



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



138ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 19-23 de junho de 2006

Tema 4.7 da agenda provisória

CE138/15 (Port.)

9 maio 2006

ORIGINAL: ESPANHOL

A INCAPACIDADE: PREVENÇÃO E REABILITAÇÃO NO CONTEXTO DO DIREITO AO GOZO DO GRAU MÁXIMO DE SAÚDE QUE SE POSSA CONSEGUIR E OUTROS DIREITOS CORRELATOS

A Organização das Nações Unidas estima que existem no mundo cerca de 600 milhões de pessoas incapacitadas, das quais 400 milhões estão nos países em desenvolvimento. Na Região das Américas existem aproximadamente 60 milhões de incapacitados.

O aumento da esperança de vida, o incremento das doenças não transmissíveis, as doenças emergentes e reemergentes, a crescente violência, os conflitos armados, os acidentes de todo tipo e o uso e abuso de álcool, tabaco e substâncias proibidas são algumas das principais causas de incapacidade, razão pela qual não há uma tendência evidente à queda de sua prevalência na população geral. Isso trará uma demanda maior de atenção em serviços e programas que até agora têm sido insuficientes.

Este documento estabelece que é necessário entender o problema da incapacidade como uma responsabilidade social comum e não individual; e se fundamenta nas recomendações propostas pela Assembléia Mundial da Saúde em 2005 (Resolução WHA58.23), entre as quais se inclui a necessidade de promover e proteger os direitos humanos das pessoas incapacitadas. O presente documento pode constituir uma importante ferramenta para ajudar o Comitê Executivo a se inteirar da situação dos incapacitados na Região e a considerar diferentes estratégias relacionadas com a prevenção de incapacidades, em conformidade com instrumentos e diretrizes que promovam o direito ao gozo do grau máximo de saúde que se possa alcançar¹ (16-19) e outros direitos correlatos de tais pessoas. Solicita-se ao Comitê Executivo apresentar suas observações e sugestões sobre o enfoque proposto com relação à prevenção das incapacidades e à reabilitação integral das pessoas incapacitadas.

¹ Os Estados Membros da OMS ajustaram importantes princípios relacionados com a saúde pública que estão estabelecidos no preâmbulo de sua Constituição. Assim, a Constituição estabelece um princípio internacional fundamental, em virtude do qual o gozo do grau máximo de saúde que se possa conseguir não é somente um estado ou condição da pessoa, senão também "...um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social..." A Constituição foi adotada pela Conferência Internacional da Saúde, realizada em Nova York de 19 de junho a 22 de julho de 1946, e assinada em 22 de julho de 1946 pelos Representantes de 61 Estados. Por sua parte, o "Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais" (ONU) protege "o direito ao desfrute do mais alto nível possível de saúde" (Artigo 12) e o Protocolo de São Salvador (OEA) protege "o direito à saúde" (Artigo 10). Ademais, a proteção da saúde como direito humano está consagrada em 18 das 35 Constituições dos Estados Membros da OPAS (Bolívia, Brasil, Cuba, Chile, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela).

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução	3
Conceitos básicos e definições.....	3
Funcionalidade e incapacidade	4
Funções, estruturas corporais e deficiências	4
Atividades e participação versus limitações na atividade e restrições à participação	4
Outros conceitos básicos.....	4
Reabilitação.....	4
Reabilitação integral	5
Prevenção de incapacidades.....	5
Qualidade de vida	5
Serviços de reabilitação	5
Enfoque setorial	6
Prevalência e causas da incapacidade	6
Análise de situação das pessoas incapacitadas na Região das Américas.....	6
O gozo do grau máximo de saúde que pode conseguir, outros direitos humanos e a participação cidadã das pessoas incapacitadas.....	8
A saúde dos incapacitados em face do exercício dos direitos humanos	8
Políticas, planos, legislações e práticas relacionadas com a incapacidade e a reabilitação em face dos direitos humanos	8
Instrumentos gerais de Direitos Humanos	9
Sistema das Nações Unidas para a proteção dos direitos humanos	9
Sistema interamericano para a proteção dos direitos humanos	10
Diretrizes ou padrões internacionais.....	11
Sistema das Nações Unidas para a proteção dos direitos humanos	11
Sistema interamericano para a proteção dos direitos humanos	12
Iniciativas da OPAS/OMS para a abordagem da incapacidade e de sua reabilitação: desafios e novos desafios	12
Enfoques estratégicos.....	12
Intervenção do Comitê Executivo.....	14
Referências	

Introdução

1. A 58ª Assembléia Mundial da Saúde (MAS), aprovou em maio de 2005 a Resolução **WHA58.23: Incapacidade, incluindo prevenção, tratamento e reabilitação**, na qual, entre outras coisas, insta aos Estados Membros "... a desenvolver sua base de conhecimentos a fim de **promover e proteger os direitos e a dignidade das pessoas incapacitadas** e de garantir sua integração plena na sociedade, fomentando particularmente a capacitação e protegendo o emprego". Naquela resolução os Estados Membros são também exortados a garantir a atenção médica apropriada às pessoas que dela necessitem, bem como a sua reabilitação; facilitar o acesso a dispositivos de assistência técnica; a reforçar os programas e as estratégias nacionais voltadas para a aplicação das Normas Uniformes; promover a prevenção, detecção e intervenção prematura de incapacidades; e promover programas de reabilitação comunitária vinculados à atenção primária de saúde. É importante acentuar que, na Resolução WHA58.23, a Assembléia Mundial da Saúde pediu aos Estados Membros e ao Diretor que "... participem de forma ativa e construtiva no processo de **elaboração da Convenção internacional ampla e integral das Nações Unidas para promover e proteger os direitos e a dignidade das pessoas incapacitadas**,² para que possa ser adotada o quanto antes e prioritariamente pela Assembléia Mundial.

2. A Organização Pan-Americana da Saúde considera necessário entender o problema da incapacidade como uma responsabilidade social comum e não individual; e, consciente das recomendações propostas pela Assembléia Mundial da Saúde em 2005 com relação à necessidade de promover e proteger os direitos humanos dos incapacitados, especialmente seu direito ao gozo do grau máximo de saúde que se possa alcançar, apresenta este documento como importante ferramenta para contribuir para que o Diretor da OMS possa, por intermédio do Conselho Executivo, informar a 60ª Assembléia Mundial da Saúde "sobre a marcha da aplicação da presente resolução [Resolução WHA 58.23] ...", tal como é nela mesma solicitado.

Conceitos básicos e definições

3. A 54ª Assembléia Mundial da Saúde, celebrada em maio de 2001, aprovou a nova Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que tem por objetivo "...fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde ..." (1)

4. A CIF se baseia na integração do modelo médico e social, com a finalidade de conseguir a articulação das diferentes dimensões da funcionalidade humana baseada no enfoque "biopsicossocial", proporcionando uma visão coerente das dimensões da saúde: biológica, individual e social. Nesse contexto, as mudanças conceptuais introduzidas com a CIF incluem:

² Resolução56/168 adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, A/56/583/Add. 2, 19 de dezembro de 2001.

Funcionalidade e incapacidade

5. “**Funcionalidade** é um termo genérico que inclui funções corporais, estruturas corporais, atividades e participação. Indica os aspectos positivos da interação de um indivíduo (com uma “condição de saúde”) e dos fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais).”

6. “**Incapacidade** é um termo genérico, que inclui deficiências nas funções corporais e nas estruturas corporais, limitações na atividade e restrições na participação. Indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma “condição de saúde”) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais).”

Funções, estruturas corporais e deficiências

7. “**Funções corporais** são as funções fisiológicas dos sistemas corporais, incluindo as funções psicológicas. Entendemos por “corpo” o organismo humano como um todo, e, portanto, a mente é incluída na definição.”

8. “**Estruturas corporais** são as partes anatômicas do corpo, como os órgãos, as extremidades e seus componentes.”

9. “**Deficiências** são problemas nas funções ou estruturas corporais, tais como um desvio significativo da “norma”, geralmente relativo ao estado biomédico do corpo e de suas funções ou a uma perda de tais funções ou estruturas.”

Atividades e participação versus limitações na atividade e restrições na participação

10. “**Atividade** é a realização de uma tarefa ou ação por uma pessoa. Representa a perspectiva da funcionalidade do ponto de vista do indivíduo.”

11. “**Participação** é a implicação da pessoa em uma situação vital. Representa a perspectiva da funcionalidade do ponto de vista da sociedade.”

12. A atividade (assim como a participação) é classificada nas seguintes categorias: (a) aprendizagem e aplicação do conhecimento; (b) tarefas e demandas gerais; (c) comunicação; (d) mobilidade; (e) autocuidado; (f) vida doméstica; (g) interações e demandas interpessoais; (h) áreas principais da vida; (i) vida comunitária, social e cívica.

Outros conceitos básicos

Reabilitação

13. É o processo contínuo e coordenado, visando obter a restauração máxima da pessoa com incapacidade nos aspectos funcionais, físicos, psíquicos, educacionais, sociais, profissionais e ocupacionais, a fim de reintegrá-la como membro produtivo à

comunidade, bem como promover medidas que procurem prevenir a incapacidade. (OPS, 1998) (1)

Reabilitação integral

14. A ordem coordenada e individualizada dos sistemas e serviços da sociedade e do meio, cujo objetivo primário é prevenir, minimizar ou reverter as conseqüências das perdas ou alterações funcionais e incidir sobre os fatores que impedem a participação plena.(2)

Prevenção de incapacidades

15. Conjunto de atividades interprogramáticas e intersetoriais visando a identificação de fatores de risco que produzam deterioração ou dano à saúde; impedir que a deterioração da saúde cause limitação funcional ou minimizar o impacto das conseqüências do dano à saúde; promover estilos de vida saudáveis e proteção sanitária. Abrange a prevenção primária, secundária e terciária da incapacidade. (3)

Qualidade de vida

16. “É a percepção que tem o indivíduo de sua situação na vida, no contexto cultural e de valores em que vive, e quanto a seus objetivos, expectativas e interesses” (OMS, 1994). A idéia de Qualidade de Vida leva-nos ao conceito de saúde de OMS “É um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de mal-estar ou doença.” Um dano à saúde do indivíduo e as seqüelas que possa nele deixar o afetarão não só física ou emocionalmente, como também no desempenho de atividades e na sua participação.

Serviços de reabilitação

17. No contexto do direito ao gozo do grau máximo de saúde que se possa conseguir, e de acordo com o previsto nas normas número 2 (Atenção Médica) e 4 (Reabilitação) das Normas Padrão das Nações Unidas sobre a Equiparação de Oportunidades para as Pessoas Incapacitadas (4), deve-se garantir a atenção médica eficaz e a prestação de serviços de reabilitação a este grupo de população. Os serviços de saúde devem proporcionar atenção por equipes multidisciplinares, para avaliação, detecção precoce e tratamento das deficiências; e assim também, incluir as pessoas incapacitadas em todos os programas e iniciativas de saúde. Os serviços de reabilitação devem ser acessíveis a todas as pessoas e proporcionar assistência para atingir e manter um nível ótimo de funcionalidade e autonomia, atendendo a qualquer tipo de incapacidade e envolvendo os próprios incapacitados e seus familiares no processo de reabilitação.

Enfoque intersetorial.

18. Dar respostas às necessidades reais dos grupos de pessoas incapacitadas deve necessariamente basear-se na abordagem intersetorial, a fim de que essas respostas seja integrais, levando em conta que estas necessidades vão ser determinadas pelas dimensões da funcionalidade/incapacidade que estejam afetadas: biológica (corpo), perspectiva do indivíduo a respeito da funcionalidade (atividade) e perspectiva da sociedade a respeito da funcionalidade (participação), em constante interação com os fatores contextuais (ambientais/pessoais) e relacionada a uma condição de saúde.

Prevalência e causas da incapacidade

19. A identificação, caracterização e registro de casos novos de incapacidade e dos já conhecidos, em tempo e lugar determinados, nos vai dar a prevalência. As causas são multifatoriais e dependerão das dimensões da funcionalidade humana afetada (funções corporais, estruturas corporais, atividade e participação).

Análise de situação das pessoas incapacitadas na Região das Américas

20. A Organização das Nações Unidas estima que existem no mundo cerca de 600 milhões de pessoas incapacitadas, das quais 400 milhões estão nos países em desenvolvimento. Na Região das Américas existem aproximadamente 60 milhões de incapacitados.

21. O aumento da esperança de vida, o incremento das doenças não transmissíveis, as doenças emergentes e reemergentes, a crescente violência, os conflitos armados; o uso e abuso de álcool, tabaco e substâncias proibidas, os acidentes de todo tipo, são algumas das principais causas de incapacidade, razão pela qual não há uma tendência evidente à queda de sua prevalência na população geral. Isso trará uma demanda maior de atenção em serviços e programas que até agora têm sido insuficientes. A distribuição demográfica e geográfica da incapacidade exerce uma influência significativa na sociedade. As pessoas incapacitadas constituem 10% da população geral e se considera que a incapacidade tem repercussão sobre 25% da população total. A incapacidade afeta não só a pessoa que a sofre como também aqueles que dela cuidam, seus familiares, a comunidade e quem quer que apóie o desenvolvimento da comunidade.(5-8)

22. Dados os índices de crescimento populacional da América Latina e do Caribe, prevê-se um aumento significativo do número de incapacitados, especialmente quando a atenção materno-infantil é deficiente e quando ocorre um alto nível de acidentes e lesões físicas e mentais devidos à violência.

23. Aproximadamente 50% da população de incapacitados na Região têm idade para trabalhar. Dados os altos níveis de pobreza e desemprego na população geral, assim como a clara relação entre pobreza e incapacidade, é crítica a situação das pessoas incapacitadas na Região. A maioria dessas pessoas é constituída de

desempregados ou excluídos do mercado de trabalho. Na América Latina, encontraram-se cifras muito variadas de prevalência de incapacidade; no Peru, por exemplo, os números informados pelo estudo de prevalência nacional estão na faixa de 32%, em comparação com 10% a 13% em outros países (Equador, Venezuela, Colômbia). Na América Central, a cifra de prevalência de incapacidade está perto de 18%. (5-8)

24. Mais recentemente, com a aprovação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), começou-se a fazer estudos de prevalência tendo essa classificação como base técnica. Até agora, realizaram-se três estudos nacionais baseados na CIF, no Chile, Equador e Nicarágua, bem como no Panamá (em curso). Realizou-se uma pesquisa domiciliar com um módulo de incapacidade baseado na CIF no Uruguai e um estudo nacional da Argentina, baseado na Classificação Internacional anterior de Deficiências, Incapacidade e Handicaps. Outros dados disponíveis na Região são divulgados pelos recenseamentos, com a limitação do que eles representam para caracterizar a incapacidade e de que os dados obtidos limitam-se mais à incapacidade profunda ou permanente: Costa Rica, México, Panamá, Venezuela. Estudos especiais limitados a grandes áreas urbanas ou não baseados na CIF: Cuba, El Salvador, Honduras, Paraguai e Peru. Na Colômbia, está sendo feito o registro contínuo de dados de incapacidade no nível municipal, baseados na CIF, e mais recentemente se desenvolveu o módulo de incapacidade no Censo Nacional, também baseado na CIF.

25. De acordo com os estudos mais recentes sobre incapacidade, a prevalência nacional desta na Nicarágua é de 10.3%, dos quais 56% correspondem ao sexo feminino; do total da população com incapacidade, 60% vivem em zonas urbanas. O grupo de idades mais afetado é o de 20 a 59 anos, representando 47%. Quarenta e cinco por cento não têm nenhum grau de instrução. As incapacidades mais freqüentes são as de mobilidade, comunicação e participação. No Chile, a prevalência nacional é de 12,9%, dos quais 2,5% constituem incapacidade profunda, 58,2% são do sexo feminino e 83,3% vivem em meio urbano; e as idades mais afetadas estão entre 30 e 64 anos, representando 51%. No Chile, a incapacidade é duas vezes mais freqüente na população de baixas condições socioeconômicas e uma da cada duas pessoas incapacitadas não completou a educação básica.

26. No Equador, a prevalência nacional é 12,1%, dos quais 51% são do sexo feminino, e as idades mais afetadas são as de 20 a 64 anos, representando 51%. Oitenta por cento declararam que a causa de sua incapacidade se deve a condições de saúde. Outros dados gerais incluem, por exemplo, a Argentina, onde 20,6% dos domicílios abrigam pelo menos uma pessoa com incapacidade; a Costa Rica, com uma prevalência de 5,3% (Censo de 2000); Cuba, com 3,2% (incapacidade profunda); e o Uruguai com 7,6% de prevalência de incapacidade.

27. Apesar da diversidade de dados e metodologias empregados, a tendência é no sentido da utilização de ferramentas técnicas de referência internacional como a CIF. Todos os estudos levantaram dados muito importantes que nos dão uma idéia da

situação: dos 60 milhões de pessoas incapacitadas na América Latina e no Caribe, aproximadamente 25% são crianças e adolescentes; 2% a 3% da população com incapacidade têm acesso a programas e serviços de reabilitação; a metade das vítimas de acidentes de trânsito são jovens de entre 15 e 34 anos; a população incapacitada maior de 65 anos representa uma alta porcentagem; 2% a 3% dos recém-nascidos apresentam graves deficiências e 6% a 8% da população infantil são de alto risco. Da população infantil incapacitada, só 20–30% freqüentam escolas e só 5% terminam o curso primário. As meninas incapacitadas são sujeitas a ainda maior discriminação. As crianças com incapacidade sofrem mais violência e maus-tratos do que qualquer outra criança e freqüentemente vêm a ser institucionalizadas.

O gozo do grau máximo de saúde que se possa conseguir, outros direitos humanos e a participação cidadã das pessoas incapacitadas

A saúde dos incapacitados em face do exercício dos direitos humanos

28. De acordo com diferentes organismos internacionais, as pessoas incapacitadas freqüentemente encontram obstáculos com relação ao gozo de seus direitos humanos e liberdades fundamentais.⁽⁹⁾ Por exemplo, a existência de obstáculos (na prática ou na legislação) relacionados com o acesso das pessoas incapacitadas aos serviços de saúde e reabilitação, sua liberdade de movimento em edifícios públicos; a falta de oportunidades profissionais; a exclusão dessas pessoas nos sistemas educacionais; a participação em experimentos médicos ou científicos sem seu consentimento informado; a falta de instrumentos de apoio para poder votar ou a existência de condições de vida deficientes em instituições de saúde pública podem prejudicar sua saúde física ou mental e outros direitos humanos básicos, com conseqüências muitas vezes irreparáveis.⁽¹⁰⁾

29. É necessário certo grau de saúde física e mental para poder exercer os direitos e as liberdades fundamentais e dessa forma participar na vida civil, social, política e econômica de um Estado; e ao mesmo tempo, o exercício dos direitos e liberdades humanas mencionadas acima é essencial para que as pessoas incapacitadas possam desfrutar de verdadeiro bem-estar físico e mental.³ (10)

Políticas, planos, legislações e práticas relacionadas com a incapacidade e a reabilitação em face dos direitos humanos

30. As políticas, planos, leis ou práticas pertinentes à incapacidade e à reabilitação podem ser instrumentos capazes de proteger os direitos básicos e as liberdades fundamentais das pessoas incapacitadas; ou, pelo contrário, podem ser instrumentos que opõem obstáculo ao exercício de direitos básicos vinculados ao bem-estar físico e mental, tais como os acima mencionados.⁽¹¹⁾

³ Lawrence Gostin referiu-se a esse vínculo, sobretudo no contexto do bem-estar das pessoas mentalmente incapacitadas.

31. No entanto, ainda é muito limitada a aplicação dos instrumentos de direitos humanos no contexto da saúde, razão pela qual é importante incorporar nas políticas, planos, leis e práticas vinculadas à incapacidade em geral, à sua prevenção e à reabilitação a norma internacional existente com referência aos direitos humanos, e especialmente aquelas diretrizes ou padrões internacionais e regionais que protegem os direitos humanos dos incapacitados e que se detalham adiante.(11) Tendo este aspecto em consideração, o Conselho Diretor da OPAS pediu em 2001 que os Estados Membros atualizassem “... as disposições jurídicas que protegem os direitos humanos das pessoas mentalmente incapacitadas ...”(12)

Instrumentos gerais de direitos humanos

32. Nas Américas, alguns países aprovaram leis sobre incapacidade que protegem especificamente alguns direitos humanos básicos e as liberdades fundamentais dos incapacitados.⁴ Na maioria dos países da América latina e do Caribe, os direitos humanos e as liberdades das pessoas incapacitadas são também protegidos [em alguns casos] por leis gerais aplicáveis também aos demais indivíduos (disposições constitucionais, civis, penais, trabalhistas ou processuais, entre outras) que apenas garantem alguns dos direitos e/ou liberdades fundamentais das referidas pessoas.(13)

33. Por sua vez, os instrumentos gerais de direitos humanos estabelecidos pelo direito internacional reconhecem que todos os seres humanos nasceram livres e iguais em dignidade e em direitos⁵(14-15) e protegem todas as pessoas, sem distinção alguma por motivos de raça, cor, sexo, idioma, religião, filiação política, origem nacional, extração social, posição econômica ou qualquer outra característica.⁶ (16-21). Os incapacitados estão protegidos por instrumentos tais como:

Sistema das Nações Unidas para a Proteção dos Direitos Humanos:

- *Declaração Universal de Direitos Humanos* (14);
- *Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos*⁷ (16);

⁴ Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Estados Unidos e Venezuela aprovaram leis que protegem especificamente alguns direitos humanos e liberdades fundamentais do incapacitados.

⁵ Artigo 1 da Declaração Universal de Direitos Humanos e Preâmbulo da Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem.

⁶ Em conformidade com os padrões estabelecidos pelo Direito Internacional dos Direitos Humanos, “qualquer outra característica” refere-se à discriminação motivada pela incapacidade

⁷ Entrou em vigor em 23 de março de 1976 e foi ratificado por Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Domínica, El Salvador, Equador, Estados Unidos da América, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

- *Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*⁸ (17);
- *Convenção dos Direitos da Criança*⁹ (18);

Sistema Interamericano para a Proteção dos Direitos Humanos:

- *Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem*¹⁰ (15);
- *Convenção Americana sobre Direitos Humanos*¹¹ (19); e
- *Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*, ou *Protocolo de São Salvador*,¹² (20) entre outros.

34. É importante mencionar que o Protocolo de São Salvador se refere especificamente à proteção das pessoas incapacitadas em seu artigo 18, no qual se estabelece que os Estados partes se comprometem a executar programas específicos, tais como programas trabalhistas adequados a suas possibilidades; formação especial para seus familiares; inclusão das necessidades específicas dessas pessoas em seus planos de desenvolvimento urbano; e estímulo à formação de organizações sociais nas quais as pessoas incapacitadas possam desenvolver uma vida plena. De acordo com o artigo mencionado, a finalidade dessa proteção especial por parte do Estado é permitir às pessoas incapacitadas “... alcançar o máximo desenvolvimento de sua personalidade ...” (o destaque é nosso).

35. Na Região das Américas, os direitos de referidas pessoas são também protegidos pela *Convenção Interamericana para a Erradicação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Incapacidade*,¹³ (21) (doravante, *Convenção Interamericana sobre Incapacidade*) adotada pela Assembléia Geral da Organização de Estados Americanos (OEA) em 8 de junho de 1999. Essa convenção apresenta diretrizes muito importantes que podem guiar os Estados Membros da OPAS na

⁸ Entrou em vigor em 3 de janeiro de 1976 e foi ratificado pela Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Bulgária, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Domínicia, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Guiana, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

⁹ Entrou em vigor em 2 de setembro de 1990 e foi ratificada por Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Domínicia, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Cristóvão e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela.

¹⁰ 199 OEA res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992).

¹¹ Entrou em vigor em 18 de julho de 1978 e foi ratificada por Argentina, Barbados, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Domínicia, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

¹² Entrou em vigor em 16 de novembro de 1999 e foi ratificado por Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, México, Panamá, Paraguai, Peru, Suriname e Uruguai.

¹³ Entrou em vigor em 14 de setembro de 2001 e foi ratificada por Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Guatemala, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai.

formulação de seus planos, políticas, leis e práticas. No entanto, embora a Convenção crie um comitê para supervisionar aos compromissos assumidos pelos Estados partes, até o momento não foram por ele discutidos os avanços logrados nesta matéria por aqueles Estados.

Diretrizes ou padrões internacionais

36. Tais diretrizes enquadram-se também no âmbito do direito internacional e são, na sua maioria, declarações, recomendações e relatórios promulgados pela Assembléia Geral das Nações Unidas, pela Comissão de Direitos Humanos (ONU), pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU), pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), entre outros.

37. Ao contrário dos tratados gerais de direitos humanos que tenham sido ratificados pelos Estados Membros da OPAS, esses padrões não têm força de lei, embora estabeleçam importantes diretrizes que podem ser incorporados aos planos, políticas, leis e práticas nacionais referentes à incapacidade, sua prevenção e reabilitação. Além disso, constituem um importante guia para interpretação dos direitos básicos e das liberdades fundamentais com relação às pessoas incapacitadas que aparecem nos mencionados tratados internacionais e regionais de direitos humanos. O valor desses padrões está principalmente no consenso geral dos Estados participantes da Assembléia Geral das Nações Unidas ou de outros órgãos, de que é necessário promover e proteger os direitos humanos das pessoas incapacitadas, e sua efetividade dependerá, enfim, de quando essas diretrizes sejam postas em prática por ditos Estados e organizações.⁽²²⁾ Os padrões ou as diretrizes mais importantes incluem:

Sistema das Nações Unidas para a Proteção dos Direitos Humanos:

- *Declaração dos Direitos das Pessoas Mentalmente Retardadas*¹⁴ (23) (Atualmente, “pessoas intelectualmente incapacitadas”, de acordo com as normas internacionais);
- *Declaração dos Direitos dos Impedidos*¹⁵ (24) (atualmente, “pessoas incapacitadas”, de acordo com as normas internacionais);
- *Princípios para a Proteção dos Doentes Mentais e Melhoramento da Atenção de Saúde Mental*;¹⁶ (25)
- *Normas Uniformes sobre Igualdade para as Pessoas com Incapacidade*;¹⁷(4)

¹⁴ Estabelece principalmente que as pessoas intelectualmente incapacitadas têm os mesmos direitos que as demais pessoas, inclusive atenção médica, educação, capacitação e reabilitação, entre outros.

¹⁵ Alguns dos direitos aos quais se refere esta declaração incluem atenção médica, educação, emprego, um trato digno e garantias judiciais, entre outros.

¹⁶ Constituem um guia para o estabelecimento de sistemas nacionais de saúde mental e a avaliação da prática dos mesmos. Refere-se aos direitos humanos das pessoas mentalmente incapacitadas, sobretudo no contexto de instituições psiquiátricas.

- *Observação Geral 5, Pessoas com incapacidade;*¹⁸(26) e
- *Observação Geral 14, O direito ao desfrute do mais alto nível possível de saúde (artigo 12 do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais).*¹⁹ (27)

Sistema Interamericano para a Proteção dos Direitos Humanos

- *Declaração de Caracas (OPAS/OMS);*²⁰ (28) e
- *Recomendação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA) sobre promoção e proteção das pessoas mentalmente incapacitadas.*²¹ (29)

Iniciativas da OPAS/OMS para a abordagem da incapacidade e de sua reabilitação: Reptos e novos desafios

Enfoques estratégicos

38. Promoção da saúde e Prevenção de Incapacidade: evitar ou minimizar a incidência de incapacidades por doenças crônicas; detectar fatores de risco que produzam incapacidade; e promover estilos de vida saudáveis.

39. Assistência Médica e Reabilitação Integral: promover uma maior igualdade na prestação dos serviços de reabilitação em todos os níveis; detectar e atender o mais depressa possível a crianças com deficiências ou alterações do desenvolvimento; desenvolver ações de intervenção em necessidades de grupos vulneráveis [crianças,

¹⁷ Têm a finalidade de “...garantir que meninas e meninos, mulheres e homens com incapacidade, na qualidade de cidadãos das respectivas sociedades, possam ter os mesmos direitos e obrigações que os demais...”

¹⁸ Esta observação do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais analisa as obrigações dos Estados com relação a direitos tais como igualdade perante a lei para homens e mulheres; direitos relacionados com o trabalho; seguridade social; a proteção da família, da mãe e da criança com incapacidade; liberdade de movimento; gozo de saúde física e mental; educação e participação na vida cultural, bem como ao gozo dos benefícios do progresso científico.

¹⁹ Nesta observação, o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas analisa o conteúdo, alcance e obrigações para os Estados Membros resultantes do Artigo 12 do Pacto de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (O direito ao desfrute do mais alto nível possível de saúde). O Comitê estabelece que o direito ao desfrute do mais alto nível possível de saúde está estreitamente vinculado com o exercício de outros direitos humanos e depende de direitos tais como a vida, a não discriminação, a igualdade, a não submissão a tratamentos desumanos ou degradantes, a liberdade de reunião, a circulação, a alimentação, a moradia, o trabalho e a educação, entre outros. Refere-se às pessoas com incapacidades como um grupo que, em virtude de sua vulnerabilidade, necessita de programas especiais de custo relativamente baixo que proporcionem acesso a estabelecimentos, bens e serviços de saúde sem discriminação.

²⁰ Propõe a reforma das leis sobre incapacidade mental, em consonância com os compromissos internacionais de direitos humanos e a criação de serviços de saúde mental baseados na comunidade.

²¹ Exorta os Estados a “promover e implementar a través de leis e planos nacionais de saúde mental a organização de serviços comunitários de saúde mental cujos objetivos sejam a plena integração das pessoas mentalmente incapacitadas na sociedade...”

adultos idosos, indígenas, mulheres, vítimas de minas terrestres, vítimas de catástrofes].

40. Integração Comunitária: consolidar a estratégia de Reabilitação de Base Comunitária (RBC); promover a participação ativa das pessoas incapacitadas, suas famílias e organizações na obtenção de uma qualidade de vida compatível com a dignidade humana; impulsionar a estratégia das comunidades acessíveis para todos (acessibilidade universal).

41. Desenvolvimento Científico Tecnológico: definir políticas públicas para a produção de próteses, orteses e ajudas técnicas acessíveis e desenvolver uma tecnologia simplificada; estabelecer programas de formação de profissionais da reabilitação; e promover a pesquisa em reabilitação.

42. Inclusão e integração Sócio-Econômica: promover a igualdade de oportunidades de emprego para as pessoas incapacitadas; contribuir para a integração das pessoas incapacitadas no trabalho, em forma correspondente ao seu potencial.

43. Integração escolar e educação abrangente: inserção de pessoas incapacitadas no sistema regular de educação; promover o ensino da convivência com as diferenças; estabelecimento de serviços de saúde escolar que atendam às necessidades das crianças incapacitadas e das que estão em risco.

44. Conselhos nacionais de reabilitação: fomentar a responsabilidade social frente ao problema da incapacidade; estimular a participação das prefeituras no estabelecimento de Cidades Acessíveis para todos; promover a defesa dos direitos e da dignidade das pessoas incapacitadas; e incentivar o desenvolvimento de políticas públicas ante o problema da incapacidade.

45. Enfoque epidemiológico da incapacidade: consolidação dos sistemas de informação sobre incapacidade e reabilitação; estabelecimento de parâmetros para vigilância epidemiológica da incapacidade; divulgação e implementação da CIF.

46. Em conclusão, a multicausalidade da incapacidade e a complexidade dos diversos fatores que interagem para produzir “incapacidade”, nos impelem à busca e identificação de enfoques e estratégias que permitam dar respostas integrais inseridas nos programas e políticas públicas sobre atenção aos incapacitados, sua reabilitação e inserção social, especialmente fazendo desse tema parte de todas as iniciativas de desenvolvimento que conduzam ao bem-estar humano.

47. Esta visão abrange, portanto, o desenvolvimento inclusivo, entendendo-se por isso “a elaboração e implementação de ações e políticas orientadas para o desenvolvimento socioeconômico e humano que destaquem a igualdade de oportunidades e de direitos para todas as pessoas, independentemente de seu status social, gênero, condições físicas, intelectuais ou sensoriais e de sua raça”.(30) Assim, é necessário promover o intercâmbio entre os diferentes organismos de

cooperação e desenvolvimento, uniformizar critérios e desenvolver uma colaboração permanente, a fim de gerar uma sinergia de trabalho que potencie as atividades que cada uma delas desempenha e evitando que estas sejam esporádicas ou isoladas.

Intervenção do Comitê Executivo

48. Convida-se o Comitê Executivo a fazer comentários e sugestões sobre o enfoque ora apresentado para prevenir as incapacidades e lograr uma reabilitação integral das pessoas incapacitadas.

Referências

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra, 2001.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Seminario Políticas Sociales y Rehabilitación Integral en los Países del Cono Sur*. Montevideo, 2002.
3. *Atención Primaria en Salud y Rehabilitación*. Programa Regional de Rehabilitación OPS/OMS. Documento de trabajo. Managua, 2005.
4. Las Normas Uniformes sobre Igualdad para las Personas con Discapacidad, A.G. res 48/96, 48 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 202, ONU. Doc. A/48/49 (1993).
5. Situación de la discapacidad en las Américas. Programa Regional de Regional de Rehabilitación OPS/OMS. Documento de trabajo. Managua, 2004.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Discapacidad*. Programa de Rehabilitación OPS/OMS. Washington, D.C 1991.
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Niveles de Atención en Rehabilitación*. Washington, D.C 1991.
8. Montero, Federico. *Right to Health and Rehabilitation for Persons with Disabilities*. DAR/WHO. Geneva, 2006.
9. G. Quinn, T. Degener, *Human Rights and Disability* [Derechos Humanos y Discapacidad], HR/PUB/02/1, United Nations, 2002. Ver también *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Paul Hunt, Comisión de Derechos Humanos, Naciones Unidas, E/CN.4/2005/51.
10. Gostin LO, Gable L., *The Human Rights of Persons with Mental Disabilities: a Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health* [Los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidades Mentales: una Perspectiva Global sobre la Aplicación de los Principios de Derechos Humanos a la Salud Mental], *Maryland L Rev.*, 2004; 63:27. Ver también Lawrence O. Gostin and Zita Lazzarini, *Human Rights and Public Health In the AIDS Pandemic* [Derechos Humanos Y Salud Publica En La Pandemia Del Sida] 43-49 (1997).
11. Jonathan M. Mann, Sofia Gruskin, Michael A. Grodin, George J. Annas, *Health and Human Rights* [Salud y Derechos Humanos] 11-14 (1999).

12. Resolución CD43R10, *Salud Mental*, 43er Consejo Directivo, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington D.C., EUA, 2001.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Acerca de la Discapacidad y sus instrumentos jurídicos: una perspectiva sanitaria*, Washington D.C.; 1997.
14. Declaración Universal de Derechos Humanos. A.G. Res. 217 A (III), ONU Doc. A/810 p. 71 (1948).
15. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 199 OEA res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992).
16. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. A.G. Res. 2200, 21 ONU GAOR Sup. (No.16) 52, ONU Doc. A/6316 (1966).
17. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A.G. Res. 2200A(XXI), 21 ONU GAOR Sup. (No. 16) 49, ONU Doc. A/6316 (1966).
18. Convención de los Derechos del Niño. A.G. res.44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 167, ONU Doc. A/44/49 (1989).
19. Convención Americana sobre Derechos Humanos. OEA, Off. Rec., OEA/Ser.L./V.II.23 doc. 21 rev. 6 (1979).
20. El Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ó Protocolo de San Salvador. OEA, No. 69 (1988), suscrita el 17 de noviembre de 1988, Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema Interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev. 1, p. 67 (1992).
21. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Discapacidad. A.G./res. 1608 (XXIX-0/99), 7 junio 1999.
22. Juan Antonio Carrillo Salcedo, *El Derecho Internacional en un Mundo en Cambio*, 127 (1984). Ver también Mark W. Janis, *An Introduction to International Law [Introducción al Derecho Internacional]*, 51 (1993).
23. Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental, A.G. res. 2856 (XXVI), 26 ONU GAOR Supp. (No. 29) p. 93, ONU Doc. A/8429 (1971).
24. Declaración de los Derechos de los Impedidos, A.G. res. 3447 (XXX), 30 U.N. GAOR Supp. (No. 34) at 88, U.N. Doc. A/10034 (1975).

25. Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, A.G. res. 46/119,46 ONU GAOR Supp. (No.49) p.189, ONU Doc. A/46/49 (1991).
26. La Observación General 5, *Personas con discapacidad*, U.N. Doc. E/C.12/1994/13 (1994).
27. La Observación General 14, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 22º Período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4.
28. Levav I, Restrepo, Guerra de Macedo C. The restructuring of psychiatric care in Latin America: a new policy for mental health services [La reestructuración de la atención psiquiátrica en Latino América: una nueva política para los servicios de salud mental]. *J Public Health policy*. 1994; 15:71.
29. La Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental, Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), OEA/Ser./L/V/II.111, doc. 20 rev., 16 de abril 2001.
30. Manual sobre Desarrollo Inclusivo. Banco Mundial. Río de Janeiro, 2005.