Geral nº 3 do Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a frase “recursos disponíveis” deve ser interpretada como o reconhecimento de que muitos dos direitos da Convenção só podem ser alcançados através de melhorias progressivas, mas ainda estabelece obrigações claras de razoabilidade sobre as ações do Estado relativas à realização desses direitos (Organização das Nações Unidas, 1990, n.p.).

Além disso, segundo Alston e Goodman (2013), as medidas regressivas deliberadamente tomadas por um Estado não podem ser justificadas sob o argumento da “disponibilidade de recursos”, uma vez que são de natureza oposta aos objetivos da Convenção. Dessa forma, uma piora da proteção do direito à saúde durante a pandemia não teria sua responsabilidade afastada sob o preceito de disponibilidade de recursos. Ademais, os Estados são obrigados a mobilizar recursos internamente e, em situações em que esses recursos são inadequados, devem se esforçar para garantir o mais amplo gozo possível dos direitos relevantes sob as circunstâncias prevaletentes.

Em abril de 2020, o CESCR publicou seu “Pronunciamento sobre a pandemia da doença do coronavírus (COVID-19) e direitos econômicos, sociais e culturais” (Organização das Nações Unidas, 2020), no qual destacou que os Estados têm a obrigação de tomar medidas imediatas para garantir que o conteúdo mínimo dos direitos seja atendido, mesmo em casos de emergência. Segundo o pronunciamento, os Estados têm a obrigação de dedicar o máximo de seus recursos disponíveis para a plena realização de todos os direitos econômicos, sociais e culturais, em especial o direito à saúde. Isso significa que os Estados devem tomar uma série de medidas concretas e direcionadas

para responder à pandemia da COVID-19 e mitigar seu impacto, como a expansão da proteção social e a liberação de recursos suplementares, inclusive por meio de intervenções fiscais e monetárias. Os Estados também têm a obrigação de buscar cooperação e assistência internacional quando faltarem recursos a nível nacional.

Assim, por mais que possa se admitir impossibilidades de proteção universal e irrestrita do direito à saúde, assim como em períodos anteriores à pandemia, o Estado deve observar os mínimos necessários para a preservação do direito à saúde. Da mesma forma, este continua sendo responsável pelas obrigações de melhores esforços e devida diligência, inclusive no sentido de mobilizar os recursos necessários para combater a COVID-19 da maneira mais equitativa possível. Por conseguinte, o Estado deve demonstrar que tomou todas as medidas possíveis para preservar o direito à saúde e, mesmo no caso de impossibilidades, este deve continuar mantendo as obrigações fundamentais relacionadas à saúde. Não houve, portanto, significativa alteração no sentido jurídico em relação ao contexto legal pré-pandemia no que tange a limitação de responsabilidade de acordo com os “recursos disponíveis”.

As regras internacionais no contexto da COVID-19 sugerem que o sistema jurídico, até o momento, tem regras suficientes para atender à emergência em questão, sem abrir demasiados espaços para abusos ou obstáculos para a responsabilização de Estados. Em relação às carências na resposta à emergência de saúde pública, no campo teórico, observa-se que os Estados se encontram devidamente obrigados a responder de maneira adequada à pandemia, levando em consideração o respeito e proteção aos direitos humanos. As obrigações de melhores esforços e devida diligência no âmbito do direito à saúde, em especial, por não serem passíveis a derrogações ou limitações, têm notória importância em manter o Estado obrigado a atender esse direito.

2. Aplicação extraterritorial das obrigações estatais de preservação do direito à saúde

As obrigações extraterritoriais ainda são um conceito pouco estruturado no sistema universal de proteção dos direitos humanos. No entanto, de acordo com a *International Commission of Jurists* (1997), existe um entendimento básico sobre a existência de obrigações relacionadas a atos e omissões de um Estado que afete o gozo dos direitos humanos fora do seu território, assim como de obrigações positivas estabelecidas nos tratados de direitos humanos para tomar medidas, por meio de cooperação internacional, para a realização universal dos direitos humanos.

Uma das primeiras e principais instâncias de responsabilização por uma obrigação internacional extraterritorial ocorreu no caso da Fundação Trail (*Trail Smelter Case*), originada de uma queixa apresentada pelos Estados Unidos contra o Canadá, em relação a um dano ambiental causado por uma empresa canadense em território estadunidense, que viria a ser resolvido por um tribunal arbitral (Cezario, 2010, n.p.). A sentença resultante foi a primeira afirmação do princípio *do no harm*, consolidando uma obrigação estatal de garantir que as atividades sob sua jurisdição ou controle, mesmo que de agentes privados, não causem danos a outros Estados ou áreas além dos limites da sua jurisdição nacional (Bogdandy, 2020). Por mais que a sentença tenha surgido no contexto de um dano ambiental e tenha se tornado um dos pilares do direito ambiental internacional, a interpretação da sentença se expandiu em diversos regimes do direito internacional público. No caso, apesar de citar o dano ambiental explicitamente por grande parte do seu raciocínio, a argumentação dos juízes não é válida apenas para o direito ambiental, destacando também o princípio *do no harm* no sentido amplo:

(...) o Estado tem sempre o dever de proteger outros Estados contra atos injuriosos praticados por indivíduos dentro de sua jurisdição.

[...] de acordo com os princípios do direito internacional (...) nenhum Estado tem o direito de usar o seu território ou de permitir o seu uso de maneira tal que fumos provoquem danos no território de outro Estado ou nas propriedades de pessoas que aí se encontrem, tratando-se de consequências sérias e caso os danos sejam objeto de provas claras e convincentes (Organização das Nações Unidas, 1996 apud Scalassara, 2006, n.p).

Não só foram os argumentos da sentença arbitral expandidos para além do direito ambiental internacional, como também foram interpretados para abarcar, além de obrigações negativas de abster-se de causar danos, obrigações positivas de tomar medidas para evitá-los. A partir dessa evolução, há uma ampla concordância de que o direito internacional à saúde incorpora o princípio *do no harm*, tanto em sua dimensão negativa quanto positiva. O Comentário Geral nº 14, por exemplo, explica que “para cumprir suas obrigações internacionais em relação ao artigo 12, os Estados Partes devem respeitar o gozo do direito à saúde em outros países e impedir que terceiros violem o direito em outros países” (Organização das Nações Unidas, 2000, p. 39, tradução nossa).

A partir do princípio *do no harm*, o direito internacional se desenvolveu para incluir em certos instrumentos de direitos humanos obrigações de assistência e cooperação internacional. O artigo 2º (1) do PIDESC coloca que os Estados Membros se comprometem a assegurar os direitos reconhecidos no Pacto “tanto por esforço próprio como pela assistência e cooperação internacionais” (Organização das Nações Unidas, 1966, n.p.). Da mesma forma, o Pronunciamento sobre a Pandemia expandiu nesse sentido, colocando responsabilidades extras sobre os “Estados desenvolvidos”, indicando que estes possuem responsabilidades de evitar adotar medidas que afetem o direito à saúde em outros Estados, assistir países mais necessitados de acordo com sua disposição de recursos e até mesmo fazer uso de seu voto e participação em organizações internacionais e instituições financeiras para aliviar o peso da

pandemia em “países em desenvolvimento” (Organização das Nações Unidas, 2020, pp. 19). Estabelece-se, então, um princípio de responsabilidades comuns, mas diferenciadas pela medição do ônus de cada Estado de acordo com suas capacidades.

De acordo, então, com os princípios do PIDESC e, conforme apontado pelo CESCR no Comentário Geral nº 14, os Estados Partes possuem o dever afirmativo de trabalhar em cooperação com outras nações para preservar o direito universal à saúde, que, perante esse estudo, implica na contenção do COVID-19 (Hathaway, 2020). No seu pronunciamento de abril de 2020, o CESCR delineou uma série de obrigações extraterritoriais que os Estados Partes do PIDESC têm na luta contra a COVID-19. Estas incluem evitar a obstrução do acesso ao equipamento essencial, assegurar a livre circulação dos bens necessários, e aliviar os encargos financeiros dos países em desenvolvimento (Hathaway, 2020).

Entende-se assim que os Estados Partes do PIDESC teriam obrigações, no sentido de evitar prejudicar o direito das populações estrangeiras à saúde. Consequentemente, os Estados Partes seriam obrigados a tomar medidas razoáveis para prevenir a propagação de doenças infecciosas para além do território do Estado; não divulgar informações falsas sobre o vírus que possam induzir ao erro e pôr em perigo as populações de outros países; e abster-se de enfraquecer deliberadamente a capacidade de outros governos de prestar cuidados essenciais às suas populações, incluindo através de sanções econômicas (Hathaway, 2020).

Esse entendimento possibilita uma interpretação, por exemplo, extremamente relevante no contexto de armazenamento e até mesmo acúmulo de materiais e produtos necessários para o combate à COVID-19, como respiradores ou até mesmo vacinas⁴¹. Obviamente, não se estabeleceu um

⁴¹ Lembra-se que o artigo 12º (2) (c) coloca como uma das obrigações dos seus Estados Membros a “prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta

limite legal de vacinas ou outros equipamentos que podem ser mantidos por um Estado — e tal discussão se estenderia muito além de uma análise legal —, mas, além de recomendações e comentários de órgãos de observação de tratados e direitos humanos, o direito internacional pouco elaborou sobre as obrigações extraterritoriais, tanto negativas quanto positivas, além de casos em que o dano causado em outro território é palpável e evidente, o que não aconteceu ainda em relação a casos relacionados à pandemia de COVID-19.

3. Efetividade dos Sistemas Regionais de Direitos Humanos na Preservação do Direito à Saúde

No decorrer de 2020 em diante, os sistemas regionais de direitos humanos se depararam com um repentino e inesperado contexto de uma crise multidimensional em razão da pandemia da COVID-19, tendo de reagir a demandas humanitárias, políticas, econômicas, sociais e legais. A pandemia da COVID-19 criou uma série de desafios em termos de direitos humanos, incluindo questões como acesso à saúde, medidas de emergência e regressões frente a direitos individuais fundamentais. Os novos desafios aos direitos humanos trazidos pela COVID-19 enfatizaram a necessidade e a urgência de garantir a proteção integral desses direitos e de apresentar respostas em tempo hábil às violações dos direitos humanos para mitigar seus impactos socioeconômicos.

Dada a preocupação com as contínuas violações dos direitos humanos sob o pretexto das proteções contra a COVID-19, é compreensível que os sistemas de proteção de direitos humanos fossem colocados sob grande pressão e expectativa, com necessidade de performar de maneira eficaz para garantir

contra essas doenças” (Organização das Nações Unidas, 1966, n.p.), e como já visto, tal obrigação se estenderia ao âmbito da assistência e cooperação internacional.

uma proteção real aos direitos humanos em um momento de fragilidade e de conferir confiança pública quanto à capacidade de agir como protetores de direitos fundamentais. Além disso, a COVID-19 demonstrou claramente a indivisibilidade e a interdependência dos direitos humanos, exigindo uma proteção holística e coordenada dos direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais.

Para além do simples acesso de tratamento e recurso médicos, os Estados também têm deveres de assegurar respostas médicas e de saúde pública — entendimentos que foram adequados à COVID-19 — e abrigar direitos subjacentes à saúde, incluindo trabalho, segurança social, habitação, alimentação, água e saneamento. Estes direitos, direta e indiretamente relacionados com a saúde, não devem ser negligenciados no meio de medidas de emergência de saúde pública. Para aqueles incapazes de trabalhar, por exemplo, o distanciamento social tem um impacto desproporcional, prejudicando a saúde daqueles que se encontram em situação de fragilidade social, financeira e até mesmo de saúde, ou sem moradia, alimentos, água ou saneamento.

Tendo em vista as diferenças de estrutura e abordagem acerca do direito à saúde já demonstradas entre os sistemas regionais de direitos humanos, não surpreende que cada sistema tenha lidado com a crise de forma diferente de acordo com sua estrutura, mas é possível apontar algumas semelhanças. De início, as próprias atividades desses órgãos também tiveram que se adaptar à pandemia, contando com reduções operacionais e até mesmo adiamento ou cancelamento de atividades (Giustiniani, 2022). Consequentemente, observou-se que os órgãos regionais prorrogaram ou suspenderam os prazos para reclamações pendentes no período inicial da pandemia, a fim também de se adequar processualmente à pandemia.

Partindo para uma análise individual dos sistemas, primeiramente do sistema interamericano, destaca-se inicialmente que a Corte IDH, até a

conclusão deste trabalho, ainda não publicou nenhum julgamento de mérito em relação a casos trazidos à Corte após a pandemia. Isso não significa, no entanto, que o sistema interamericano não tenha apresentado respostas para o contexto do continente durante este período. A Corte Interamericana, por exemplo, publicou, através das Resoluções 1/2020⁴² (Pandemia e Direitos Humanos nas Américas) e 4/2020⁴³ (Direitos Humanos de Pessoas com COVID-19), respectivamente, as responsabilidades dos Estados do continente no contexto da pandemia e uma lista de direitos e normas de tratamento que gozam pessoas infectadas pelo coronavírus.

Essas resoluções constituem a principal conquista alcançada pelas Unidades de Coordenação de Resposta Rápida e Integrada (SACROI) sobre a COVID-19. Criada em 27 de março de 2020, a SACROI COVID-19 foi a primeira unidade temática desse tipo projetada para fortalecer a capacidade da CIDH de proteger e defender os direitos humanos, especialmente o direito à saúde e outros direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais, no contexto da pandemia (Giustiniani, 2022). Através destes trabalhos, a Corte buscou orientar os Estados a garantir o respeito total aos direitos humanos durante a pandemia. A Comissão recomendou que a adoção de medidas emergenciais para enfrentar a pandemia seja acompanhada de uma abordagem interdisciplinar e que os Estados prestem atenção especial às necessidades e ao impacto diferenciado de tais medidas sobre os direitos humanos dos grupos que historicamente sofreram discriminação ou que são especialmente vulneráveis (Giustiniani, 2022).

Além de auxiliar os Estados na garantia de respeito e proteção aos direitos humanos, o sistema interamericano não se absteve de trabalhar para responsabilizar Estados pela violação destes direitos e ativamente protegê-los.

⁴² Corte IDH. Corte Interamericana de Derechos Humanos: Pandemia e Derechos Humanos nas Américas, Resolução 1/2020.

⁴³ Corte IDH. Corte Interamericana de Derechos Humanos: Derechos Humanos de Personas con COVID-19, Resolución 4/2020.

No entanto, levando em consideração o alto grau de espera que vítimas tendem a aguentar para observarem o julgamento de suas reclamações perante a Corte IDH — sem mencionar o tempo para cumprimento de sentença, em contraste com a já mencionada necessidade de respostas em tempo hábil —, grande parte da atuação do sistema interamericano nesse sentido partiu de medidas cautelares.

As medidas cautelares são um mecanismo de proteção utilizado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos através do qual ela solicita a um Estado que proteja uma ou mais pessoas que se encontrem em uma situação grave e urgente de sofrer danos irreparáveis⁴⁴. As medidas cautelares estão previstas no artigo 25º do Regulamento da Comissão — veja-se:

Com base nos artigos 106 da Carta da Organização dos Estados Americanos, 41(b) da Convenção Americana sobre Direitos Humanos, 18(b) do Estatuto da Comissão e XIII da Convenção Interamericana sobre Desaparecimento Forçado de Pessoas, a Comissão poderá, por iniciativa própria ou a pedido de uma das partes, solicitar que um Estado adote medidas cautelares. Essas medidas, independentemente de estarem ou não relacionadas a uma petição ou caso, deverão estar relacionadas a situações de gravidade e urgência que apresentem risco de dano irreparável a pessoas ou ao objeto de uma petição ou caso pendente perante os órgãos do sistema interamericano. (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Regulamento, 2013, tradução nossa).⁴⁵

De acordo com Hanashiro (2001), existem dois tipos de medidas preventivas previstas no sistema interamericano, sendo elas: as medidas cautelares, solicitadas pela CIDH junto aos Estados e que não possuem obrigatoriedade jurídica; e as medidas provisórias, de competência da Corte

⁴⁴ CIDH. Medidas cautelares: sua prática como garantia de respeito aos direitos fundamentais e de prevenção de danos irreparáveis..

⁴⁵ Con fundamento en los artículos 106 de la Carta de la Organización de los Estados Americanos, 41.”b de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 18.b del Estatuto de la Comisión y XIII de la Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas, la Comisión podrá, a iniciativa propia o a solicitud de parte, solicitar que un Estado adopte medidas cautelares. Tales medidas, ya sea que guarden o no conexidad con una petición o caso, se relacionarán con situaciones de gravedad y urgencia que presenten un riesgo de daño irreparable a las personas o al objeto de una petición o caso pendiente ante los órganos del Sistema Interamericano.” CIDH. Regulamento da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2013..

IDH, pleiteadas pela Comissão, e de cumprimento obrigatório por parte dos Estados. No entanto, por mais que não obrigatoriedade, o grau de cumprimento das medidas cautelares por parte dos Estados é maior do que o de execução das sentenças da Corte IDH relativas a casos específicos, razão pela qual o número de medidas provisórias solicitadas e concedidas, de acordo com González (2010), é consideravelmente menor do que o de medidas cautelares.

De acordo com González (2010), além de proteger pessoas que se encontrem em uma situação grave e urgente de sofrer danos irreparáveis no contexto de um caso perante à Corte IDH, a Comissão também pode conceder medidas cautelares para proteção do objeto do processo em relação a uma petição ou caso pendente, com o intuito de preservar o assunto fruto de decisão em si e de impedir que uma futura decisão se torne inútil. Por fim, a Comissão pode solicitar medidas cautelares mesmo na ausência de um processo pendente na Comissão, sendo o único órgão de proteção de direitos humanos a adotar tal prática.

Há também três aspectos processuais levados em conta pela Comissão para solicitar medidas cautelares. Primeiro, verifica-se se a situação de risco foi levada ao conhecimento das autoridades domésticas pertinentes ou os motivos pelos quais talvez não tenha sido possível fazê-lo. Segundo González (2010), longe de ser um requisito de esgotamento dos recursos internos, trata-se da aplicação do princípio da subsidiariedade, preferindo pela resolução interna quando possível. O segundo aspecto se refere à identificação individual dos possíveis beneficiários das medidas de precaução ou a identificação do grupo ao qual eles pertencem, uma vez que grupos ou indivíduos diferentes sofrem consequências diferentes por um mesmo dano. No caso da pandemia, um indivíduo com uma doença autoimune, por exemplo, sofreria um risco maior de dano irreparável ao se encontrar privado de liberdade em uma unidade prisional superlotada. Já o terceiro aspecto diz a respeito da necessidade de consentimento expresso dos possíveis beneficiários, sempre que a solicitação

for apresentada à Comissão por um terceiro, a menos que a ausência de consentimento seja devidamente justificada. Esse aspecto diz respeito a casos em que a vítima não possui acesso à Comissão, como em casos de detenção ou desaparecimento forçado.

Como na maioria das vezes essas medidas protetivas possuem o objetivo de impedir danos irreparáveis, grande parte das medidas cautelares concedidas está relacionada ao direito à vida e à integridade pessoal. Segundo González (2010), uma análise das medidas cautelares concedidas pela CIDH entre 1996 e 2007, por exemplo, concluiu que, do total de 597 medidas emitidas neste período, 478 estavam relacionadas principalmente à proteção da vida e da integridade pessoal, ou seja, cerca de 80%. Já durante a pandemia, a CIDH se deparou com a necessidade de também intervir por meios de medidas preventivas no contexto da COVID-19. Segundo De Andrade et al (2022), entre 2020 e o primeiro semestre de 2021, por exemplo, oito medidas cautelares foram concedidas no contexto da COVID-19.

Ainda segundo De Andrade et al (2022), das oito medidas cautelares concedidas pela Comissão, três delas foram concedidas no Brasil, todos em benefício de povos indígenas, especificamente os membros dos povos indígenas Yanomami e Ye'kwana, o povo Munduruku, e membros dos povos indígenas Guajajara e Awá da Terra Indígena Araribóia. Em todos, alegava-se risco resultante da situação de vulnerabilidade desses povos em consequência de falhas na prestação de serviço de saúde para sua população, a invasão de seu território por pessoas externas e atos de violência contra lideranças indígenas. A CIDH, por sua vez, reconheceu a ameaça ao direito à vida e integridade pessoal e solicitou que o Estado brasileiro tomasse as medidas adequadas para proteger o direito à vida, integridade pessoal e saúde desses povos, adotando medidas de prevenção da disseminação da COVID-19⁴⁶.

⁴⁶ Corte IDH. Miembros de los Pueblos Indígenas Yanomami y Ye'kwana respecto de Brasil (Medida Cautelar No. 563-20).

De acordo com De Andrade et al (2022), das outras cinco medidas cautelares concedidas, quatro estavam ligadas a indivíduos em situação de privação de liberdade, tanto devido ao risco elevado — tanto de contrair o coronavírus, quanto por não ter acesso a serviços de prestação de saúde adequados —, quanto pelo entendimento da CIDH de que tais situações apresentam uma ameaça ao direito à vida e integridade pessoal. Foi também por causa dessa circunstância de maior risco enfrentada pelas pessoas privadas de liberdade que a Corte IDH proferiu sua única medida provisória acerca da pandemia de COVID-19 no caso *Vélez Loor v. Panamá*.

O caso *Vélez Loor v. Panamá* trata de um imigrante equatoriano que, ao ser pego entrando ilegalmente no Panamá de maneira reincidente, foi condenado a dois anos de prisão sem oportunidade de se defender adequadamente. No período em que se encontrou preso, Loor alegou ter sido mantido em condições precárias, sendo vítima de tortura, maus tratos e sendo colocado junto com presos comuns, mesmo tendo cometido apenas uma infração migratória (Centro pela Justiça e o Direito Internacional, 2002). Em novembro de 2010, a Corte IDH proferiu sentença favorável a Loor e, entre as reparações impostas, estava a readequação dos estabelecimentos carcerários para receber presos por questões migratórias (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, 2020).

Em maio de 2020, alegando não cumprimento da obrigação de não-repetição, os representantes da vítima elaboraram solicitação de medidas provisórias para que o Estado panamenho implementasse medidas de proteção aos migrantes detidos na prisão La Peñita, a fim de evitar danos irreparáveis aos seus direitos mais básicos, especialmente no contexto da pandemia. Na petição, os representantes denunciaram procedimentos legais irregulares, superlotação e ausência de medidas de prevenção contra a COVID-19 como motivos para concessão de uma medida provisória no caso. Em resposta, a Corte entendeu que:

Esta Presidência considera que o requisito estabelecido no artigo 27.3 do Regulamento da Corte está cumprido, na medida em que se refere à execução da medida de reparação ordenada no mencionado décimo quinto ponto resolutivo da Sentença.

(...) Após ter examinado os fatos e circunstâncias em que se baseia a solicitação, e considerando a informação apresentada pelo Estado do Panamá para abordar as situações mencionadas pelos representantes, o Presidente considera que, pelas razões indicadas, os requisitos de extrema urgência e a integridade do dano são *prima facie* os elementos necessários para ordenar medidas urgentes de proteção à saúde e à integridade das pessoas que se encontram na Estação de Recepção Migratória La Peñita, bem como daquelas transferidas para Laja Blanca⁴⁷ (Comissão Interamericana de Direitos Humanos, Caso Vélez Loor Vs. Panamá, 2020, tradução nossa).

Além de exigir que fossem tomadas medidas para garantir os direitos das pessoas encarceradas nas unidades em questão, o presidente destacou especialmente que o Estado do Panamá deve assegurar às pessoas o direito ao acesso aos serviços de saúde e que o Estado apresentasse, até o dia 10 de junho de 2020, um relatório descritivo e detalhado sobre o cumprimento. Desde então, o Estado do Panamá apresentou diversas medidas adotadas para cumprir com a medida provisória — entre elas, o fechamento da prisão La Peñita, a inauguração de uma Unidade de Recepção Migratória com capacidade de abrigar 400 pessoas e a assinatura do “Memorando de Entendimento sobre Cooperação em Fluxos Migratórios Irregulares” entre o Panamá e a Colômbia —, todas medidas capazes de alterar enormemente a condição de direitos à saúde e demais direitos fundamentais entre migrantes, e que foram elogiadas pela Corte e pelos representantes de Vélez Loor.

⁴⁷ “Esta Presidencia considera que se configura el requisito previsto en el artículo 27.3 del Reglamento de la Corte relativo a que la integridad de las medidas provisionales tenga “relación con el objeto del caso”, en tanto se refiere a la ejecución de la medida de reparación ordenada en el referido punto resolutivo décimo quinto de la Sentencia.

(...) Después de haber examinado los hechos y circunstancias que fundamentaron la integridad de la solicitud y considerando la información presentada por el Estado de Panamá para atender las situaciones referidas por los representantes, la Presidenta estima que, por los motivos indicados, los requisitos de extrema urgencia e integridad del daño se configuran *prima facie* los elementos necesarios para ordenar medidas urgentes de protección para la salud e integridad de las personas que se encuentran en la Estación de Recepción Migratoria La Peñita, así como de aquellas trasladadas a Laja Blanca.” CIDH. Resolución de la Presidenta de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 26 de Mayo de 2020: Adopción De Medidas Urgentes (Caso Vélez Loor Vs. Panamá).

Apesar de não litigar novos casos que envolvam violações de direitos decorrentes da pandemia, o sistema interamericano efetivamente compreendeu a necessidade de respostas a tempo hábil para sanar violações que ameçassem direitos à saúde e conexos no contexto da emergência pública causada pelo COVID-19, sendo eficaz em suas decisões e promovendo a cooperação de Estados com o sistema.

Já no sistema europeu, o primeiro desenvolvimento importante foi a Declaração de Princípios Relativos ao Tratamento de Pessoas Privadas de Liberdade, divulgada em 20 de março de 2020 pelo Comitê Europeu para a Prevenção da Tortura e de Tratamentos ou Penas Desumanas ou Degradantes. Segundo Giustiniani (2022), a declaração tem como objetivo fazer recomendações de tratamento e ressaltar a vulnerabilidade de pessoas em detenção no contexto de uma emergência de saúde pública e foi emendada pela Declaração de Acompanhamento sobre a Situação das Pessoas Privadas de Liberdade no Contexto da Atual Pandemia de COVID-19.

O documento mais importante publicado pelo Conselho da Europa, no entanto, é a Declaração de Interpretação sobre o Direito à Proteção da Saúde em Tempos de Pandemia, emitida em 21 de abril de 2020 pelo Comitê Europeu de Direitos Sociais (ECSR). O documento destaca as medidas que devem ser tomadas para preservar o direito à saúde, levando-se em conta o estado atual do conhecimento científico e de acordo com os padrões relevantes de direitos humanos, entre as quais estão as obrigações de impor medidas de restrição para diminuir a proliferação do vírus, disponibilizar serviços de saúde para os contaminados e educar a população sobre os riscos da doença (Comitê Europeu de Direitos Sociais, 2020).

A declaração também enumera as formas pelas quais o ECSR monitorará as ações dos Estados, especialmente por meio dos procedimentos de relatórios e procedimentos de reclamações coletivas. De acordo com o Comitê da Europa (s.d.), estes procedimentos foram introduzidos pelo

Protocolo Adicional à Carta Social Europeia de 1995, que permite que sindicatos e certas organizações internacionais não-governamentais apresentem reclamações coletivas ao ECSR em relação à não-conformidade de um determinado Estado com a Carta. Se a reclamação for declarada admissível e confirmada, o Comitê tomará uma decisão sobre os méritos do caso, que será transmitida às partes da reclamação e ao Comitê de Ministros do Conselho da Europa. De acordo com o artigo 9º do Protocolo Adicional de 1995, se o Comitê Europeu de Direitos Sociais considerar que a Carta não foi aplicada de maneira satisfatória, o Comitê de Ministros adotará uma recomendação que se tornará pública até quatro meses após a decisão ter sido transmitida.

De acordo com Papadopoulos (2022), instituições da sociedade civil já utilizaram desse procedimento para realizarem reclamações ao ECSR sobre violações dos direitos sociais relacionadas à pandemia da COVID-19, como em *Open Society European Policy Institute (OSEPI) v. Bulgaria Complaint No 204/2022*; *Validity v. Finland Complaint No 197/2020*; *European Roma Rights Centre (ERRC) v. Belgium Complaint No 195/2020*; e *Greek Bar Associations v. Greece Complaint No 196/2020*. Nenhum desses casos, no entanto, resultou ainda na publicação de uma recomendação para o Estado reclamado, seja porque a reclamação foi considerada inadmissível, seja porque o procedimento ainda não foi finalizado. Mesmo assim, os procedimentos de reclamação coletiva forneceram mais um canal para reclamação de violação de direitos, visibilizando, pelo menos, as reclamações, e fazendo com que Estados tenham que se manifestar em relação a seus atos ou omissão frente a organizações civis.

Já em relação a reclamações individuais e a atuação do Tribunal Europeu de Direito Humanos (TEDH), ao contrário da Corte IDH, já atuou em diversas demandas resultantes da pandemia e possui certa jurisprudência se formando em relação à proteção de saúde durante a pandemia. A primeira decisão relacionada às respostas dos Estados Partes à COVID-19 foi no caso

Le Mailloux v. França, em que o reclamante buscava que a França fornecesse medidas de proteção adequadas aos profissionais de saúde e introduzisse a testagem em massa para todos (Corte Europeia de Direitos Humanos, 2020). O caso, no entanto, foi considerado inadmissível, reforçando o entendimento de que a Convenção não permite reclamações que aleguem uma violação em abstrato. O indivíduo em questão deve ser capaz de demonstrar que foi “diretamente afetado” pela medida reclamada. Veja-se:

(...) Reiterou que não reconhecia uma *actio popularis*, o que significa que os requerentes não podem reclamar de uma disposição de lei nacional, de uma prática nacional ou de atos públicos simplesmente porque parecem violar a Convenção Europeia de Direitos Humanos. Para que os requerentes possam alegar que são vítimas, eles devem apresentar provas razoáveis e convincentes da probabilidade de ocorrência de uma violação que os afete pessoalmente.⁴⁸ (Corte Europeia de Direitos Humanos, 2020).

Já em Feilazoo v. Malta, o TEDH realizou seu primeiro julgamento em que pode adentrar os méritos da reclamação, em que se discutia a detenção migratória de um indivíduo durante a pandemia. Neste caso, o Tribunal entendeu que condições inadequadas de detenção — entre as quais, a exposição do requerente a riscos de saúde por meio de colocação desnecessária com recém-chegados na quarentena da Covid-19 —, violaram o artigo 3º da Convenção Europeia de Direitos Humanos, que dispõe sobre proibição à tortura, sendo caracterizada como tratamento degradante:

94. Além disso, a Corte está preocupada com a afirmação, não refutada pelo Governo, de que, após esse período, o requerente foi transferido para outros alojamentos onde os recém-chegados (de solicitantes de asilo) estavam sendo mantidos em quarentena por causa da Covid-19. A Corte observa que não há indicação de que o requerente necessitasse de tal quarentena - particularmente após um período de isolamento - que, além disso, durou quase sete semanas. Assim, a medida de colocá-lo, por várias semanas, com outras pessoas que poderiam ter representado um risco à sua saúde, na ausência de qualquer consideração relevante

⁴⁸ “It reiterated that it did not recognise an *actio popularis*: meaning that applicants cannot complain about a provision of domestic law, a domestic practice or public acts simply because they appear to contravene the European Convention on Human Rights. In order for applicants to be able to claim to be a victim, they must produce reasonable and convincing evidence of the likelihood that a violation affecting them personally will occur.” TEDH. Inadmissibility of application lodged by individual complaining about handling of Covid-19 health crisis. Estrasburgo, 2020.

nesse sentido, não pode ser considerada uma medida que cumpra os requisitos sanitários básicos.

93. As considerações anteriores são suficientes para que a Corte conclua que houve uma violação do artigo 3 no presente caso.⁴⁹ (Corte Europeia de Direitos Humanos, 2021, tradução nossa).

A sentença também reforçou a obrigação do Estado de fornecer serviços de saúde a pessoas privadas de liberdade, mas entendeu que esta obrigação foi cumprida por Malta no caso concreto. De qualquer forma, explicou-se que os serviços de saúde fornecidos deveriam ser iguais aqueles disponíveis para cidadãos em liberdade. Tal obrigação, no entanto, implica no oferecimento do atendimento médio disponível no território, não do oferecimento de serviços de saúde iguais aos melhores estabelecimentos de saúde. Assim decidido, o TEDH se alinhou com a visão geral da limitação de recursos para implementar os direitos sociais, entendendo não ser possível oferecer todos os serviços possíveis, mas estabelecendo um mínimo obrigatório. Ao assim decidir, o Tribunal também reforça a obrigação de não-discriminação do direito à saúde. Confira-se:

No entanto, a partir das alegações das partes relevantes, parece que o requerente foi visto por médicos em relação às suas doenças quando isso foi necessário e foi prescrito o tratamento médico relevante, como teria sido o caso se ele tivesse sido tratado no Hospital Estadual como qualquer outro cidadão em liberdade (ver, *mutatis mutandis*, *Prestieri v. Italy*, (dec.), no. 66640/10, 29 de janeiro de 2013). A esse respeito, a Corte reitera que o tratamento médico dentro dos centros de detenção deve ser adequado e comparável à qualidade do tratamento que as autoridades estatais se comprometeram a fornecer à população como um todo. No entanto, isso não significa que cada detento deve ter garantido o mesmo tratamento médico que está disponível nos melhores estabelecimentos de saúde fora dessas instalações.⁵⁰ (Corte Europeia de Direitos Humanos, 2021).

⁴⁹ “Furthermore, the Court is concerned about the assertion, not rebutted by the Government, that following this period the applicant was moved to other living quarters where new arrivals (of asylum seekers) were being kept in Covid-19 quarantine. The Court notes that there is no indication that the applicant was in need of such quarantine – particularly after an isolation period – which moreover lasted for nearly seven weeks. Thus, the measure of placing him, for several weeks, with other persons who could have posed a risk to his health in the absence of any relevant consideration to this effect, cannot be considered as a measure complying with basic sanitary requirements. The foregoing considerations are sufficient to enable the Court to conclude that there has been a violation of Article 3 in the present case.” TEDH. Inadmissibility of application lodged by individual complaining about handling of Covid-19 health crisis. Estrasburgo, 2020.

⁵⁰ “However, from the relevant parties’ submissions it appears that the applicant was seen by doctors in

O TEDH, assim como a Corte Interamericana de Direito Humanos, também atuou pela proteção do direito à saúde através de medidas provisórias. Entre março de 2020 e julho de 2022, o Tribunal processou cerca de 370 solicitações de medidas provisórias relacionadas à crise de saúde da Covid-19 (Corte Europeia de Direitos Humanos, 2022). A maioria das petições foram apresentadas por pessoas detidas na prisão ou mantidas em centros de recepção e/ou detenção, solicitando que a Corte tomasse medidas provisórias para removê-las do local de detenção e/ou indicar medidas para proteger sua saúde. Conforme a regra 39 das Regras do Tribunal⁵¹ dispõe, as medidas provisórias, de caráter obrigatório, serão concedidas quando os requerentes enfrentarem um risco real de danos graves e irreversíveis, e a jurisprudência já evoluiu para que estas sejam concedidas nos casos de ameaças a direitos protegidos no artigo 2º (direito à vida) ou artigo 3º (proibição de tortura ou tratamento desumano ou degradante), e, em casos excepcionais, pelo artigo 6º (direito ao justo processo), artigo 8º (privacidade e vida em família) ou artigo (liberdade de expressão).

No entanto, com a exceção de casos envolvendo detenção, seja pelas suas condições ou pelo prolongamento da mesma por motivo de adiamento de procedimentos legais em razão da pandemia, o maior trabalho do Tribunal foi manter e validar as medidas de proteção à saúde estabelecidas pelo Estado em casos em que estas eram questionadas por indivíduos. Um desses casos,

connection with his ailments when this was necessary and was prescribed the relevant medical treatment, as would have been the case had he been treated in the State Hospital like any other citizen at liberty (see, *mutatis mutandis*, *Prestieri v. Italy*, (dec.), no. 66640/10, 29 January 2013). In this connection, the Court reiterates that medical treatment within detention facilities must be appropriate and comparable to the quality of treatment which the State authorities have committed themselves to providing for the population as a whole. Nevertheless, this does not mean that each detainee must be guaranteed the same medical treatment that is available in the best health establishments outside such facilities.” TEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos: Caso Feilazoo v Malta, para. 88. Estrasburgo, 2021.

⁵¹ Regra 39: “The Chamber or, where appropriate, the President of the Section or a duty judge appointed pursuant to paragraph 4 of this Rule may, at the request of a party or of any other person concerned, or of their own motion, indicate to the parties any interim measure which they considers should be” (Corte Europeia de Direitos Humanos, 2023, n.p.).

Vavřička e outros v. República Tcheca, embora não tenha sido trazido ao Tribunal durante a pandemia, foi julgado após a mesma e recebeu valor e atenção ainda maior por sua causa.

O caso se origina de seis pedidos que foram unidos envolvendo guardiões legais que se recusaram a aplicar vacinas compulsórias por lei em suas crianças, e, conseqüentemente, foram multados ou tiveram negada a admissão de suas crianças em creches (Corte Europeia de Direitos Humanos, 2021c). Os reclamantes afirmaram que as medidas violavam seus direitos à privacidade e vida familiar (artigo 8º da CEDH) e à liberdade de pensamento, religião (artigo 9º), e que, portanto, seriam arbitrárias. O Tribunal, no entanto, ressaltou que é permitido ao Estado um grau de intervenção na vida privada quando esta for necessária em uma sociedade democrática em resposta à uma “necessidade social importante” e for proporcional ao seu objetivo, o que se observa no caso em questão. Os juízes entenderam que, apesar de a aplicação forçosa de uma vacina ser contrária ao direito à privacidade, a prevenção contra a proliferação de doenças confere uma necessidade social relevante o suficiente para justificar uma sanção administrativa e que a não admissão em creches, por ser uma medida protetiva e não punitiva, também seria proporcional:

284. Tendo em vista essas alegações e a posição clara adotada pelos órgãos especializados nessa questão, pode-se dizer que, na República Tcheca, o dever de vacinação representa a resposta das autoridades nacionais à necessidade social premente de proteger a saúde individual e pública contra as doenças em questão e de se proteger contra qualquer tendência de queda na taxa de vacinação entre as crianças. (...)

306. A Corte considera que não pode ser considerado desproporcional que um Estado exija que aqueles para os quais a vacinação representa um risco remoto à saúde aceitem essa medida de proteção universalmente praticada, como uma questão de dever legal e em nome da solidariedade social, em prol do pequeno número de crianças vulneráveis que não podem se beneficiar da vacinação. Na opinião do Tribunal, a legislatura tcheca estava válida e legitimamente aberta para fazer essa escolha, que é totalmente consistente com a lógica de proteger a saúde da população. (...)

310. O Tribunal esclarece que, em última análise, a questão a ser determinada não é se uma política diferente e menos prescritiva poderia ter sido adotada, como foi feito

em alguns outros Estados europeus. Em vez disso, a questão é se, ao atingir o equilíbrio específico que fizeram, as autoridades tchecas permaneceram dentro de sua ampla margem de apreciação nessa área. A conclusão do Tribunal é que elas não excederam sua margem de apreciação e, portanto, as medidas impugnadas podem ser consideradas "necessárias em uma sociedade democrática"⁵² (Corte Europeia de Direitos Humanos, 2021c, pp. 284-310).

Similarmente, em *Piperea v. Romênia*, o reclamante alegou que as medidas protetivas impostas no país representaram uma restrição ao seu direito à liberdade de circulação e à vida privada, devido à exigência de justificação e esclarecimento imposta às pessoas que saem de casa em determinadas circunstâncias (Corte Europeia de Direitos Humanos, 2021d). O Tribunal argumentou que as medidas impugnadas pelo requerente, de maneira geral, foram impostas a toda a população e que o reclamante não ofereceu informações sobre sua situação individual ou explicou como as supostas violações das autoridades nacionais poderiam afetá-lo diretamente. Dessa forma, a petição foi julgada inadmissível por não se ater a regra da petição individual. De qualquer forma, a situação que resultou nas medidas foi classificada como uma situação de emergência pública imprevisível e excepcional. Adicionalmente, em *Terhes v. Romênia*, o TEDH entendeu que o nível das restrições impostas à liberdade de movimento não foi tanto para que as medidas de *lockdown* ordenado pelas autoridades pudesse ser considerado

⁵² In view of these submissions, and of the clear stance adopted by the expert bodies in this matter, it can be said that in the Czech Republic the vaccination duty represents the domestic authorities' response to the pressing social need to protect individual and public health against the diseases in question and to guard against any downward trend in the rate of vaccination among children. (...) The Court considers that it cannot be regarded as disproportionate for a State to require those for whom vaccination represents a remote risk to health to accept this universally practised protective measure, as a matter of legal duty and in the name of social solidarity, for the sake of the small number of vulnerable children who are unable to benefit from vaccination. In the view of the Court, it was validly and legitimately open to the Czech legislature to make this choice, which is fully consistent with the rationale of protecting the health of the population. (...) The Court would clarify that, ultimately, the issue to be determined is not whether a different, less prescriptive policy might have been adopted, as has been done in some other European States. Rather, it is whether, in striking the particular balance that they did, the Czech authorities remained within their wide margin of appreciation in this area. It is the Court's conclusion that they did not exceed their margin of appreciation and so the impugned measures can be regarded as being "necessary in a democratic society". CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos: Caso *Vavříčka e outros v. República Tcheca*, para. 284-310. Estrasburgo, 2021.

como uma privação de liberdade de acordo com o artigo 5º da Convenção (Corte Europeia de Direitos Humanos, 2021e).

Como se pode ver, o TEDH se manteve ativo a respeito da necessidade de proteção de direitos fundamentais no contexto da pandemia de COVID-19, julgando diversos casos consequentes da pandemia e chegando a entendimentos similares e expandindo a jurisprudência da corte sobre o direito à saúde em situações de emergência pública. Mesmo assim, diversos casos seguem esperando uma resolução do Tribunal. Até setembro de 2021, haviam 27 casos relacionados à COVID-19 pendentes de análise, o que pode comprometer o tempo hábil da resposta a possíveis violações, especialmente quando a maioria dos casos se tratam de detenções em andamento e serviços de saúde. No entanto, através de medidas provisórias, o Tribunal conseguiu agilizar suas respostas a casos de extrema urgência, aliviando esta preocupação.

Por fim, o sistema africano, através da Comissão Africana, segundo Giustiniani (2022), foi o primeiro órgão de proteção a direitos humanos do mundo a emitir uma declaração sobre a crise da COVID-19, em 28 de fevereiro de 2020. A “Declaração à imprensa sobre a resposta eficaz baseada em direitos humanos ao novo vírus COVID-19 na África” expressou preocupação do CADH com os riscos decorrentes do vírus para a saúde e a segurança dos povos africanos, e ressaltou a importância da proteção aos direitos à vida (artigo 4º), acesso à informação (artigo 9º) e saúde (artigo 16º). A declaração também pediu que os Estados tomassem medidas preventivas para garantir tais direitos, especialmente para grupos vulneráveis e profissionais da saúde.

Um mês depois, em 24 de março, a Comissão divulgou outra declaração para orientar os Estados no fornecimento de uma resposta eficaz baseada em direitos humanos à COVID-19. A Comissão reafirmou ser imperativo colocar em prática um plano de emergência de saúde pública bem elaborado também

em relação às medidas de migração e dos *lockdowns* e o reconhecimento da legitimidade das preocupações com relação aos impactos socioeconômicos dessas medidas. Segundo Giustiniani (2022), posteriormente, durante sua 66ª sessão ordinária, de 13 de julho a 7 de agosto de 2020, a Comissão adotou duas resoluções temáticas relacionadas à COVID-19: a Resolução 447 sobre a defesa dos direitos humanos durante situações de emergência e em outras circunstâncias excepcionais, e a Resolução 449 sobre os direitos humanos e dos povos como o pilar central de uma resposta bem-sucedida à COVID-19 e da recuperação de seus impactos sociopolíticos.

Em relação à atuação da Corte Africana ou até mesmo da Comissão Africana em queixas relacionadas à COVID-19, não foram encontradas decisões diretamente ligadas a reclamações fruto de violações consequentes da pandemia, tanto em julgamentos de méritos, quanto em medidas provisórias previstas pela regra 111 das Regras de Procedimento da Corte⁵³. Assim como nos outros sistemas, a Corte Africana prevê a possibilidade de medidas provisórias em casos de risco de dano irreparável ao direito do reclamante. Entre 2020 e 2023, a Corte emitiu 40 ordens em pedidos de medidas provisórias, sendo que em 2020, por exemplo, dos 24 pedidos analisados, apenas 10 foram admitidos, uma probabilidade alta de fracasso de uma solicitação de medidas provisórias em relação a outros sistemas (Makunya, 2021).

No entanto, a Corte proferiu sentenças relacionadas ao direito à saúde ou direitos sociais, econômicos e culturais como um todo, que ajudam a expandir sua proteção, inclusive no contexto da pandemia. Segundo Makunya (2021), em XYZ (10) v. Benin, por exemplo, a Corte decidiu que a alteração

⁵³ Regra 111: “Before making its final views known to the Assembly on the communication, the Commission may inform the state party concerned of its views on the appropriateness of taking provisional measures to avoid irreparable damage being caused to the victim of the alleged violation. In so doing, the Commission shall inform the state party that the expression on its views on the adoption of those provisional measures does not imply a decision on the substance of the communication.”

não consensual das regras constitucionais tem um impacto negativo no desenvolvimento económico, social e cultural dos indivíduos. Essa sentença somou-se à decisão no caso *Institute for Human Rights and Development in Africa v. República Democrática do Congo*, no qual a Comissão considerou que o direito ao desenvolvimento previsto no artigo 22º da Carta Africana era um direito individual e coletivo.

Já em *Ajavon v. Benin*, segundo Makunya (2021), o requerente contestou a promulgação de várias leis que privaram determinados indivíduos de seus direitos de greve garantidos pelo artigo 31º da Constituição de Benin. A Corte decidiu que os estados não deveriam renegar um direito socioeconômico já garantido em suas constituições. O Tribunal argumentou que o princípio de não-retrocesso impede que os Estados Membros do PIDESC adotem “qualquer medida que, direta ou indiretamente, represente um retrocesso em relação aos direitos reconhecidos no PIDESC”. Essas decisões ajudam a expandir a proteção ao direito à saúde por colocar restrições aos Estados quanto à regressão da proteção destes direitos, assim como alteração da interpretação ou implementação deste sem a participação da sociedade civil, ambos entendimentos extremamente relevantes no contexto de emergência de saúde pública como da pandemia.

A Corte Africana de fato atuou em casos diretamente relacionados à COVID-19 em suas opiniões consultivas, publicando duas opiniões no contexto da pandemia. A primeira, em demanda movida pela Pan African Lawyers Union, acerca da compatibilidade de leis contra “vadiagem” com a CADH, argumentando que estas seriam discriminatórias, além de violarem direitos à proteção igual perante a lei, dignidade, liberdade e segurança. Ademais, a reclamante argumentou que essas leis geram superlotação em presídios e criam situações precárias que afetam o direito à saúde dos prisioneiros, especialmente aqueles com problemas crônicos, e que o contexto da pandemia exacerba as ameaças contra a saúde e integridade física dos

detentos. A Corte acatou os argumentos e decidiu que Estados têm a obrigação de revogar ou alterar suas leis de vadiagem e leis relacionadas para cumprir a Carta de Banjul, pois estas violariam, entre outros direitos, o direito à vida e integridade pessoal.

A segunda opinião consultiva, movida pela mesma reclamante, relaciona-se à ponderação entre direito à participação política e direito à saúde, refletindo sobre a realização ou não de eleições no contexto de uma emergência de saúde pública, como a pandemia de Covid-19⁵⁴. A Corte Africana de Direitos Humanos entendeu que as medidas que restringem os direitos de participação política, aplicadas pelos Estados em eleições realizadas durante uma emergência de saúde pública ou uma pandemia, estão de acordo com a Carta de Banjul, pois saúde e a vida das pessoas, como direitos fundamentais essenciais para o aproveitamento dos demais direitos, também permite a criação de condições criação de condições para a realização de eleições transparentes, livres e justas (Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos, 2021). No entanto, ressaltou-se que tais medidas devem, de acordo com o Artigo 27º (2) da Carta, ter a forma de lei geral, perseguir um objetivo legítimo, ser proporcionais, e não prejudicar o conteúdo essencial dos direitos e não ser discriminatórias:

101. A Corte considera que, na presente Solicitação, o adiamento é legítimo se tiver como objetivo proteger a saúde e a vida das pessoas, bem como permitir a criação de condições para a realização de eleições transparentes, livres e justas.

102. O Tribunal observa que, do ponto de vista da proporcionalidade, o adiamento das eleições deve ser um último recurso, sem o qual não será possível proteger a saúde e a vida das pessoas e garantir a integridade do processo eleitoral.⁴⁰ Nesse sentido, o período de adiamento deve ser estritamente necessário para criar as condições necessárias para que as eleições ocorram nas melhores condições possíveis, de acordo com os padrões internacionais aceitáveis no contexto de uma emergência.⁵⁵ (Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos, 2021).

⁵⁴ Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos. The right to participate in the government of one's country in the context of an election held during a public health emergency or a pandemic, such as the covid-19 crisis. Julho de 2021.

⁵⁵ "The Court considers that, in the instant Request, the postponement is legitimate if it aims at protecting the health and life of the people, as well as allowing the creation of conditions for the holding of transparent, free and fair elections.

Enquanto os sistemas interamericanos e europeus conseguiram responder de maneira apropriada e eficaz à crise, especialmente através de medidas provisórias, percebe-se que a resposta do sistema africano foi menos impactante, uma vez que pouco abordou diretamente a pandemia num contexto de análise de direitos, e como não enfrentou casos específicos de violações resultantes da COVID-19. Ademais, justamente no período em que a pandemia foi mais impactante, o sistema africano viveu uma crise de cooperação e cumprimento de decisões. Em 2020, apenas seis países haviam apresentado seus relatórios periódicos de direitos humanos e apenas quatro dos 14 apelos urgentes sobre alegações de violações de direitos humanos emitidos pela Comissão Africana⁵⁶. De maneira ainda mais preocupante, três países – Costa do Marfim, Benin e Tanzânia se retiraram da Corte após discordarem de decisões proferidas pela mesma⁵⁷.

O contexto fático portanto abala a capacidade do sistema africano de ser eficaz para frear violações de direitos humanos ou oferecer reparações satisfatórias às vítimas. No entanto, a resposta do sistema possui contornos positivos. Primeiramente, suas decisões mesmo que negadas por Estados oferece apoio político internacional às vítimas, que muitas vezes são negligenciadas ou esquecidas, e ajuda a aumentar a pressão para que as violações cessem. Mais relevantemente, o sistema africano, mesmo não tendo lidado com casos concretos envolvendo a COVID-19, através de suas decisões, expandiu o escopo e proteção a direitos econômicos que beneficiam o direito à saúde, além de publicar comentários e resoluções capazes de solidificar

The Court notes that, from the point of view of proportionality, the postponement of elections must be a last resort, without which it will not be possible to protect the health and lives of the people and ensure the integrity of the electoral process.⁴⁰ In that sense, the period of postponement must be strictly necessary to create the conditions that are required for the elections to take place under the best possible conditions, in accordance with acceptable international standards in the context of an emergency”

⁵⁶ AFRICA: Regional human rights bodies struggle to uphold rights amid political headwinds. Amnesty International, 2020.

⁵⁷ Ibidem.

entendimentos que auxiliam Estados na proteção do direito à saúde como um remédio preventivo. Dessa forma, é certo afirmar que apesar de não ter se apresentado tão eficaz quanto os outros sistemas analisados, o sistema africano cumpriu um papel progressista de direitos humanos.

CONCLUSÃO

O objetivo desta monografia foi expor, através da interpretação de convenções, comentários, artigos acadêmicos e jurisprudência internacional, o entendimento do ordenamento internacional acerca da interpretação dada ao direito à saúde e das responsabilidades conferidas ao Estado para realizá-lo. Tal exposição foi feita de maneira comparativa, separada entre os entendimentos anteriores e posteriores à pandemia de COVID-19, a fim de observar a existência de uma evolução da compreensão do direito à saúde e as proteções que ele confere, assim como avaliar a eficácia prática dos sistemas regionais de proteção de direitos humanos para sustentá-lo e responsabilizar suas violações.

Diante de todo o exposto, é possível concluir que o ordenamento internacional coloca uma relevância maior ao direito à saúde, considerando a realização deste essencial para a observação de todos os demais direitos. Assim, coloca aos Estados obrigações positivas e progressivas para que assegurem a realização desse direito em seu território, e por mais que estas obrigações levem em conta os recursos disponíveis a cada Estado, existe um mínimo que deve ser observado. Ademais, o sistema de responsabilização internacional atual possui entendimentos suficientes para responsabilizar Estados por suas obrigações quanto o direito à saúde, mesmo em casos de emergências, uma vez que as hipóteses de excludente de ilicitude e derrogação de direitos apresentam possibilidades limitadas para sua aplicação em casos envolvendo o direito à saúde.

Os três sistemas regionais analisados – africano, europeu e interamericano, durante a sua formação, foram capazes de criar entendimentos profundos e solidificados quanto às obrigações conferidas aos Estados para preservar e proteger o direito à saúde. Essa composição jurídica englobou tanto os instrumentos normativos adotados por seus Estados Membros quanto

principalmente a jurisprudência formada através da análise de casos concretos. Os três sistemas regionais de direitos humanos possuem, portanto, mecanismos de proteção e um ordenamento capaz de proteger efetivamente e de maneira ampla o direito fundamental à saúde em suas respectivas regiões.

Quanto às respostas destes sistemas para a crise humanitária e de saúde pública trazida pela pandemia de COVID-19, nota-se que as decisões e opiniões proferidos dentro destes sistemas em casos ligados diretamente à COVID-19 não precisaram se apoiar em uma expansão de suas interpretações acerca do direito à saúde, apenas aplicar seus entendimentos já existentes ao novo contexto. Essas expansões, no entanto, puderam ser observadas nos relatórios e resoluções adotadas pelos sistemas, em que se ampliou o entendimento acerca do direito à saúde no que tange a sua aplicação diretamente no caso de pandemias como a de COVID-19.

Quanto ao oferecimento de remédios internacionais para proteção do direito à saúde no contexto da COVID-19, observa-se que os sistemas europeu e interamericano ofereceram remédios eficazes para apresentação de reclamações de violações de direitos. A principal qualidade de ambos estes sistemas foi compreender que a urgência de garantir a proteção integral do direito e de apresentar respostas em tempo hábil. Em um contexto de saúde pública, onde o direito que se busca proteger é tão intrínseco ao direito à vida e à integridade humana, a demora para oferecer resolução impede em muitos casos qualquer possibilidade de realização deste direito. Nesse sentido, tanto o sistema europeu quanto o interamericano conseguiram oferecer uma resposta rápida para o contexto do litígio internacional às violações do direito à saúde por meio da concessão de medidas preventivas. Ambas as cortes regionais também aplicaram de maneira ampla suas já existentes interpretações ao contexto da pandemia. O Tribunal Europeu, principalmente, dado à sua maior consolidação regional, pode atuar em diversas reclamações de casos

consequentes à COVID-19, demonstrando ser um método eficaz de atribuir resoluções concreta à casos de possíveis violações ao direito à saúde.

Já em relação ao sistema africano, percebe-se um atraso em relação aos demais sistemas, não em relação à profundidade ou amplitude do entendimento acerca do direito à saúde, mas sim de se apresentar um remédio efetivo em prática para sanar violações no contexto da pandemia. A ausência de julgamento de casos ou medidas preventivas que se relacionem ao contexto da COVID-19 e até mesmo a dificuldade maior de se obter sucessivo em pedidos de medidas preventivas comparado com os demais sistemas, levam à conclusão de que o sistema africano não apresentou provas de sua capacidade de apresentar remédios eficazes no contexto da pandemia. Ademais, a crise de cooperação dos Estados Membros, com a retirada de três de seus integrantes justamente no primeiro ano da pandemia indicam que o sistema africano não consolidou ainda uma política de cumprimento de decisões internacionais na região. Estas limitações não implicam que o sistema africano não tenha importância prática, uma vez que este ainda tem posição crucial na progressão do entendimento acerca de direitos humanos na região africana, mas existe uma deficiência de cumprimento em relação aos demais sistemas.

Conforme demonstrado, conclui-se que o sistema internacional foi capaz de criar entendimentos e mecanismos capazes de atender às necessidades internacionais em caso de emergências como a causada pela pandemia de COVID-19, assim como oferecer remédios efetivos para proteção manutenção do direito à saúde, mesmo que estas bases não tenham sido aproveitadas em todos os sistemas.

BIBLIOGRAFIA

AFRICA: Regional human rights bodies struggle to uphold rights amid political headwinds. Amnesty International, 2020. Disponível em: <https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2020/10/africa-regional-human-rights-bodies-struggle-to-uphold-rights-amid-political-headwinds/>. Acesso em 15 jun. 2023.

ALSTON, Philip; GOODMAN, Ryan. **International Human Rights**. 1ª edição. Oxford: Oxford University Press, 2013.

BERGKAMP, Lucas. **State Liability for Failure to Control the COVID-19 Epidemic: International and Dutch Law**. European Journal of Risk Regulation, 2020, vol. 11, n. 2, 343-349. Disponível em: <doi:10.1017/err.2020.21>.

BORELLI, Silvia. **State Responsibility in International Law**. Oxford Bibliographies, 2017. Disponível em: <<https://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199796953/obo-9780199796953-0031.xml>>. Acesso em 14 de maio de 2023.

BRASIL. **Decreto Nº 591, de 6 De Julho De 1992**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0591.htm>.

BRASIL. Decreto Nº 678, de 6 De Novembro de 1992. Convenção Americana sobre Direitos Humanos, 1992. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0678.htm>.

CADHP. Corte Africana Dos Direitos Humanos e dos Povos, Media Rights Agenda v. Nigéria, 2000

CADHP. Carta Africana de Direitos Humanos e dos Povos. Purohit and Another v. The Gambia. Decision. Maio (2003). African Human Rights Law Reports, 96. 2003a.

CADHP. Corte Africana de Direitos Humanos e dos Povos. **The right to participate in the government of one's country in the context of an election held during a public health emergency or a pandemic, such as the covid-19 crisis**. Julho de 2021.

CADHP. Corte Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. **African Commission on Human and Peoples' Rights v Libya (provisional measures)**. African Court Law Reports 145. Mar. 2013.

CADHP. Corte Africana dos Direitos Humanos e dos Povos. Anudo v. Tanzania (merits). African Court Law Reports 248. Mar. 2018.

CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. **COVID-19 health crisis. Estrasburgo, 2022**. Disponível em <https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Covid_ENG.pdf>. Acesso em 11 de jun. 2023.

CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. **Thematic Report: Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights**. Estrasburgo: 2015.

- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Caso Airey v. Irlanda. Estrasburgo, 1979.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Dodov v. Bulgária. Estrasburgo, 2008.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Caso Feilazoo v. Malta. Estrasburgo, 2021.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Caso Georgel e Georgeta Stoicescu v. Romania. Estrasburgo, 2011.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Caso Gülay Çetin v. Turquia. Estrasburgo, 2010.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Caso İlhan v. Turquia. Estrasburgo, 2016b.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Caso Kudła v. Polónia. Estrasburgo, 2000.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Caso Le Mailloux v. França. Estrasburgo, 2020.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Caso Paposhvili v. Bélgica. Estrasburgo, 2016a.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Caso Piperea v. Romênia. Estrasburgo, 2021d.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Šilih v. Eslovênia. Estrasburgo, 2009.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Caso Y.K. v. Turquia. Estrasburgo, 2003.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Open Door And Dublin Well Woman v. Irlanda. Estrasburgo, 1992.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Terhes v. Romênia. Estrasburgo, 2021e.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Vavříčka e outros v. República Tcheca. Estrasburgo, 2021c.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. Vasyukov v. Russia. Estrasburgo, 2011.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. **Inadmissibility of application lodged by individual complaining about handling of Covid-19 health crisis.** Estrasburgo: 2020b.
- CEDH. Corte Europeia de Direitos Humanos. **Rules of the Court.** Estrasburgo: 2023.
- CEJIL. Centro pela Justiça e o Direito Internacional. **Vélez Loor**, 2002. Disponível em: <<https://cejil.org/en/case/velez-loor-2/>>. Acesso em 10 jun. 2023.
- CEZARIO, Leandro Fazollo. **O Caso da Fundação Trail (Trail Smelter Case) — Estados Unidos x Canadá: Características Transfronteiriças dos Danos ao Meio Ambiente e a Responsabilidade Internacional do Estado por Danos Ambientais.** Portal Jurídico Investidura, Florianópolis/SC, 22 Jun. 2010. Disponível em: <investidura.com.br/biblioteca-juridica/artigos/direito-ambiental/164152-o-caso-da-fundicao-trail-trail-smelter-case-estados-

unidos-x-canada-caracteristicas-transfronteiricas-dos-danos-ao-meio-ambiente-e-a-responsabilidade-internacional-do-estado-por-danos-ambientais>. Acesso em: 09 jun. 2023.

COMITÊ DA EUROPA. **The Collective Complaints Procedure**. S.d. Disponível em: <<https://www.coe.int/en/web/european-social-charter/collective-complaints-procedure1>>. Acesso em 11 de jun. 2023.

Corte IDH. Corte Interamericana de Direitos Humanos. Vélez Loo v. Panamá. San José da Costa Rica, 2020. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2016/04/7c950d67d3a97c9f9ce9607f8f21a34a.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2023.

Corte IDH. Regulamento da Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2013. Disponível em: <<https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/mandato/basicos/reglamentocidh.asp>>. Acesso em 10 de jun. de 2023.

Corte IDH. **Resolución de la Presidenta de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 26 de Mayo de 2020: Adopción De Medidas Urgentes (Caso Vélez Loo Vs. Panamá)**. Corte Interamericana de Direitos Humanos, 2020b. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/docs/medidas/velez_se_01.pdf>. Acesso em 10 de jun. de 2023.

Corte IDH. Corte Interamericana De Direitos Humanos. Poblete Vilches e outros v. Chile. Sentença de 8 de março de 2018. São Jose da Costa Rica. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/sci/dados-da-atuacao/corte-idh/Caso_Poblete_Vilches_vs_Chile.pdf>. Acesso em 23 maio 2023.

Corte IDH. Corte Interamericana De Direitos Humanos. Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y jubilados de la Contraloría”) v. Perú. Sentença de 1 de julho de 2009. San José da Costa Rica, 2009. Disponível em: <https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_198_esp.pdf>. Acesso em 21 maio 2023.

Corte IDH. Corte Interamericana De Direitos Humanos. Albán Cornejo y otros. v. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas, Série C No. 171. Sentença de 22 de nov. de 2007.

Corte IDH. Corte Interamericana De Direitos Humanos. Comunidad indígena Yakye Axa v. Paraguay (exceções preliminares, mérito, reparações e custas). Sentença de 17 de junho de 2005. Disponível em: <<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2016/04/357a11f7d371f11cba840b78dde6d3e7.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2023.

Corte IDH. Corte Interamericana De Direitos Humanos. Gonzales Lluy e outros v. Equador. 1º Sentença de 1 de set. de 2015.

Corte IDH. Corte Interamericana De Direitos Humanos. Ximenes Lopes v. Brasil. Sentença de 4 de julho de 2006.

Corte IDH. Miembros de los Pueblos Indígenas Yanomami y Ye'kwana respecto de Brasil (Medida Cautelar No. 563-20). 2020. Disponível em

<https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2020/35-20mc563-20-br.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CPJI. Corte Permanente de Justiça Internacional. **Case Concerning the Payment in Gold of the Brazilian Federal Loans Issued in France**. Série A, n. 15, 1929.

DE ANDRADE, Eduarda; VENTURA, Carla Aparecida; ZANARDO Ana Beatriz; BONATO, Patrícia de Paula Queiroz. **A pandemia do coronavírus e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos: uma análise documental**. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.17566/ciads.v11i4.891>>. Acesso em 10 de jun. 2023.

DE MORAES, Maria Valentina; LEAL, Mônica Clarissa Henning. **Casos Lagos Del Campo x Acevedo Buendía: Nova Interpretação da Corte Interamericana de Direitos Humanos Quanto à Justiciabilidade dos Direitos Sociais?**. Revista Direito Público, 19 (104), 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.11117/rdp.v19i104.6526>>. Acesso em: 23 de maio de 2023 <discursojuridico/article/viewFile/203/92>. Acesso em 09 jun. 2023.

ENOCH, Jamie; PIOT, Peter. **Human Rights in the Fourth Decade of the HIV/AIDS Response: An Inspiring Legacy and Urgent Imperative**. Health and Human Rights Journal, vol. 10, n. 2, dez. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5739363/>>. Acesso em: 10 maio 2023.

GIUSTINIANI, Flavia Zorzi. **Regional Human Rights Bodies. Yearbook of International Disaster Law Online**. Vol. 3, n. 1, 554-564. 21 de fev. de 2022 Disponível em: <https://doi.org/10.1163/26662531_00301_029>. Acesso em 09 de jun. de 2023.

GONZÁLEZ, Felipe. **Urgent Measures in the Inter-American Human Rights System**. SUR, vol. 7, n. 13, p. 52-67, 2010. Disponível em: <<https://sur.conectas.org/en/urgent-measures-in-the-inter-american-human-rights-system/>>. Acesso em 10 jun. 2023.

GRAHAM, Lewis. **The European Court of Human Rights and the Emerging Right to Health**. Oxford Human Rights Hub. Oxford, 11 de maio de 2017. Disponível em: <<https://ohrh.law.ox.ac.uk/the-european-court-of-human-rights-and-the-emerging-right-to-health/>>.

HANASHIRO, Olaya Sílvia Machado Portella. **O Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos**. São Paulo: Edusp, 2001.

HATHAWAY, Oona et al. **COVID-19 and International Law Series: Human Rights Law — Right to Health**. Just Security, New Haven, 20 de nov. de 2022. Disponível em: <<https://www.justsecurity.org/73447/covid-19-and-international-law-series-human-rights-law-right-to-health/>>.

HEATHCOTE, Sarah. **State Responsibility, International Law and the Covid-19 Crisis**. Australian Yearbook of International Law, ANU College of Law Research Paper Series, n. 21.22, 2021. Disponível em: <<https://ssrn.com/abstract=3937744>>. Acesso em 29 de maio de 2023.

HEMBACH, Holger. **Physical and psychological integrity pursuant to article 8 ECHR**. Disponível em: <<https://human-rights-law.eu/echr/article-8-echr-right-to-private-life-family->

life-correspondence-and-home/physical-psychological-integrity-pursuant-article-8-echr. Acesso em 23 de maio de 2023.

INTERNATIONAL COMMISSION OF JURISTS. **Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights**. 26 de jan.1997. Disponível em: <<https://www.refworld.org/docid/48abd5730.html>>. Acesso em 10 de jun. de 2023.

KOMBO, Brenda K. A missed opportunity? Derogation and the African Court case of APDF and IHRDA v Mali. **African Human Rights Law Journal**, Pretoria, v. 20, n. 2, p. 756-776, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17159/1996-2096/2020/v20n2a18>. Acesso em 16 jun. 2023.

KOOIJMANS, P. H. **Inter-State Dispute Settlement in the Field of Human Rights**. 3 LJIL 87, 1990.

MAAS, Rosana Helena; DAROIT, Ana Paula. **A proteção interamericana do direito humano e social à saúde**. **Revista De Direito Sanitário**. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v20i1p13-31>>. Acesso em 21 de maio de 2023.

MAKUNYA, Trésor Muhindo. **Decisions of the African Court on Human and Peoples' Rights during 2020: Trends and lessons**. **African Human Rights Law Journal**, Pretoria, v. 21, n. 2, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.17159/1996-2096/2021/v21n2a49>>. Acesso em 13 jun. 2023.

MEIER, B. M.; ONZIVU, W. **The evolution of human rights in World Health Organization policy and the future of human rights through global health governance**. **Public Health**, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.012>>.

MÜLLER, Amrei. **Limitations to and Derogations from Economic, Social and Cultural Rights**. **Human Rights Law Review**. Vol.9, n. 4, 18 nov. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/hrlr/ngp027>>. Acesso em 09 de jun. 2023.

NAMPEWO, Zahara; MIKE, Jennifer Heaven; WOLFF, Jonathan. **Respecting, protecting and fulfilling the human right to health**. **International Journal for Equity Health**. Vol. 21, n. 36, mar. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12939-022-01634-3>>. Acesso em 14 maio 2023.

NETTO, Cláudio Cerqueira Bastos. **A Opinião Consultiva nº 10/89 da Corte IDH: a força da Declaração Americana de Direitos e Deveres do Homem**. Casoteca do NIDH – UFRJ. Disponível em: <https://nidh.com.br/a-opinio-consultiva-n-10-da-corte-idh-a-forca-da-declaracao-americana-de-direitos-e-deveres-do-homem/>. Acesso em 20 de maio de 2023.

OEA. Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem. Disponível em: <https://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/b.declaracao_americana.htm>. Acesso em 20 de maio de 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946. USP. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnncnibpcajpcglclefindmkaj/https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf>.

ONU. **CCPR General Comment No. 29: Article 4: Derogations during a State of Emergency**. ONU, 2001. Disponível em <<https://www.refworld.org/docid/453883fd1f.html>>. Acesso em 07 de dez. de 2022.

ONU. **CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health** (Art. 12), 2000.

ONU. **CESCR General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations** (Art. 2, Para. 1, of the Covenant), 1990. Disponível em: <<https://www.refworld.org/pdfid/4538838e10.pdf>>. Acesso em 09 jun. 2023.

ONU. **Pacto sobre Direitos Civis e Políticos**. 1966b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0592.htm>. Acesso em: 06 de jun. de 2023.

ONU. **Pacto sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. 1966. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/cooperacao-internacional/relatorios-internacionais-1/pacto-internacional-sobre-os-direitos-economicos-sociais-e-culturais>>. Acesso em: 15 abr. 2023.

ONU. **Statement on the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and economic, social and cultural rights** (E/C.12/2020/1). Disponível em: <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/095/28/PDF/G2009528.pdf?OpenElement>>. Acesso em 09 jun. 2023.

ONU. Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial. Art. 5º. 1965. Disponível em: <<http://www2.mre.gov.br/dai/racial.htm>>. Acesso em 11 maio 2023.

ONU. Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher. ONU, 1983. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/dai/m_4377_2002.htm>. Acesso em 13 maio 2023.

ONU. Convenção sobre os direitos as pessoas com deficiência. 2006.

ONU. **Projeto de Artigos sobre a Responsabilidade dos Estados por Atos Internacionalmente Ilícitos**. Disponível em: <<chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iusgentium.ufsc.br/wp-content/uploads/2015/09/Projeto-da-CDI-sobre-Responsabilidade-Internacional-dos-Estados.pdf>>

ONU. Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. 1966.

ONU. **Report of the Special Rapporteur on the negative impact of unilateral coercive measures on the enjoyment of human rights**. Alena Douhan. Conselho de Direitos Humanos, 4 de out. de 2021a. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/en/documents/country-reports/ahrc4859add2-visit-bolivarian-republic-venezuela-report-special>>.

ONU. **Situation of human rights and technical assistance in the Bolivarian Republic of Venezuela**, 21 de out. de 2021. Conselho de Direitos Humanos, 2021b. Disponível em: <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G21/292/96/PDF/G2129296.pdf?OpenElement>>.

ONU. **CESCR General Comment No. 5: The Nature of States Parties' Obligations** (art. 2, para. 1, of the Covenant). ONU, 1990. Disponível em: <<https://www.refworld.org/pdfid/4538838e10.pdf>>. Acesso em 14 de maio de 2023.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Bolivarian Republic of Venezuela**, 21 de out. de 2021b. Disponível em: <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G21/292/96/PDF/G2129296.pdf?OpenElement>>.

ONU. **The Right to Health**. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Fact Sheet No. 31., June 2008. Disponível em: <<https://www.refworld.org/docid/48625a742.html>>. Acesso em 13 jun. 2023.

PAPADOPOULOS, Nikolaos. **Strategic litigation before the European Committee of Social Rights: Fit for purpose?**. Netherlands Quarterly of Human Rights, vol. 40, n. 4. 12 out. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/09240519221131401>>. Acesso em 11 jun. 2023.

PASCALE, Giuseppe. **The human right to health in Africa: Great expectations, but poor results**. Völkerrechtsblog. 20 de abr. 2016. Disponível em: <<https://voelkerrechtsblog.org/the-human-right-to-health-in-africa-great-expectations-but-poor-results/>>. Acesso em 15 maio 2023

PROTOCOLO DE SÃO SALVADOR. Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3321.htm>. Acesso em: 20 maio 2023.

RESENDE, Ranieri Lime. **Responsabilidade dos Estados por atos internacionalmente ilícitos: perspectivas atuais**. Revista da Faculdade de Direito da Universidade de Minas Gerais, n. 45, 2004.

SCALASSARA, Lecir Maria. **Conflitos Ambientais: O Acesso à Justiça e os Meios Alternativos de Solução de Conflitos**. Discurso Jurídico. Faculdade Integrado de Campo Mourão, Campo Mourão, v. 2, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://revista.grupointegrado.br/revista/index.php/>>.

SEKALALA, Sharifah et al. Health and human rights are inextricably linked in the COVID-19 response. *BMJ Global Health*, vol. 5, n. 9, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003359>>.

SMITH, Neil. **There is no such thing as natural disaster**. Social Science Research Council, 20 de jun. de 2006. Disponível em: <<https://items.ssrc.org/understanding-katrina/theres-no-such-thing-as-a-natural-disaster/>>. Acesso em: 29 de maio de 2023.

TOEBES, Brigit. **Towards an Improved Understanding of the International Human Right to Health**. *Human Rights Quarterly*, Vol. 21, n. 3, Johns Hopkins University Press, 1999. Disponível em:

<https://www.jstor.org/stable/762669?searchText=&searchUri=&ab_segments=&searchKey=&refreqid=fastly-default%3A7e1c1d03cae09f903146481f7609ca99>.

Universal Human Rights Group. **A Rough Guide to the Regional Human Rights Systems**. Disponível em: <https://www.universal-rights.org/human-rights-rough-guides/a-rough-guide-to-the-regional-human-rights-systems/>. Acesso em 15 maio 2023.

VON BOGDANDY, Armin. **The Role of International Law in Vaccinating Against COVID-19: Appraising the COVAX Initiative**. Max Planck Institute for Comparative Public Law & International Law, vol. 46, n. 81, 2020. Disponível em: <<https://ssrn.com/abstract=3733454>>. Acesso em 07 de dez. 2022.