

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Cíntia da Silva Telles Nichele

O papel dos tratados internacionais para a saúde da população:
possíveis efeitos nos direitos humanos

Rio de Janeiro

2022

Cíntia da Silva Telles Nichele

**O papel dos tratados internacionais para a saúde da população:
possíveis efeitos nos direitos humanos**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Orientador: Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira

Rio de Janeiro
2022

Título do trabalho em inglês: The role of international treaties for the health of the population: possible effects on human rights.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Código de Financiamento 001.

N594p

Nichele, Cíntia da Silva Telles.

O papel dos tratados internacionais para a saúde da população: possíveis efeitos nos direitos humanos / Cíntia da Silva Telles Nichele. -- 2022.

138 f. : il. color.

Orientador: Aldo Pacheco Ferreira.

Tese (Doutorado em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.

Bibliografia: f. 118-133.

1. Cooperação Internacional. 2. Direitos Humanos. 3. Indicadores Básicos de Saúde. 4. Interpretação Estatística de Dados. 5. Idealismo Transcendental.
I. Título.

CDD 341.481

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Glauce de Oliveira Pereira - CRB-7-5642
Biblioteca de Saúde Pública

Cíntia da Silva Telles Nichele

O papel dos tratados internacionais para a saúde da população:
possíveis efeitos nos direitos humanos

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Determinação dos Processos Saúde-Doença: Produção/Trabalho, Território e Direitos Humanos.

Aprovada em: 04 de novembro de 2022

Banca Examinadora

Prof. Dr. Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth
Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Marco Aurelio Pereira Horta
Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Oswaldo Cruz

Prof.^a D.^a Liana Wernersbach Pinto
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof. Dr. Luiz Vianna Sobrinho
Centro de Estudos Sociais – Universidade de Coimbra

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira (Orientador)
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro
2022

A todos os *seres* que vagam com a esperança de ainda serem reconhecidos *humanos*.

AGRADECIMENTOS

*A maior riqueza do homem
é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado
(BARROS, 1998, p. 79).*

Aos que completam minha incompletude.

Meu marido, Jakler, com quem experimento diariamente um encontro comigo mesma, porque já não sei mais o que é meu e o que é dele. E isso não importa, porque vale a certeza de que é a parte essencial que me faz viver a plenitude.

Minha mãe, Júlia, cujo amor por mim nasceu pelo instinto, mas seguiu na vida por escolha, tendo decidido ser incondicional e na maior medida que já pude sentir. É o que me alicerça, me faz ser quem sou e onde tenho acolhida permanente.

Meu pai, Fernando, que me apresenta as mais profundas reflexões sobre as essências, com quem aprendi que não se pode conhecer o mundo sem olhar para o sujeito e isso me possibilita ensaiar juízos mais lúcidos no limite do que nos é possível alcançar. E talvez seja essa noção a origem das virtudes (não muitas) que tenho.

Meus irmãos, Márcio e Paulinha, que quis a história nos outorgar a companhia, cujo acaso do encontro interpreto como sorte. Um veio antes, e preparou o caminho. A outra chegou depois para completar o que faltava. E eu vivo no meio desse abraço.

Minha família, avô Alfredo, tio Ivan, tia Iná, Carol, Tainá, tia Kátia, tio Flávio, Flavinha, Thaís, Thati, tia Elaine, Lília, Anelise, Gisele, Márcia, porque tal qual o fogo, são os que aquecem as noites frias que por vezes insistem em aparecer. Não à toa, as palavras família e fogo têm a mesma origem latina. E mesmo os que não estão mais aqui, como o meu avô Otávio, as minhas avós Sônia e Julieta, e o meu tio Syllas, deixaram como companhia a inspiração pelo que foram para mim.

Meus amigos, Alexandre, Rosana e Ana Rachel, que passaram a fazer parte de mim de um modo que já não sei mais estar sem eles, o que não é um problema, porque sei que a estada deles por perto é definitiva.

Meu orientador, Aldo, que sempre acreditou mais em mim do que eu mesma, e que foi quem me abriu as portas da academia, sem saber que, na verdade, me abria as portas para um caminho completamente novo, mas que já era meu e eu não sabia.

Meus professores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, que me atravessaram durante o curso, e a toda FIOCRUZ, que generosamente me apresentaram a saúde pública desde as bases conceituais à estatística, e que me fizeram acreditar que é possível construir uma saúde universal.

Minha turma de doutorado, com quem compartilhei reflexões durante todo esse tempo, e que fizeram dele uma oportunidade para colecionar memórias que me acompanharão pelo resto da vida. Destaco os Hugos, o Marques, sempre crítico do meu trabalho, e o Almeida, que comigo organizava os encontros e churrascos.

Os supers do IBGE, Alexandre, Gabriela, João, Juliana, Leandro, Luan, Maíra, Rodrigo, Ruan, Tarcísio e Vitória, com os quais tenho dividido a experiência de fazer parte da maior pesquisa de campo do Brasil, cuja companhia transforma qualquer revés do trabalho em oportunidade para experimentarmos a acolhida, o prazer e o riso.

E agradeço ao CNPq, pela bolsa de estudos e auxílio financeiro, que permitiu a dedicação integral ao programa de pós-graduação.

Creio antes que por muito tempo (sobretudo entre os egípcios), se manteve tateante, e essa transformação definitiva foi devida a uma revolução operada pela inspiração feliz de um só homem, num ensaio segundo o qual não podia haver engano quanto ao caminho a seguir, abrindo e traçando para sempre e a infinita distância a via segura da ciência.
(KANT, 2001, p. 17).

RESUMO

Os tratados internacionais de direitos humanos possuem altos índices de adesão mundial. Dentre os vários compromissos feitos nesses instrumentos, estão questões relativas à saúde da população humana. Apesar do avanço do ponto de vista normativo, não há consenso na literatura sobre as implicações da vigência desses tratados em termos de melhorias nos indicadores de saúde. O objetivo do estudo consiste em analisar os efeitos dos tratados internacionais de direitos humanos na saúde das mulheres, das crianças e da população carcerária. Trata-se de pesquisa quantitativa que utiliza ferramentas estatísticas descritivas e de inferência, tais como a análise de variância *one-way*, testes de hipótese e testes de correlação para comparar o comportamento dos indicadores de saúde antes e depois da ratificação dos tratados, e ainda a diferença desses indicadores nos países que ratificaram os tratados e os que não ratificaram. Como resultado, na maior parte dos casos analisados, a ratificação a um tratado não foi associada à melhoria de indicadores de saúde. Especulamos, com o auxílio da filosofia de Kant, uma justificativa extra metodológica para os nossos resultados.

Palavras-chave: cooperação internacional; direitos humanos; indicadores de saúde; análise estatística; idealismo transcendental

ABSTRACT

International human rights treaties have high rates of adherence worldwide. Among the various commitments made in these instruments are issues related to the health of the human population. Despite advances from the normative point of view, there is no consensus in the literature on the implications of the validity of these treaties in terms of improvements in health indicators. The aim of the study is to analyze the effects of international human rights treaties on the health of women, children and the prison population. It is a quantitative research that uses descriptive and inference statistical tools, such as one-way analysis of variance, hypothesis tests and correlation tests to compare the behavior of health indicators before and after the ratification of the treaties, as well as the difference between these indicators in the countries that have ratified the treaties and those that have not. As a result, in most cases analyzed, ratification of a treaty was not associated with improvement in health indicators. We speculate, with the help of Kant's philosophy, an extra-methodological justification for our results.

Keywords: international cooperation; human rights; health indicators; statistical analysis; transcendental idealism.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma de seleção de artigos para revisão sistemática sobre os efeitos dos tratados internacionais na saúde humana, 2021.....	30
Figura 2	Mapa global mostrando a adesão dos países (a) à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDCM) e (b) ao Protocolo Facultativo (PF-CEDCM), 2020.....	42
Figura 3	Prevalência de violência sexual contra mulheres por parceiros e não parceiros segundo regiões da OMS, 2010.....	45
Figura 4	Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos).....	46
Figura 5	Expectativa de vida ao nascer para mulheres (anos de vida).....	48
Figura 6	Distribuição dos países por grupos de renda do Banco Mundial segundo a divisão regional da OMS, 2018, n = 183.....	58
Figura 7	Situação de saúde das mulheres a partir dos indicadores de saúde da OMS segundo a organização dos países por grupos de renda do Banco Mundial, 1996-2018; n = 183 (alta renda: n = 53; média- alta renda: n = 51; média-baixa renda: n = 45; baixa renda: n = 34).....	59
Figura 8	Evolução da adesão ao CEDCM e ao PF-CEDCM, segundo a organização dos países por grupos de renda do Banco Mundial, 1980-2019.....	62
Figura 9	Médias dos indicadores de saúde das mulheres de todos os países nos 5 anos anteriores e 5 anos posteriores a adesão à CEDCM.....	64
Figura 10	Médias dos indicadores de saúde das mulheres de todos os países nos 5 anos anteriores e 5 anos posteriores a adesão ao PF-CEDCM.....	65
Figura 11	Distribuição da ratificação por países da Convenção sobre os Direitos da Criança (a) e aceitação de comunicações individuais e procedimento de consulta (b), por regiões, N = 194, 2020.....	74
Figura 12	Série temporal relativa ao número de óbitos infantis nos países aceitantes (N = 44) e nos países não aceitantes (N = 150), 2000–2017..	76
Figura 13	Série temporal relativa à percentagem de óbitos infantis relativamente ao valor inicial nos países aderentes (N = 44) e nos países não aderentes (N = 150), 2000–2017.....	79

Figura 14	Série temporal de ratificação da Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e seu Protocolo, por regiões, 1985-2021.....	90
Figura 15	Estatística para testar a associação entre a taxa de suicídio nas prisões, o IDH e a homologação do CCT e PF-CCT.....	102
Figura 16	Médias do Índice de Desenvolvimento Humano Mundial (IDH) e da amostra, segundo continente, 2019.....	103
Figura 17	Correlação linear entre a taxa de suicídio por 100.000 presos e o índice de desenvolvimento humano – IDH, 2010 – 2018.....	105
Figura 18	Os dois sentidos de faculdade em Kant.....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Porcentagem de adesão à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1) e ao Protocolo Facultativo (2), segundo as regiões da OMS, 1990-2019.....	43
Tabela 2	Prevalência de violência sexual contra a mulher por parceiros e não parceiros, taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) e expectativa de vida ao nascer (anos de vida), segundo regiões da OMS, 2010-2016.....	44
Tabela 3	Variância <i>one-way</i> do logaritmo decimal em relação ao número de óbitos infantis nos países que aceitam (N = 44) e nos países que não aceitam (N = 150), 2002–2017.....	75
Tabela 4	Médias das pessoas detidas por faixa etária e sexo de países que ratificaram o PF-CCT e países que não ratificaram o PF-CCT e p-valor do teste t de duas amostras, taxas por 100.000 habitantes, 2003-2019.....	91
Tabela 5	Médias de pessoas mantidas sem condenação por sexo, duração da detenção e capacidade carcerária dos países que ratificaram o PF-CCT e países que não ratificaram o PF-CCT, e p-valor do teste t de duas amostras, porcentagem de não sentenciados presos, 2003-2018.....	93
Tabela 6	Médias de mortalidade na prisão por causas de morte de países que ratificaram o PF-CCT e países que não ratificaram o PF-CCT e p-valor do teste t de duas amostras, taxas por 100.000 presos.....	94
Tabela 7	Média das taxas de suicídio amostrais de 2010 a 2018 e valores de p do teste de normalidade e do teste de correlação com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2019.....	104
Tabela 8	Distribuição dos países que ratificaram a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e seu Protocolo Facultativo, por Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, e por taxa de suicídio por 100.000 presos, 2019.....	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição dos estudos na literatura científica sobre a associação entre a ratificação dos compromissos internacionais de saúde e a melhoria da situação de saúde da população, 2001-2021.....	32
Quadro 2	Distribuição dos efeitos produzidos na saúde pela adoção dos Tratados Internacionais, 2001-2021.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
AN	Prevalência de anemia em mulheres não grávidas
AP	Prevalência de anemia em mulheres grávidas
AR	Prevalência de anemia em mulheres em idade reprodutiva
CCT	Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes
CC	Cobertura de cuidados pré-natais
CEDCM	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CDC	Convenção sobre os Direitos da Criança
CPPCG	Convenção para Prevenir e Punir o Crime de Genocídio
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DUDH	Declaração Universal dos Direitos do Homem
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
FP	Mulheres que têm necessidade de planejamento familiar satisfeita
MD	Taxa de mortalidade materna
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PF-CCT	Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes
PF-CDC	Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança
PF-CEDCM	Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
PIDCP	Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos
PIDESC	Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PP	Mulheres que têm contato pós-parto com provedor de saúde
SP	Mulheres rastreadas com sífilis durante a gravidez
SUS	Sistema Único de Saúde
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	22
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	26
2.1	RELEVÂNCIA DA TEMÁTICA	26
2.2	DIRETRIZES DA REVISÃO.....	28
2.3	O ESTADO DA ARTE.....	30
3	EFEITOS NA SAÚDE DA MULHER.....	38
3.1	ESTUDO DESCRITIVO.....	38
3.1.1	Instrumentos internacionais de proteção da mulher.....	38
3.1.2	Desenho do estudo.....	40
3.1.3	Efeitos da ratificação sobre indicadores de saúde da mulher.....	41
3.1.3.1	Índice global de ratificação dos tratados.....	41
3.1.3.2	Indicadores de violência sexual, taxa de mortalidade e expectativa de vida.	43
3.1.4	Relações dos resultados de saúde da mulher com os tratados internacionais.....	49
3.2	ESTUDO INFERENCIAL.....	52
3.2.1	Panorama do estado de saúde da mulher no Brasil e no mundo.....	52
3.2.2	Análise de variância <i>one-way</i>.....	54
3.2.3	Influências da adesão dos pactos internacionais nos indicadores.....	57
3.2.4	Reflexões acerca da relação entre os pactos e os resultados dos indicadores.....	66
4	EFEITOS NA SAÚDE DA CRIANÇA.....	70
4.1	O PROTOCOLO OPCIONAL DA CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA.....	70
4.2	MÉTODO DE ANÁLISE.....	71
4.3	COMPARAÇÃO DOS INDICADORES ENTRE OS PAÍSES RATIFICANTES E OS NÃO RATIFICANTES.....	73
4.4	EFEITOS DO PROTOCOLO NAS CAUSAS DE MORTE INFANTIL.....	81
5	EFEITOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA.....	86
5.1	ESTUDO A PARTIR DE INDICADORES PRISIONAIS.....	86

5.1.1	Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes.....	86
5.1.2	Teste t para duas amostras.....	88
5.1.3	Diferenças nos indicadores prisionais entre os países ratificantes e os não ratificantes.....	89
5.1.4	Influência da ratificação do protocolo sobre os indicadores prisionais..	94
5.2	ESTUDO A PARTIR DA TAXA DE SUICÍDIO DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA.....	99
5.2.1	Suicídio nas prisões.....	99
5.2.2	Testes de associação.....	100
5.2.3	Relações entre a ratificação dos tratados, a taxa de suicídio e o IDH.....	102
5.2.4	Fatores que influenciam os índices de suicídio nas prisões.....	106
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
6.1	BREVE PASSAGEM PELA TEORIA CRÍTICA DE KANT.....	110
6.2	OUTRO OLHAR PARA OS RESULTADOS DA PESQUISA.....	116
	REFRÊNCIAS.....	118
	ANEXO (EXCERTO DAS PUBLICAÇÕES).....	134

APRESENTAÇÃO

Pois Creonte não ofereceu a um de nossos irmãos rituais fúnebres, enquanto desonrava o outro? Etéocles, de acordo com as leis e os costumes, foi ocultado sob a terra, como manda o uso, e coberto de honras será recebido pelos mortos. O desgraçado cadáver de Polinices, no entanto, não receberá ritos fúnebres e nem será chorado, pois uma proclamação proíbe o povo de enterrá-lo. [...] O que nos resta é escolher entre honrar a nobreza de nossa origem ou agir indignamente. (SÓFOCLES, 2018, p. 178)¹.

O tratado internacional consiste em um acordo formal firmado entre pessoas jurídicas de direito internacional com o objetivo de produzir efeitos jurídicos. Qualquer tema pode ser objeto de um tratado, desde questões vulgares, como a classificação de marcas de produtos do comércio, como questões caras à humanidade, como no caso de normas de direitos humanos (REZEK, 2011).

Os tratados têm origem remota na história das civilizações. O que costuma a ser apontado como o registro mais antigo é o Tratado de Cades, que remete ao acordo de paz bilateral feito por Hatusil III, rei dos hititas, e Ramsés II, faraó egípcio, entre 1280 e 1272 a.C. Esse tratado tinha por objetivo cessar as batalhas entre essas duas potências do Médio Oriente (REZEK, 2011). Os seus termos foram escritos em uma tabuleta de prata, que foi perdida, mas foram feitas cópias contemporâneas em paredes de templos egípcios e em tabuletas de barro do Império Hitita (BREASTED, 1906). Parece que os termos do acordo foram respeitados, porque as décadas subsequentes foram de paz e de efetiva cooperação entre esses povos (REZEK, 2011).

No século XIX, após três milênios de experiências em realizações de tratados internacionais, não se observou grandes mudanças na forma de criação e estabelecimento dos acordos. Eles continuaram sendo firmados a partir dos costumes e das práticas anteriores (REZEK, 2011), ou seja, sem contar com qualquer tipo de normatização que padronizasse os procedimentos para as tratativas. A novidade ficou por contado número de participantes e pela organização política dos mesmos. Os acordos bilaterais de outrora foram substituídos por acordos multilaterais, o que desafiava a elaboração de normas que respeitassem conjuntamente interesses de diversos participantes. Estes passaram a ser países republicanos ou monarquias

¹ *Antígona* pode ser usado para fomentar a discussão entre o Direito Natural e o Direito Positivo, que é uma questão central na doutrina dos direitos humanos.

em progressiva constitucionalização, o que tornou o processo mais complexo. Tratavam-se de órgãos estatais, muitos deles legitimados por representação popular, representação esta que não possuía diálogo direto com o exterior. Portanto, foi necessário incluir uma fase interna para as negociações internacionais, emergindo dois objetos de análise: o direito dos tratados no quadro do direito internacional (externo) e o direito dos tratados no contexto do direito constitucional (interno) (REZEK, 2011).

O século XX traz duas novidades em relação ao direito dos tratados internacionais. A primeira delas foi a ampliação das pessoas jurídicas habilitadas a serem partes em tratados. Antes, apenas os Estados soberanos poderiam firmar acordos internacionais, mas se abriu a possibilidade de organizações internacionais também assumirem esses compromissos. A outra mudança diz respeito à codificação dos direitos dos tratados. As regras costumeiras foram transformadas em regras convencionais, escritas e expressas no próprio texto dos tratados (REZEK, 2011). Hoje, existe também a Convenção de Viena sobre Direito dos Tratados, da qual o Brasil é signatário, que entrou em vigor na ordem internacional em 1980, que codifica as normas costumeiras sobre a criação, assinatura, ratificação, renúncia e extinção de tratados internacionais (SINCLAIR, 1984). É uma espécie de regulamentação geral que prevê normas para construção de tratados internacionais.

A Organização das Nações Unidas (ONU) sistematiza as iniciativas internacionais em direitos humanos. Antes da sua criação em 1945, existiram tratados que abordavam questões de certas minorias no âmbito do que se chamava de intervenção humanitária, mas não havia uma organização, muito menos uma concepção sólida do que constituiriam os direitos humanos no âmbito global. Essa noção nasce com a então nova organização das nações como um de seus axiomas. Não por acaso, três anos depois, a Assembleia Geral da ONU formaliza a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Embora essa declaração não seja propriamente um tratado (e por conta disso não constitui obrigações jurídicas), a adoção do seu texto foi um marco importante. Os tratados de direitos humanos que sobrevieram nas décadas seguintes, e mesmo os mais modernos, utilizam essa fonte como referência e inspiração (REZEK, 2011).

O Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos (OHCHR) da ONU enumera nove tratados de direitos humanos como os principais em vigor. São eles:

- a) Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial;
- b) Pacto Internacional sobre Direitos Civil e Políticos;

- c) Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais;
- d) Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres;
- e) Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes;
- f) Convenção sobre os Direitos da Criança;
- g) Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias;
- h) Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado; e
- i) Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Todos esses nove tratados internacionais de direitos humanos possuem altos índices de adesão mundial, com uma média de aproximadamente 80% de comprometimento de todos os países do mundo (OHCHR, 2019). Os menores índices de adesão se referem à Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias e à Convenção Internacional para a Proteção de Todas as Pessoas contra o Desaparecimento Forçado, que são os 2 tratados mais recentes. Eles passaram a valer no início dos anos 2000, enquanto os demais entraram em vigor entre o final da década de 70 até início dos anos 1990. Sendo assim, é possível que ao longo das próximas décadas esses tratados também evoluam em termos de comprometimento.

Diante da evolução da normatização dos direitos humanos no âmbito internacional, surge a necessidade de se criar mecanismos de acompanhamento deste processo, no sentido de verificar se estão sendo eficazes para os países ou se, parafraseando Ferdinand Lassalle, os seus preceitos tornam-se mera folha de papel, não sendo capazes de produzir mudanças no processo político por carecer de força normativa (LASSALLE, 2015).

Nessa direção, cada vez mais estão sendo desenvolvidos indicadores para medir o comprometimento dos países com as normas internacionais de direitos humanos. Esses indicadores buscam verificar o estado ou o resultado de determinadas atividades na tentativa de traduzir fenômenos complexos em dados mais inteligíveis (GILLERI, 2019).

Há um nível grande de resistência e ceticismo em relação à medição estatística dos direitos humanos. Muitas críticas são no sentido de ser uma técnica reducionista com a tendência, por vezes, de substituir o debate político por conhecimento técnico (MERRY, 2018).

Outras alertam para o fato de as medições estatísticas estarem imbuídas de projetos racionalistas fortemente implicados pela aplicação da técnica e essa busca constante por centralização e uniformidade, o que poderia acabar dominando e abafando outras formas de construção do pensamento crítico (MCGROGAN, 2016).

Apesar desses obstáculos, não há dúvidas de que os indicadores ainda são uma estratégia adequada, principalmente quando os objetivos envolvem o estudo de populações numerosas. A produção científica no geral já possui uma certa maturidade para lidar com técnicas estatísticas sem silenciar outras instâncias qualitativas de análise.

Esse monitoramento vem sendo aprimorado por meio do desenvolvimento de métodos estatísticos cada vez melhores para avaliar com precisão o desempenho em direitos humanos e passaram a ocupar um papel importante nos mecanismos baseados em tratados da ONU (MCGROGAN, 2016).

O uso de indicadores no campo dos direitos humanos marca uma mudança na ênfase da abordagem mais comum até então, caracterizada por um monitoramento por meio de um processo discursivo e com base em narrativas. Nesse sentido, são construídos diversos documentos e relatórios em que os países relatam os esforços empreendidos em prol da proteção e da promoção dos direitos humanos. Apesar de ser uma produção importante do ponto de vista da estratégia estatal, ela não está apta a responder muitas das perguntas acerca da eficiência das políticas neste campo (MCGROGAN, 2016).

Nossa pesquisa pretende contribuir nesta direção. Dos nove tratados internacionais de direitos humanos elencados pela ONU, selecionamos 3 deles: a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDCM), a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CCT), e seus respectivos Protocolos Facultativos. A escolha desses instrumentos se deu pelo fato de tratarem de direitos de populações vulneráveis.

A tese foi desenvolvida no formato de artigos, os quais serão apresentados nos capítulos que a compõem. Na introdução, capítulo 2, desenvolvemos uma breve evolução histórica dos direitos humanos no âmbito internacional, desde sua concepção inicial aos tratados mais recentes.

O capítulo 3 traz uma revisão sistemática que busca mostrar a produção acadêmica acerca dos efeitos produzidos no estado de saúde da população a partir da adoção de compromissos de saúde nos tratados internacionais. Este capítulo constitui um artigo

originalmente intitulado *The effects of international human rights treaties on the population's health: a systematic review*, que foi submetido na Revista Contexto e Saúde.

O capítulo 4 é composto por dois artigos que trataram dos possíveis efeitos na saúde da mulher, os quais tinham por escopo apreender os efeitos gerados pela Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDCM) e seu respectivo Protocolo Facultativo (PF-CEDCM). O item 4.1 apresenta um estudo descritivo, já publicado na Revista *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud* com o título *Tratados internacionales de derechos humanos: efectos sobre la salud de la mujer* (NICHELE; FERREIRA, 2020), que analisou indicadores de violência sexual contra a mulher, a taxa de mortalidade materna e a esperança de vida da mulher ao nascer, comparando os seus resultados antes e depois da ratificação da CEDCM e do PF-CEDCM. O item 4.2. constitui um estudo inferencial que avaliou a influência da adesão desses mesmos pactos internacionais em oito indicadores da estratégia global para a saúde da mulher. Este trabalho foi intitulado *Women's health: the role of international pacts in the evolution of human rights protection* e está publicado na Revista Brasileira em Promoção da Saúde (NICHELE; HORTA; FERREIRA, 2021a).

O capítulo 5 traz a análise do estado de saúde da criança, que foi desenvolvida no artigo *Effects of the Optional Protocols to the Convention on the Rights of the Child on the causes of child death: a statistical study on a global scale*, publicado na Revista *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário* (NICHELE; HORTA; FERREIRA, 2021b). Neste estudo, verificamos os efeitos desse compromisso internacionais nas causas de morte infantil.

O capítulo 6 contém dois artigos desenvolvidos para analisar o estado de saúde da população carcerária considerando a Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CCT). O primeiro artigo compõe o item 6.1, no qual avaliamos a influência do Protocolo Facultativo (PF-CCT) nos indicadores prisionais. Este trabalho também está publicado na Revista *Research, Society and Development*, sob o título *Influence of international commitments against torture on prison indicators: measuring human rights* (NICHELE; FERREIRA, 2022). No segundo artigo desta seção, o que compõe o item 6.2, desenvolvemos uma análise dos efeitos do CCT e PF-CCT no suicídio nas prisões. Achamos importante fazer uma análise focada neste indicador, por ser o suicídio uma das causas de morte mais importantes nas prisões no Brasil e no mundo (ECK et al., 2019; STÜRUP-TOFT; O'MOORE; PLUGGE, 2018). Este trabalho foi intitulado *The Torture*

Conventions and the relation with suicide in prisons and the human development index: a statistical study e ainda não foi submetido.

Por fim, nas considerações finais, especulamos, com o auxílio da filosofia de Kant, uma justificativa extra metodológica para os nossos resultados.

1. INTRODUÇÃO

Me cobrir de humanidade me fascina e me aproxima do céu. Eu gosto de estar na terra cada vez mais. Minha boca se abre e espera o direito ainda que profano Do mundo ser sempre mais humano. (DUNCAN; ARAÚJO, 2005).

A primeira concepção formal dos direitos humanos foi delineada na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) na forma de uma recomendação da Assembleia Geral das Nações Unidas em 1948. Embora tenha havido declarações anteriores a respeito de direitos das pessoas, foi a DUDH quem estabeleceu direitos humanos a todos pelo simples fato de fazerem parte da humanidade (OOMS; KEYGNAERT; HAMMONDS, 2019).

A Declaração Unânime de 1776 dos Treze Estados Unidos da América, por exemplo, mencionou a igualdade entre todos os homens, garantindo a eles direitos inalienáveis tais como a vida, a liberdade e a busca da felicidade. No entanto, não contemplou os escravos nessa previsão e os signatários não consideraram essa distinção como um ato contraditório à própria igualdade que se buscava estabelecer (OOMS; KEYGNAERT; HAMMONDS, 2019).

Treze anos depois, a França se compromete com a Declaração Francesa dos Direitos do Homem e do Cidadão de 1789. Essa declaração tratou dos direitos dos cidadãos franceses. Os judeus, as mulheres, os homens sem propriedades que moravam na França não estavam abrangidos, porque não eram considerados cidadãos de pleno direito (OOMS; KEYGNAERT; HAMMONDS, 2019).

O tratamento diferente entre os homens ilustrado nesses dois casos citados ganhou assento em legislações emblemáticas, mas já estava presente desde a origem do pensamento racional. No *Menon* de Platão (2003), o escravo foi capaz de aprender, de intuir o teorema de Pitágoras, no entanto ele continuou na condição de escravo. Será que Platão não teria nos deixado essa questão em aberto? Desde então, foram séculos de avanço da racionalidade científica sem, contudo, se observar o avanço da moral. A humanidade seguiu construindo legislações que legitimavam esse abismo entre a conhecimento e a ética.

Foram as Guerras Mundiais do Século 20, especialmente a segunda, que motivaram revisões nessas concepções de direitos humanos. Não foi mais possível sustentar os direitos humanos como direitos restritos a um grupo (OOMS; KEYGNAERT; HAMMONDS, 2019). Porque essa ideia ampara juridicamente atos como o do holocausto, já que poderia ser defendido

que se trata de um país que está protegendo os direitos de seus cidadãos (no caso, alemães) em detrimento de outros grupos, (os judeus).

Portanto, embora a DUDH não fosse não obrigatória (porque não foi constituída como uma lei internacional, mas sim como uma recomendação), ela alcançou um grande consenso político. Sua aprovação foi unânime, com 48 votos favoráveis e 8 abstenções, não tendo obtido nenhum questionamento ou reserva pelos Estados integrantes da ONU à época (PIOVESAN, 2000). Foi considerada um símbolo, uma resposta para o contexto desse pós-Segunda Guerra Mundial de uma humanidade que se percebeu carente de respaldos teóricos que pudessem evitar novos eventos de aniquilação de um povo (GARCÍA MÉNDEZ, 2004).

Em termos técnicos, essa recomendação não possuía força jurídica no sentido de vincular os países às suas prescrições (CARVALHO, 2008). O intuito era tão somente consolidar orientações gerais de conduta, de modo que as pessoas tivessem os valores universais de dignidade humana respeitados e promovidos pelos Estados.

Para traduzir os princípios da DUDH, a ONU percebeu a necessidade de codificá-los na forma de direitos específicos. A ideia inicial era criar um documento que institísse um Pacto Internacional de Direitos Humanos de natureza obrigatória e vinculativa.

Travaram-se amplos debates sobre esse possível pacto durante quase duas décadas. Isso aconteceu durante a Guerra Fria, em que mundo estava dividido em duas vertentes e essa questão repercutiu nas discussões. O grupo ocidental entendia que o pacto deveria abordar prioritariamente os direitos civis e políticos. Já o grupo socialista enfatizava a questão dos direitos econômicos, sociais e culturais. A ONU acabou solucionando a controvérsia com a instituição de dois pactos: o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Ambos foram adotados pela Assembleia Geral em 1966, entrando em vigor na ordem internacional dez anos depois (PINHEIRO, 2008).

Se num primeiro momento a disputa entre Estados Unidos e União Soviética interferiu na adesão aos pactos, com o fim da Guerra Fria a influência de cada regime político perdeu a importância na decisão do país em adotá-los. Hoje, a comunidade internacional como um todo está comprometida com esses dois tratados: 86% dos países do mundo ratificaram o pacto dos direitos civis e políticos, ao passo que 87%, o pacto dos direitos econômicos, sociais e culturais.

Nas décadas posteriores, outras dezenas de acordos internacionais sobre direitos humanos foram celebrados entre os países, também alcançando altos índices de adesão mundial.

O que se pode perceber é que os direitos humanos avançaram do ponto de vista normativo. Em praticamente todos os locais da terra existe respaldo legal de proteção dos direitos das pessoas. No entanto, o respeito aos direitos humanos não parece se dar na mesma medida da proteção da lei. A violação a esses direitos permanece como um desafio a ser enfrentado pelos países e predições científicas não apontam melhorias para o futuro próximo (CINGRANELLI; FILIPPOV, 2018).

Os direitos relacionados à saúde também constituem direitos humanos. A DUDH, de 1948, enuncia em seu artigo XXV que todo o ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de lhe assegurar a saúde e o bem-estar (UN GENERAL ASSEMBLY, 1948). Hoje, os nove principais tratados internacionais de direitos humanos em vigor abordam questões relacionadas ao direito à saúde.

A antropóloga Margaret Mead aponta como o início da civilização o momento em que se passou a identificar cicatrizes ósseas nos fósseis pré-históricos (BYOCK, 2013). Isso porque o corpo humano precisa de um certo tempo para recompor essas fraturas e, considerando o ambiente hostil dos nossos ancestrais, essas cicatrizações só teriam sido possíveis mediante uma rede de cuidados. O indivíduo fragilizado não poderia se proteger dos predadores, mas precisava que outros o guardassem dos perigos durante o período de sua recuperação. Portanto, a tese da autora é de que esta seria a origem da nossa cultura. A humanidade sendo possível a partir do cuidado à saúde. Portanto, nada mais essencialmente humano, do que um direito à saúde.

Pesquisa recente questiona a suposta evolução da prática dos direitos à saúde. Esta demonstra que a assistência tende a uma estagnação ou até mesmo a uma diminuição, inclusive nos países que expressam apoio a esses direitos. Isso porque o custo adicional projetado para o cumprimento até 2030 do compromisso de cobertura universal de saúde constante dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS 3.8) foi de 371 bilhões de dólares, com uma estimativa de déficit de 54 bilhões de dólares para os países de baixa e média rendas. Conclui que a expansão do acesso à saúde depende de escolhas políticas que envolvem elevados custos e envolve também a assistência internacional financeira entre os países. Mas, para os autores, a ordem jurídica internacional com narrativas de austeridade cada vez mais frequentes não estaria favorável ao avanço dos direitos humanos à saúde (OOMS; KEYGNAERT; HAMMONDS, 2019).

Em contrapartida, há estudos que demonstram otimismo no sentido do aumento do respeito aos direitos humanos nos últimos anos. Mas mesmo esses trabalhos reconhecem que o direito à saúde ainda está subsumido a outros interesses (TASIOULAS; VAYENA, 2015, 2016).

Do ponto de vista teórico, o projeto de salvaguarda da dignidade humana foi exitoso. E do ponto de vista empírico? Será que a adesão aos tratados internacionais de direitos humanos influencia a situação de saúde da população de alguma forma? Será que a prática dos direitos humanos pode habitar a seara de uma ciência?

No nosso trabalho pretendemos especular quanto aos efeitos dos compromissos de saúde firmados nos tratados internacionais de direitos humanos na saúde da população.

1.1.OBJETIVOS

- **OBJETIVO GERAL:** medir os efeitos dos tratados internacionais de direitos humanos na saúde das mulheres, das crianças e da população carcerária.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
 - a) medir os efeitos da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDCM) e seu respectivo protocolo facultativo (PF-CEDCM) na saúde das mulheres;
 - b) medir os efeitos da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e seu respectivo protocolo facultativo na saúde das crianças (PF-CDC); e
 - c) medir os efeitos Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CCT) e seu respectivo protocolo facultativo na saúde da população carcerária (PF-CCT).

Vale ressaltar que o objetivo específico da letra “a” compõe o capítulo 4, o da letra “b”, o capítulo 5, e o da letra “c”, o capítulo 6.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Se a virtude pode ser ensinada, como creio, é mais pelo exemplo do que pelos livros. Então, para que um tratado das virtudes? Para isto, talvez: tentar compreender o que deveríamos fazer, ou ser, ou viver, e medir, com isso, pelo menos intelectualmente, o caminho que daí nos separa. Tarefa modesta, tarefa insuficiente, mas necessária. (COMTE-SPONVILLE, 2016, p. 7).

2.1. RELEVÂNCIA DA TEMÁTICA

As questões relacionadas à saúde global estão cada vez mais desafiando os países a uma diplomacia de cooperação internacional. A proteção da saúde é um direito humano fundamental. Esse atributo da fundamentabilidade se justifica pelo fato de se tratar de um direito que capacita os indivíduos para o exercício dos demais direitos e, também, por ser um dos fatores essenciais para a manutenção da ordem social (CHAGAS; SANTOS, 2020).

Quase todos os países do mundo são constantemente confrontados por problemas de saúde dos seus cidadãos relativos ao adoecimento, seja por meio de doenças transmissíveis endêmicas e emergentes, ou de doenças não transmissíveis. Além disso, também enfrentam dificuldades ligadas a degradações ambientais, segurança alimentar, comércio nocivo de produtos e outros desafios que também estão diretamente relacionados com a saúde humana (LUPU, 2015a).

A pandemia do novo coronavírus mostrou falhas nos sistemas de saúde (AVENI, 2020) e nos rememorou que as questões de saúde não conhecem fronteiras e as decisões políticas de um país podem afetar os demais e passou a exigir que a diplomacia da saúde global adotasse uma nova postura (MENEZES; BEZERRA MARCOS, 2020; UEBEL, 2020; WÜNSCH, 2019).

A lei tem sido cada vez mais utilizada como ferramenta para superar esses problemas e melhorar a situação de saúde das populações. Nesse sentido, a efetivação do direito à saúde pode passar pelo dever de legislar. A proteção legal possibilita o acionamento de mecanismos de tutela diante de omissões estatais em relação ao cuidado com a saúde (MONGE, 2019), o que demonstra a sua importância na construção do caminho para se atingir o ideal de saúde para todos.

No âmbito internacional, diversos compromissos acerca do asseguramento à saúde são feitos em convenções de direitos humanos. Esses tratados buscam garantir preceitos mínimos à dignidade humana, comprometidos com a autonomia e a autodeterminação (VALENTINA DE MORAES; THAIS STEIN, 2020). Embora afetem a todos, o impacto desses problemas de saúde é maior nos países mais pobres, porque carecem de recursos para gerenciá-las e não possuem força econômica para negociar internacionalmente ajudas capazes de minorar os prejuízos (LUPU, 2015a).

No entanto, quando existe um acordo dessa natureza, os governos que ratificam os tratados, se não forem capazes de realizar os compromissos feitos, podem buscar o apoio nos países de alta renda. Com o respaldo de um tratado internacional, esses países mais pobres passam a contar com maiores chances de obter a cooperação dos países mais ricos, porque a persuasão se torna mais contundente com essa base legal.

Essa noção diferenciada de responsabilidade conjunta de agir nasce nos próprios acordos internacionais, que reconhecem que cada estado tem obrigações próprias, mas todos são responsáveis pela solução do problema relacionado à saúde global e, portanto, devem contribuir para a solução (WILSON; DAAR, 2013). Por esta razão, há autores que chegam a afirmar que existe uma obrigação legal de fornecer a cooperação, justamente em virtude dessas cláusulas de colaboração mútua dos países que os acordos costumam prever (O'HARE; DEVAKUMAR; ALLEN, 2016).

Um caso de êxito na saúde global com a participação da cooperação internacional foi a erradicação da varíola. Ela foi responsável pela morte de mais de 300 milhões de pessoas no século 20, mas com a articulação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e a cooperação dos países essa doença viral foi erradicada (FORATTINI, 1988; WILSON; DAAR, 2013).

Os índices de ratificação dos tratados internacionais de direito humanos no geral são altos (NICHELE; FERREIRA, 2020). Isso significa que do ponto de vista teórico, há um consenso quanto a direitos de saúde no âmbito internacional. Contudo, é preciso verificar se todo o esforço na constituição de normas internacionais protetivas à saúde tem repercutido positivamente na evolução do estado de saúde das populações dos países envolvidos.

Existem diversas estruturas para avaliar a adesão dos países aos princípios de direitos humanos, tais como indicadores de resultados capazes de verificar a conduta estatal no sentido de monitorar os esforços que foram feitos para implementar as diretrizes, ou seja, uma espécie de auditoria de resultados (O'HARE; DEVAKUMAR; ALLEN, 2016). É de fundamental

relevância acompanhar esse processo para constatar se de fato as leis podem ser tidas como ferramentas adequadas para a melhorar a situação de saúde.

A maior parte dos tratados internacionais de direitos humanos entrou em vigor entre o final da década de 70 e o início dos anos 1990. Alguns trabalhos foram desenvolvidos nesse período para observar os efeitos desses acordos no comportamento dos países. A maior parte deles confirmou a hipótese pessimista de que esses instrumentos não eram eficazes e que serviam fundamentalmente para fins promocionais e que na verdade estaríamos lidando com leis que previam direitos inalcançáveis (DONNELLY, 1986; FORSYTHE, 1985; WEISSBRODT, 1990).

Um estudo testou empiricamente o impacto do Pacto Internacional sobre Direitos Políticos e Civis (PIDPC) em 178 países ao longo de um período de 18 anos, de 1976 a 1993 e minimizou o pessimismo entendendo que seria cedo para descartar totalmente a expectativa de efeitos positivos advindos desses acordos internacionais (KEITH, 1999).

Para encontrar estudos mais recentes, fizemos uma revisão sistemática com o objetivo de sintetizar a literatura científica sobre a associação entre a ratificação de compromissos internacionais relativos à saúde e a melhoria de saúde da população.

2.2. DIRETRIZES DA REVISÃO

A revisão foi realizada com base nas diretrizes formuladas pelo Preferred Reporting Items for Systematic Meta-Analyses (PRISMA) (LIBERATI et al., 2009) e foi norteada pela seguinte questão: há associação entre a adesão aos compromissos de saúde nos tratados internacionais e a melhoria do estado de saúde da população?

Realizamos a busca no segundo semestre de 2021 utilizando as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed/MEDLINE e Portal de Periódicos CAPES (Banco de Dados de Ciência e Engenharia de Materiais, Taylor & Francis Revistas Online, Resumos Sociológicos, Índice de Citação de Ciências Expandido - Web of Science, Índice de Citação de Ciências Sociais - Web of Science, OneFile – GALE, Scopus – Elsevier). Utilizamos as mesmas chaves de busca em todas as bases, a saber "lei internacional OR cooperação internacional E direitos humanos E saúde", sendo tais expressões termos MeSH. As duplicatas foram rastreadas e removidas.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais publicados nos últimos 20 anos em inglês, espanhol e português, e que avaliassem os efeitos dos compromissos internacionais na saúde dos indivíduos. Considerou-se também como critério fundamental de inclusão que o estudo descrevesse claramente o método aplicado. Foram excluídas indexações concomitantes, revisões bibliográficas, trabalhos na forma de teses, dissertações, monografias e outras publicações que não fossem artigos de periódicos. Também não foram utilizados artigos que não estivessem disponíveis no formato online.

Para cada estudo selecionado, sistematizamos as seguintes informações: autoria, ano de publicação, objetivos diretamente relacionados ao interesse desta revisão, método aplicado, país ou região analisada, aspectos de direitos humanos e saúde avaliados e principais resultados encontrados.

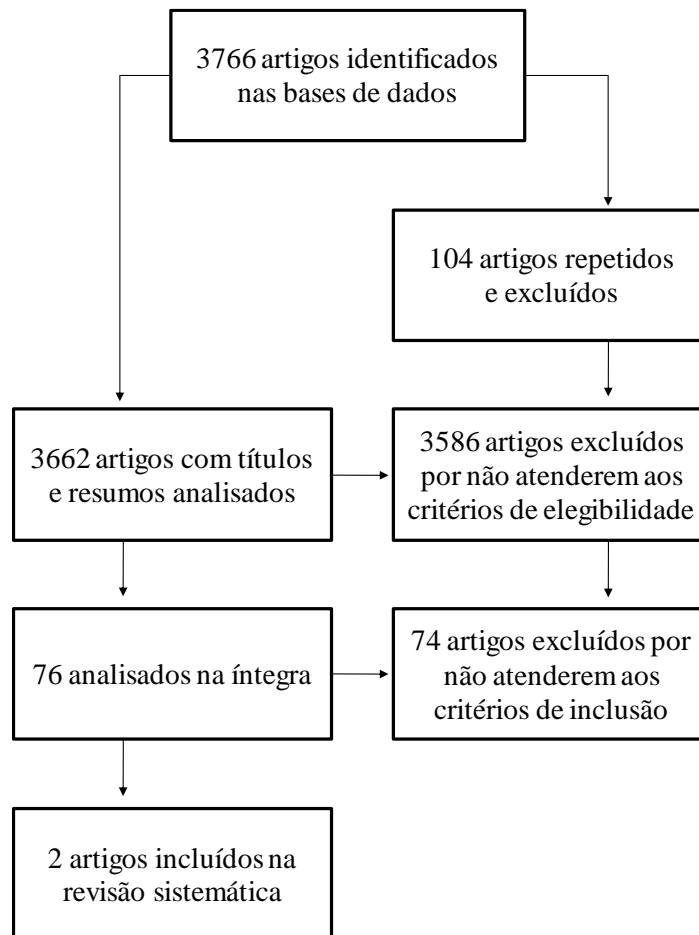
A dinâmica de análise se deu da seguinte forma: primeiramente, lemos os títulos para identificar o tema de pesquisa. Caso estivesse no escopo de interesse da revisão, procederíamos à leitura dos resumos. Por fim, os artigos foram lidos na íntegra caso os critérios de inclusão fossem atendidos. Para complementar a revisão, realizamos manualmente uma busca nessas mesmas bases de dados, com o intuito de incluir referências citadas nos artigos selecionados, que porventura não tivessem aparecido nas buscas feitas originalmente.

A qualidade dos artigos também foi considerada e a avaliação foi feita em conjunto. As diferenças foram debatidas e tomamos a decisão final por consenso. O instrumento utilizado para tanto, foi o proposto por Downs e Black (1998), originalmente com 27 questões relacionadas à qualidade das informações presentes no artigo, validade externa, validade interna (viés e confusão) e poder estatístico, o que dá um escore variando de zero a 28. A questão sobre a tentativa de cegar os sujeitos para a exposição foi excluída, pois não se aplica ao tipo de intervenção realizada. Portanto, a pontuação dos artigos poderia variar de zero a 27. Classificamos cada estudo de acordo com a qualidade da evidência como excelente (24 a 27), boa (20 a 23), razoável (15 a 19), ou ruim ou limitada (14 ou menos). A qualidade das evidências não foi fator de exclusão, pois consideramos importante avaliar todas as evidências disponíveis sobre o assunto e relacioná-las com os resultados encontrados.

2.3. ESTADO DA ARTE

Foram encontrados 3.766 artigos de acordo com os critérios relatados, sendo 759 da BVS, 3 do SciELO, 1237 do PubMed e 1767 do Portal CAPES. Destes, 104 foram imediatamente excluídos por estarem repetidos nas bases de dados. Após a leitura dos títulos e resumos, 76 foram selecionados e lidos na íntegra. Em seguida a esta etapa, 74 foram excluídos, restando apenas dois trabalhos relacionados ao tema pesquisado. A Figura 1 apresenta o fluxo de seleção dos artigos.

Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos para revisão sistemática sobre os efeitos dos tratados internacionais na saúde humana, 2021.



Fonte: Elaboração própria

Além desses dois artigos, foram incluídos outros seis trabalhos. Embora não tenham aparecido nas buscas bibliográficas, atenderam aos critérios de inclusão e foram de interesse

para esta revisão. Sendo assim, o *corpus* de análise deste estudo foi composto por oito trabalhos científicos, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição dos estudos na literatura científica sobre a associação entre a ratificação dos compromissos internacionais de saúde e a melhoria da situação de saúde da população, 2001-2021.

Autor/ano	Objetivo	Método	País/regiões	Aspectos de direitos humanos e saúde	Resultados
Hathaway OA, 2002 (HATHAWAY, 1935).	Verificar a relação entre a CPRCG e a CTPC e a prática desses direitos nos países.	Teste de relação com análise quantitativa em larga escala.	166 países.	Genocídio e tortura.	A ratificação não foi associada a melhores práticas de direitos humanos.
Palmer A, Tomkinson J, Phung C, Ford N, Joffres M, Fernandes KA, et al., 2009(PALMER et al., 2009).	Avaliar se a ratificação do PIDCP e do PIDESC está associada a melhorias nos indicadores sociais e de saúde.	Modelo de regressão (Poisson) e testes de associação (Fisher e Wilcoxon).	170 países.	Prevalência de HIV materno e infantil, taxa de mortalidade infantil e expectativa de vida.	A ratificação dos tratados de direitos humanos não foi associada a mudanças significativas no estado de saúde da população.
Wilson A, Daar AS, 2013(WILSON; DAAR, 2013).	Analisar os efeitos da CIDC sobre a saúde global.	Observação da evolução de indicadores.	193 países signatários da CIDC.	Indicadores relacionados à saúde infantil.	A CIDC é bem sucedida, sendo possível observar progressos, tais como a diminuição do percentual de crianças com baixo peso, o aumento da matrícula em educação primária, a queda das taxas de mortalidade em menores de 5 anos de idade.
Cole, 2015 (COLE, 2015a).	Analisar o cumprimento do PIDCP.	Modelo de regressão de dois estágios.	Todos os países membros do PIDCP.	Indicadores relativos à integridade física.	O PIDCP não gerou efeitos práticos estatisticamente significativos para os indicadores relativos à integridade física.
Kastler F, 2016(KASTLER, 2016).	Analisar a eficácia da adoção da CQCT no comportamento dos cidadãos.	Revisão dos relatórios bienais da OMS que apresentam as taxas globais de implementação dos artigos da CQCT.	168 países que assinaram a Convenção.	Prevalência do tabagismo.	Diminuição da prevalência do tabagismo na maioria dos países que aderiram ao CQCT.

Tait CA, Abdillahi I, Wong W, Smith-Cannoy H, Siddiqi A, 2019(TAIT et al., 2019).	Analisar a associação entre a CEDCM e a expectativa de vida da mulher e a taxa de mortalidade.	Série temporal interrompida.	187 países signatários da CEDCM.	Expectativa de vida da mulher e taxa de mortalidade.	A CEDCM foi eficaz nos países de alta renda e nos países democráticos de baixa renda.
Nichele CST, Ferreira AP, 2020 (NICHELE; FERREIRA, 2020).	Analisar a relação entre a ratificação da CEDCM e do PF-CEDCM e os resultados de indicadores da saúde da mulher.	Correlação descritiva de corte transversal.	189 países.	Prevalência de violência sexual contra a mulher, taxa de mortalidade materna e expectativa de vida ao nascer.	Não foi encontrada correlação entre a adesão da CEDCM e do PF-CEDCM e as melhorias dos indicadores de saúde das mulheres.
Nichele CST, Horta MAP, Ferreira AP, 2021 (NICHELE; HORTA; FERREIRA, 2021a).	Avaliar se a adesão ao CEDCM e ao PF-CEDCM influenciou o status de saúde das mulheres.	Análise de variância <i>one-way</i> .	190 países.	Taxa de mortalidade materna, prevalência de anemia em mulheres, cobertura de cuidados pré-natais, rastreamento de sífilis durante a gravidez, contato pós-parto com provedores de saúde e satisfação de necessidades relativas ao planejamento familiar.	Foram encontradas alterações positivas associadas à CEDCM nos índices de satisfação de planejamento familiar. Quanto ao PF-CEDCM as associações positivas encontradas se referiram à prevalência de anemia em mulheres grávidas, à cobertura de cuidados pré-natais e à satisfação do planejamento familiar.

Fonte: Elaboração própria

Esses trabalhos analisaram os efeitos dos seguintes pactos internacionais: Convenção para Prevenir e Punir o Crime de Genocídio (CPPCG); Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP); Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC); Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDCM); Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (PF-CEDCM); Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CCT); Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC); e Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (FCTC). Os resultados encontrados foram resumidos na Tabela 2.

Quadro 2 – Distribuição dos efeitos produzidos na saúde pela adoção dos Tratados Internacionais, 2001-2021.

Tratados internacionais	Aspectos de saúde testados	Efeitos positivos associados ao tratado
Convenção para a Prevenção e a Repressão do Crime de Genocídio	Índices de genocídio	Não
Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos	Índices de integridade física Prevalência de HIV materno e infantil Taxa de mortalidade infantil Expectativa de vida	Não Não Não Não
Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais	Prevalência de HIV materno e infantil Taxa de mortalidade infantil Expectativa de vida	Não Não Não
Convenção das Nações Unidas para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher	Taxa de mortalidade da mulher Taxa de mortalidade materna Expectativa de vida da mulher Expectativa de vida da mulher ao nascer Violência sexual contra a mulher Prevalência de anemia em mulheres Cobertura de cuidados pré-natais Rastreamento de sífilis durante a gravidez Contato pós-parto com provedor de saúde Necessidade em planejamento familiar	Sim Não Sim Não Não Não Não Não Não Sim
Protocolo Facultativo da Convenção das Nações Unidas para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher	Violência sexual contra a mulher Taxa de mortalidade materna Expectativa de vida da mulher ao nascer Prevalência de anemia em mulheres Cobertura de cuidados pré-natais Rastreamento de sífilis durante a gravidez Contato pós-parto com provedor de saúde Necessidade em planejamento familiar	Não Não Não Sim Sim Não Não Sim
Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes	Índice de tortura	Não
Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança	Percentual de crianças (< 5 anos) com baixo peso	Sim Sim

	Taxa de mortalidade infantil Índice de matrícula na educação primária	Sim
Convenção-Quadro sobre o Controle do Tabaco	Prevalência de consumo de tabaco	Sim

Fonte: Elaboração própria

Dos oito tratados internacionais analisados pela literatura, quatro foram considerados ineficazes, ao passo que os outros quatro apresentaram efeitos positivos associados ao comprometimento dos países a esses acordos.

O PIDCP e o PIDESC, avaliados como ineficazes, foram adotados pela Assembleia Geral da ONU em 1966. Ainda que esses acordos não tenham apresentado os efeitos esperados, continua sendo uma boa notícia que os países estejam comprometidos com os seus preceitos. A primeira etapa do processo é ter a lei estabelecida. É melhor termos o direito garantido na lei, ainda que de modo ineficaz, do que não o ter. O instrumento da lei pode ser o primeiro passo de um processo de várias etapas para efetuar uma mudança positiva. O fato de as nações terem dado esse primeiro passo já é um resultado exitoso. O que se precisa é dar o passo seguinte no sentido de concretizar o texto (WILSON; DAAR, 2013).

A CPPCG e a CCT também foram consideradas ineficazes. A CPPCG entrou em vigor na ordem internacional em 1951, tendo sido à época adotada de maneira unânime na Assembleia Geral nas Nações Unidas (UN, 1946). A CCT é posterior, entrando em vigor em 1984 e tinha por escopo o banimento da tortura e de quaisquer outras formas de tratamento desumano, cruel ou degradante (UN, 1987).

Os resultados encontrados sobre a CPPCG e a CCT preocuparam a literatura, porque ficou demonstrado que em alguns países houve piora nos indicadores associada à ratificação dessas convenções. Uma possível interpretação para este fenômeno inesperado é o fato de que o país, ao ratificar o tratado, passa a considerar o problema como solucionado. O ato de aceitação do acordo internacional funcionaria como um substituto simbólico das possíveis ações que poderiam ser tomadas, o que levaria a uma queda nas pressões por mudanças reais na prática (HATHAWAY, 1935).

Estudo posterior comenta esses mesmos achados e elabora outras hipóteses. Depois que um país se compromete com um tratado internacional, é possível que haja um aumento nos registros das violações aos direitos que foram objeto do compromisso (GOODMAN; JINKS, 2003). Talvez a piora nos dados não signifique necessariamente que o número de eventos aumentou, mas sim que o tema passou a suscitar maior atenção das autoridades (COLE, 2015a).

Outro fato que também pode influenciar na piora dos dados é que após a ratificação, condutas que antes não eram consideradas violações a direitos, passam a sê-lo. Isso influenciaria o número dos casos notificados, mas não o número dos eventos em si. Um exemplo da literatura se dá no contexto dos crimes de violência sexual contra a mulher, porque as leis mais rigorosas passam a considerar como estupro condutas lascivas que antes eram enquadradas como assédios. Quando a lei entra em vigor, o número notificado de estupros aumenta, mas isso não significa que a lei fomentou o estupro. Pode ser que esse mesmo movimento aconteça com a entrada em vigor de um novo tratado no país (GOODMAN; JINKS, 2003). Faz-se necessário, portanto, desenvolver novos estudos para elucidar melhor esse fenômeno para confirmar ou afastar essas interpretações.

A CEDCM e o PF-CEDCM foi avaliada pela literatura como eficaz em alguns aspectos (22,12,21). A CEDCM foi adotada pelas Nações Unidas em 1979 e é tida como uma declaração internacional dos direitos das mulheres e foi amplamente aderida no mundo. Parte da literatura considerou os resultados encontrados desconcertantes, porque a maioria dos indicadores analisados não apresentou associação com a ratificação, o que significa que a CEDCM não teria alcançado uma de suas intenções, a de melhorar a condição da mulher (TAIT et al., 2019). Contudo, estudo posterior demonstrou que a CEDCM esteve associada a mudanças positivas nos indicadores de planejamento familiar, que foi um aspecto que a convenção tratou de maneira específica em seu artigo 10, inciso h (NICHELE; HORTA; FERREIRA, 2021a).

O PF-CEDCM funciona como um anexo executivo da CEDCM, porque cria um comitê para receber denúncias e com competência para investigar violações aos direitos das mulheres (BRASIL, 2002). Ele se mostrou um pouco mais eficaz do que a CEDCM, porque esteve associado a melhoria de 3 indicadores de saúde da mulher, em um total de 8 analisados.

Esses resultados relatados na literatura em relação à CEDCM e ao PF-CEDCM ainda estão aquém do esperado, mas permitem um otimismo no sentido de que implicaram pequenas melhoras, o que demonstra um potencial para futuras conquistas mais contundentes.

A CDC também foi considerada pela literatura como um caso exitoso em relação aos efeitos produzidos (WILSON; DAAR, 2013). No entanto, o próprio estudo reconhece a limitação no sentido de não ter podido concluir uma associação entre as melhorias observadas e a ratificação da convenção. Pode ser que os avanços em relação ao baixo peso e à mortalidade infantis teriam acontecido a despeito dos compromissos feitos. Na verdade, há uma carência de

estudos que permitam concluir de maneira mais segura se o progresso após o período da entrada em vigor da CDC foi de fato alguma influência do tratado ou se foi apenas uma coincidência.

O caso considerado de maior êxito em relação à saúde dos indivíduos foi o da CQCT. Diferente de todos os demais tratados internacionais mencionados neste estudo, a CQCT é um pacto específico de saúde. Na verdade se trata do primeiro acordo internacional de saúde pública da história da OMS e o mais aceito pelos países (BORGES; MENEZES; SOUZA, 2020), tendo entrado em vigor em 2005 (WHO, 2005). Sua meta principal era a redução da demanda e do consumo de tabaco em todo o mundo e os trabalhos mostraram que produziu efeitos nesse sentido (KASTLER, 2016; WILSON; DAAR, 2013). Mas existem outros acordos internacionais da OMS que também legislam sobre questões caras à saúde. Portanto, permanece a dívida de estudos científicos que avaliem os efeitos que geram na saúde da população.

Considerando todos os resultados encontrados, esta revisão da literatura evidencia primeiramente que os efeitos dos tratados internacionais na saúde humana ainda são desconhecidos, porque são poucos os trabalhos que medem empiricamente o efeito real e preciso desses acordos nos países.

Existem muitas avaliações internacionais sobre os efeitos dos tratados financeiros e principalmente dos comerciais. Esses estudos auxiliam a tomada de decisão no sentido de reduzir restrições de transações financeiras, aumentar os fluxos, encorajar políticas de comércio liberal, por exemplo. No entanto, bem menos evidente é o impacto dos tratados de direitos humanos (HOFFMAN; RØTTINGEN, 2015), principalmente sobre os seus efeitos na saúde.

Em segundo lugar, essa revisão contribui para mostrar que existe um descompasso entre as normas internacionais protetivas dos direitos humanos da saúde e o alcance de fato conferido aos indivíduos. Os instrumentos legais que garantem e protegem os direitos existem, mas carecem de concretização de um modo mais satisfatório (COLE, 2015a).

Há quem justifique esse não cumprimento quase generalizado em razão da fiscalização se dar em um nível muito baixo. São poucos os mecanismos existentes para garantir que os países empreendam esforços na efetivação dos direitos firmados nos acordos. Muitas vezes os países se beneficiam de críticas externas ao ratificar um tratado, mas raramente são punidos por não cumpri-los (COLE, 2015a).

3. EFEITOS NA SAÚDE DA MULHER

Onde nasci, a morte é uma visita constante. Um vírus, uma bactéria, um parasita; a seca e a fome [...] Para quem vive na anarquia e na guerra civil, a morte espreita em toda parte. (HIRSI ALI, 2007, p. 491).

3.1. ESTUDO DESCRITIVO

3.1.1. Instrumentos internacionais de proteção da mulher

A celebração de acordos internacionais e a assinatura de tratados, protocolos ou convenções criam importantes formas de apoio para enfrentar problemas de direitos humanos, como a questão das desigualdades de gênero, tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (PRÁ; EPPING, 2012). Os direitos humanos não são dados, mas são resultado de um processo constante de construção e reconstrução (ARENDDT, 1977).

Segundo Comparato (COMPARATO, 2003) a partir da verificação da realidade axiológica da humanidade, os direitos humanos foram identificados com os valores mais importantes da convivência humana, aqueles sem os quais as sociedades acabam morrendo, fatalmente, por um processo de ruptura irreversível. Nesse sentido, surgem questões importantes: essas leis que são criadas no contexto internacional para comprometer os países a avançar em políticas para enfrentar questões onerosas para o bem-estar da humanidade produzem mudanças na prática? Quais são os efeitos das normas internacionais de direitos humanos?

Alguns estudos científicos recentes têm procurado responder a perguntas como essas. Muitos deles demonstraram que o fato de um país estar comprometido com a lei em nível internacional gera maior ativismo, ou seja, maiores esforços para implementar mudanças (DANCY; MICHEL, 2015; DANCY; SIKKINK, 2011). Outra pesquisa recente concluiu que há uma boa possibilidade de que essas tendências impulsionadas por tratados em direção ao aumento da legalização estejam associadas a melhorias na proteção dos direitos humanos ao longo do tempo (FARISS, 2018). Há também estudos que reconhecem que os tratados são menos efetivos do que poderiam ser e ainda sofrem com problemas relacionados ao processo de implementação de suas normas (COLE, 2015b; FARISS, 2018; HILL, 2016; LUPU, 2015b).

No interesse de contribuir para a compreensão dessas questões, este estudo teve como objetivo verificar os efeitos dos tratados internacionais de direitos humanos sobre os resultados da saúde da mulher. Nesse sentido, analisou se, após a adoção do direito internacional, os indicadores de saúde da mulher mudaram seu comportamento e se a mudança poderia estar correlacionada com esse fato.

Os principais instrumentos internacionais de direitos humanos relacionados à mulher são a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDCM) (ONU, 1979) e o Protocolo Facultativo dessa Convenção (PF-CEDCM) (ONU, 1999). A CEDCM foi adotada pelas Nações Unidas em 1979 e a PF-CEDCM foi criada 20 anos depois para estabelecer mecanismos de reclamação por violações da CEDCM para catalisar reformas de políticas públicas na área (STOFFELS, 2019).

Os países que ratificam a CEDCM comprometem-se a melhorar as condições de vida das mulheres, incluindo o estado de saúde (TAIT et al., 2019). O texto do tratado ainda menciona essa preocupação com o acesso das mulheres à saúde.

Para medir a situação de saúde das mulheres, é importante acompanhar a evolução dos indicadores de saúde. Alguns indicadores são bastante representativos das necessidades de saúde das mulheres relacionadas aos direitos humanos. Um deles é o que avalia a violência sexual contra a mulher. Isso porque a violência sexual por terceiros e parceiros íntimos continua sendo um problema grave que atinge países ao redor do mundo (ARROM SUHURT et al., 2015; BARROS; SCHRAIBER, 2017; CALDWELL; SWAN; WOODBROWN, 2012; CASIQUE CASIQUE; FUREGATO, 2006; DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005; GARCIA-MORENO et al., 2006; GIRIANELLI et al., 2018; SCHRAIBER et al., 2007). São violações de direitos humanos que causam profundos danos ao bem-estar físico, emocional, social, sexual, reprodutivo e mental, tanto para a vítima de violência, quanto para a família inserida nesse contexto (CAMPBELL, 2002; EISENSTAT; BANCROFT, 1999).

Outro indicador importante para avaliar as condições de saúde de uma população é a mortalidade materna. A partir da análise das condições em que as mulheres morrem e como morrem, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma sociedade. A mortalidade materna é um dos indicadores de discrepâncias de saúde entre países desenvolvidos, em desenvolvimento e subdesenvolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). É considerado um desafio para a saúde pública que necessita de avanços e melhorias na qualidade da assistência

a essas mulheres. A taxa global de mortalidade materna é de cerca de 210 óbitos por 100.000 nascidos vivos (WHO, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define mortalidade materna como a morte de uma mulher durante a gravidez ou até 42 dias após o término da gravidez, independentemente da duração ou localização, por qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas relacionadas a ela, mas não por causas acidentais ou incidentais (OMS, 2019).

A expectativa de vida ao nascer também é um bom indicador para refletir as condições gerais de vida de uma população, pois é uma forma de indicar a variação da mortalidade por idade. É definido como o número de anos esperados para um recém-nascido em seu respectivo espaço geográfico, se mantidas as condições de mortalidade daquele período (CORRÊA; MIRANDA-RIBEIRO, 2017).

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a relação entre ratificação da CEDCM e PF-CEDCM e os resultados da violência sexual contra a mulher por parceiros e não parceiros, a taxa de mortalidade materna e a expectativa de vida das mulheres ao nascer.

3.1.2. Desenho do estudo

O desenho do estudo foi quantitativo, descritivo, transversal e foi realizado no primeiro semestre de 2019. Segundo Gil (2009), esse tipo de pesquisa visa descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. No caso desta pesquisa, buscamos descrever as características de um fenômeno contemporâneo, na avaliação e monitoramento do desempenho das políticas de atenção à saúde da mulher pelos países ratificantes, como um problema de direitos humanos e saúde pública.

Para testar possível correlação entre adesão à CEDCM e PF-CEDCM e mudanças no estado de saúde da mulher, foram utilizados três indicadores de saúde do repositório de dados do observatório da OMS (WHO, 2019) dos últimos 20 anos aproximadamente: violência sexual contra a mulher praticada por parceiros sexuais e não parceiros, taxa de mortalidade materna e expectativa de vida das mulheres ao nascer. Esses dados foram organizados em gráficos, incluindo margens de erro. Esses indicadores foram escolhidos por representarem questões críticas para a saúde da mulher.

Todos os resultados, tanto para os indicadores de saúde quanto para o grau de adesão aos tratados, foram organizados e apresentados de acordo com a divisão regional da OMS.

Dentro desta divisão, os países são agrupados em 6 regiões, a saber, África, América, Europa, Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental e Sudeste Asiático. Foram utilizados dados de todos os países que ratificaram os tratados e o resultado para cada região foi constituído pela média dos países que o compuseram.

Em relação à violência sexual contra a mulher por parceiros e não parceiros, comparou-se o grau de adesão aos tratados e a prevalência desse tipo de violência em cada região. A intenção foi verificar se os países que aderiram aos tratados são os que apresentam os menores índices de violência.

Para a taxa de mortalidade materna e a expectativa de vida ao nascer, as correlações foram construídas pelo método dos mínimos quadrados lineares. Para cada correlação, também foram calculados os coeficientes de determinação, utilizando a formulação estatística clássica (SPIEGEL; STEPHENS, 2009). No caso da taxa de mortalidade, a correlação construída envolveu os seguintes fatores: diminuição da taxa de mortalidade materna e aumento da adesão à CEDCM e PF-CEDCM. Em relação à expectativa de vida, os fatores correlacionados foram o aumento da expectativa de vida ao nascer e o aumento da adesão à CEDCM e PF-CEDCM.

Essas correlações buscaram verificar se a diminuição da mortalidade e o aumento da expectativa de vida poderiam estar relacionados à maior adesão à CEDCM e ao PF-CEDCM. No entanto, não foi possível determinar essa correlação para a violência contra a mulher, pois a OMS forneceu dados apenas para o ano de 2010.

Os dados sobre os países que ratificaram a CEDCM e o PF-CEDCM foram extraídos do Escritório do Alto Comissariado para os Direitos Humanos (ACNUDH) (OHCHR, 2019).

Como todas as pesquisas utilizaram dados acessíveis e de domínio público, não houve necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética.

3.1.3. Efeitos da ratificação sobre indicadores de saúde da mulher

3.1.3.1. Índice global de ratificação dos tratados

A CEDCM tem um alto consenso, tendo sido amplamente ratificada por 95,94% dos países, como mostra a Figura 1. O PF-CEDCM tem um número menor de países membros, contando com a ratificação de pouco mais da metade dos países: 57,87%, como ilustra a Figura 2.

Figura 2 – Mapa global mostrando a adesão dos países (a) à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDCM) e (b) ao Protocolo Facultativo (PF-CEDCM), 2020.



Fonte: Elaboração própria

A Tabela 1 mostra a evolução das ratificações da CEDCM e PF-CEDCM em cada região da OMS de 1990 a 2019.

Tabela 1 – Porcentagem de adesão à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1) e ao Protocolo Facultativo (2), segundo as regiões da OMS, 1990-2019.

Regiões da OMS	Ano													
	1990		2000		2005		2010		2015		2016		2019	
	Conv. ¹	Conv. ¹	Prot. ²	Conv. ¹	Prot. ²	Conv. ¹	Prot. ²	Conv. ¹	Prot. ²	Conv. ¹	Prot. ²	Conv. ¹	Prot. ²	
Africana	54,35	93,48	6,52	95,65	23,91	97,83	39,13	100	50	100	52,17	100	54,25	
Américas	91,43	97,14	2,85	97,14	40	97,14	51,43	97,14	51,43	97,14	51,43	97,14	51,43	
Europeia	47,06	92,16	13,72	98,04	76,47	100	86,27	100	88,23	100	90,2	100	92,16	
Mediterrâneo Oriental	23,81	57,14	0	76,19	4,76	85,71	9,52	85,71	9,52	85,71	9,52	85,71	9,52	
Pacífico Ocidental	36	68	4	80	16	88	32	92	32	92	32	92	36	
Sudeste Asiático	45,45	81,81	18,18	100	36,36	100	54,54	100	54,54	100	54,54	100	54,54	

Fonte: Elaboração própria

A região que teve a menor adesão à CEDCM em 2019 foi o Mediterrâneo Ocidental, com uma taxa expressiva de 85,71%. As regiões da África, Europa e Sudeste Asiático tiveram 100% de adesão no mesmo ano. Em relação ao PF-CEDCM, o maior percentual de ratificação foi encontrado na região europeia, 92,16%, em 2019. O pior resultado neste mesmo ano foi o da região do Mediterrâneo Oriental com apenas 9,52% de adesão.

Há um equilíbrio entre os percentuais de homologações da CEDCM entre as regiões, uma vez que a diferença entre os piores e os melhores resultados (85,71% e 100%, respectivamente) não chegou a 15 pontos percentuais. Isso não aconteceu com o PF-CEDCM. A diferença entre o pior e o melhor resultado (9,52% e 92,16%, respectivamente) atingiu aproximadamente 83 pontos percentuais.

3.1.3.2. Indicadores de violência sexual, taxa de mortalidade e expectativa de vida

A Tabela 2 resume as taxas mais recentes de violência sexual, taxa de mortalidade e expectativa de vida da mulher ao nascer.

Tabela 2 – Prevalência de violência sexual contra a mulher por parceiros e não parceiros, taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos) e expectativa de vida ao nascer (anos de vida), segundo regiões da OMS, 2010-2016.

Regiões	Prevalência de violência sexual (%) em 2010		Taxa de mortalidade materna (por cada 100.000 nascidos vivos) em 2015	Expectativa de vida ao nascer (anos de vida) em 2016
	por não parceiro	por parceiro		
Africana	43,97	14,77	472,83	62,7
Américas	28,27	10,68	82,56	79,8
Europeia	24,43	9,74	130,43	70,7
Mediterrâneo oriental	35,38	4,53	14,04	80,8
Pacífico ocidental	26,24	11,17	134,09	71,3
Ásia sudoriental	34,86	4,31	71,67	78,9

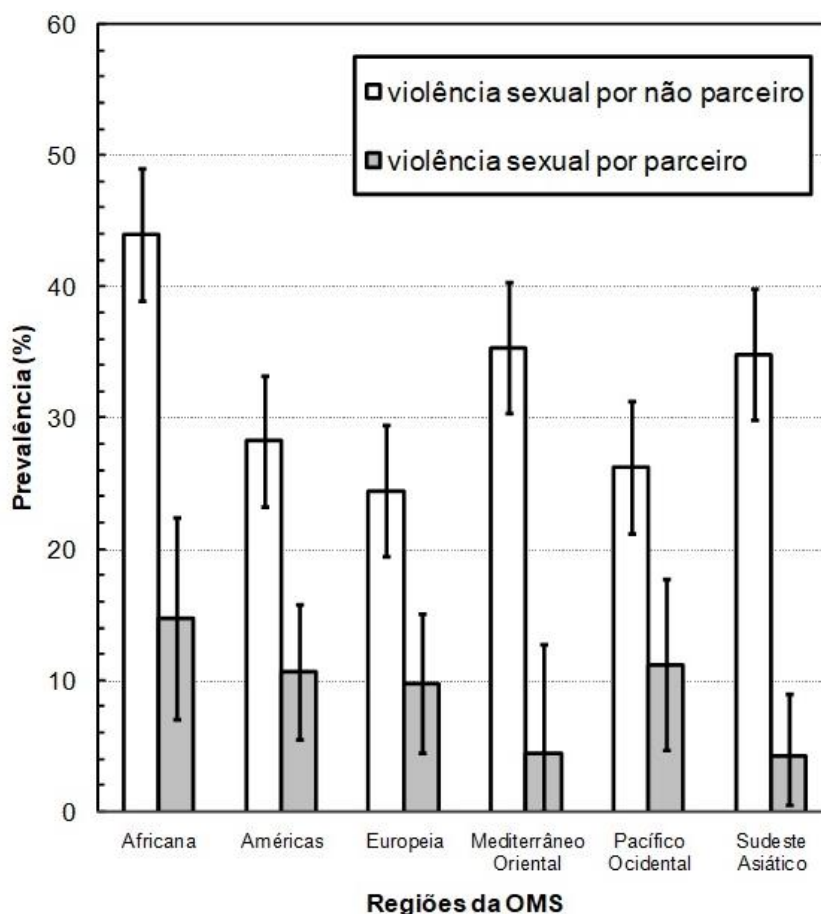
Fonte: Elaboração própria

A região africana teve os piores resultados em todos os 3 índices. As regiões da Europa e Sudeste Asiático tiveram, respectivamente, os menores percentuais de violência por não membros e membros. A região do Mediterrâneo Oriental, por sua vez, obteve os melhores resultados em termos de mortalidade e expectativa de vida.

Em relação à violência por não parceiro, a região africana apresentou as taxas mais elevadas (43,97%). O Mediterrâneo Oriental teve o segundo pior resultado (35,38%). Levando em conta o erro amostral (30,44% - 40,32%), esse grau de violência no Mediterrâneo Oriental é equivalente ao da região do Sudeste Asiático (30% - 39,72%). A região europeia somou o menor percentual (24,43%), mas se a margem de erro for considerada (19,72% - 29,13%), pode empatar com as regiões das Américas (21,67% - 34,88%) e do Pacífico Ocidental (18,35% - 34,13%).

Em relação à violência sexual por parceiro, houve menor prevalência do que a praticada por não parceiro em todas as regiões. Os piores resultados são os da região africana (14,77%), seguidos pelos da região do Pacífico Ocidental (11,17%), cuja margem de erro os coloca em situação de equivalência estatística. O Mediterrâneo Oriental teve o segundo melhor resultado (4,53%), atrás apenas do Sudeste Asiático (4,31%).

Figura 3 – Prevalência de violência sexual contra mulheres por parceiros e não parceiros segundo regiões da OMS, 2010.

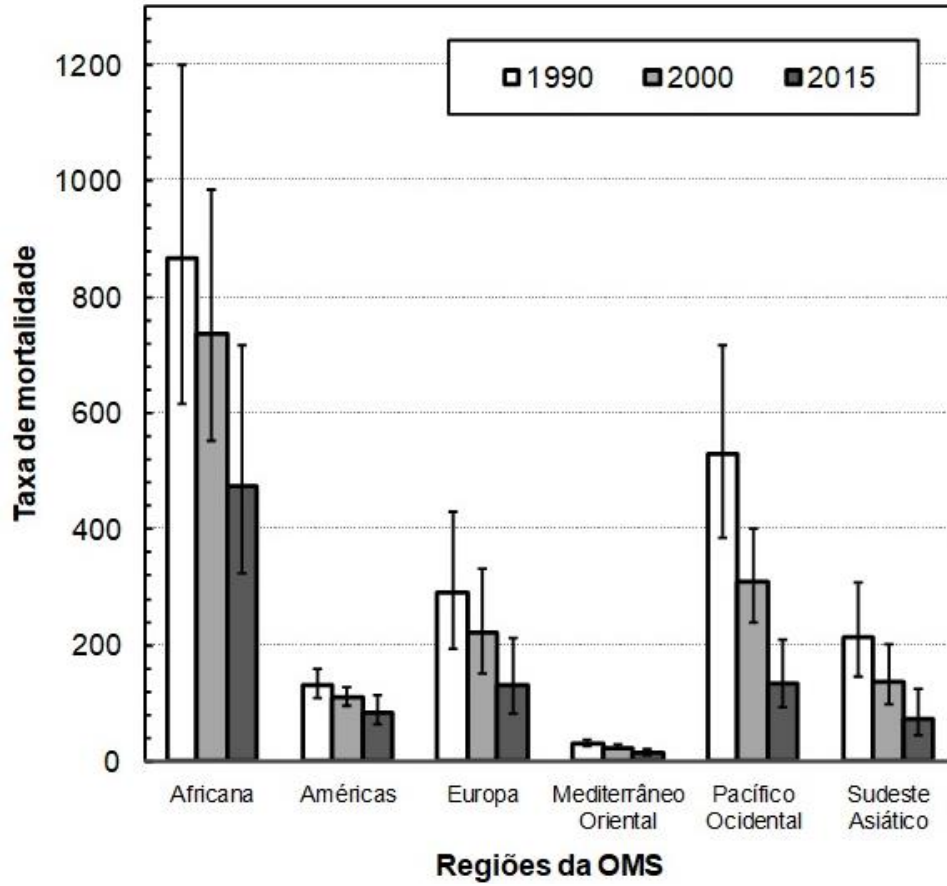


Fonte: Elaboração própria

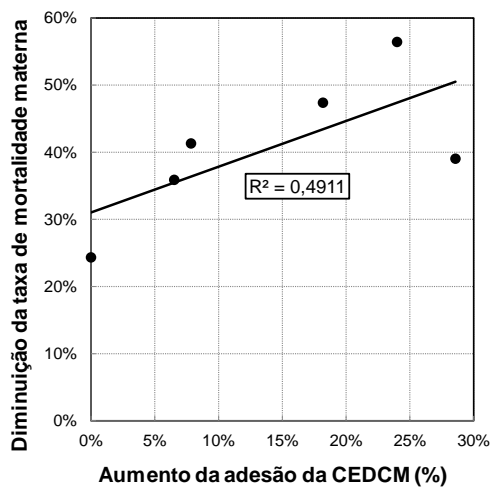
A taxa de mortalidade materna apresentou uma tendência decrescente ao longo do tempo em todas as regiões, como mostra a Figura 4. O pior resultado foi observado na região africana com taxas de 867,5 em 1990, 737,22 em 2000 e 472,83 em 2015. As taxas mais baixas foram encontradas na região do Mediterrâneo Oriental, que variou entre 31,02 (em 1990) e 14,04 (em 2015). A região das Américas também se destacou positivamente, apresentando o segundo melhor resultado.

Os gráficos da Figura 4 mostram os resultados dos índices de correlação, que são $R^2 = 0,4911$ para CEDCM e $R^2 = 0,0643$ para PF-CEDCM. Eles indicam que não há correlação significativa entre a diminuição da taxa de mortalidade e o aumento da adesão a esses tratamentos.

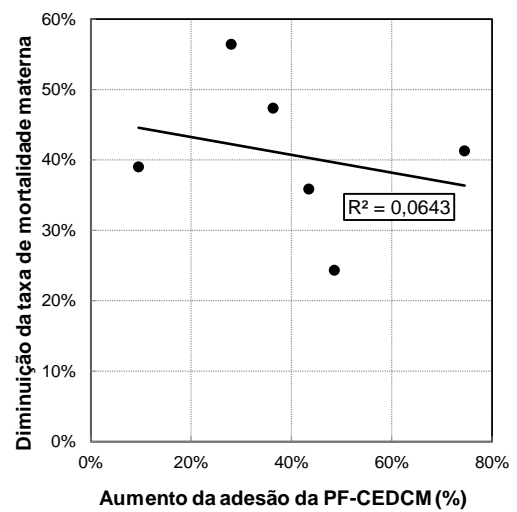
Figura 4 – Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nascidos vivos)



(a)



(b)



(c)

(a) de acordo com as regiões da OMS, 1990-2015

(b) correlação entre a diminuição da taxa de mortalidade materna e o aumento da adesão à CEDCM, 2000-2015

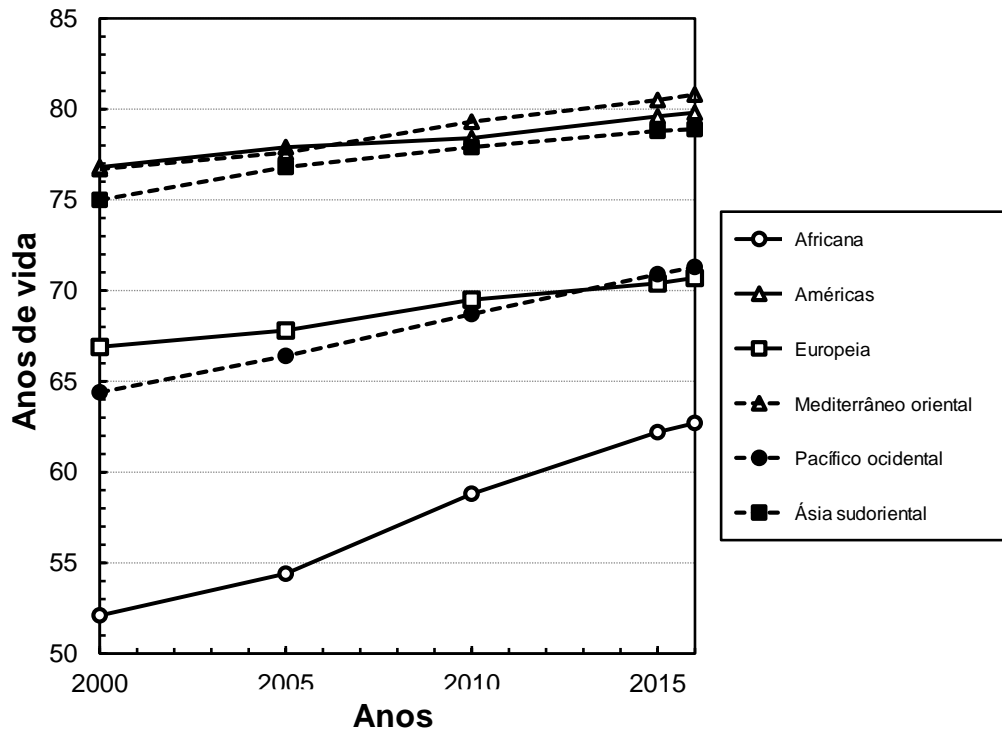
(c) correlação entre a diminuição da taxa de mortalidade materna e o aumento da adesão ao PF-CEDCM, 2000-2015

Fonte: Elaboração própria

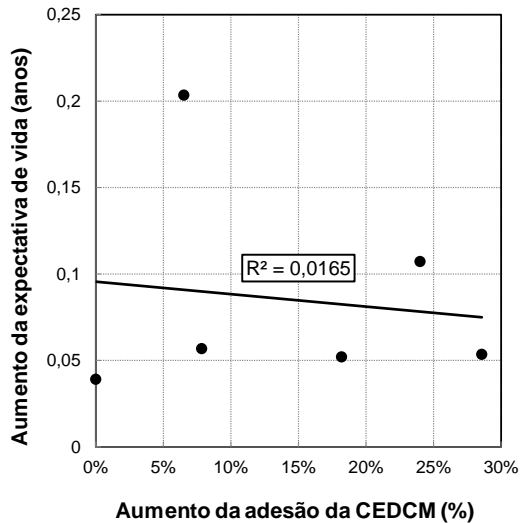
A expectativa de vida aumentou durante o período analisado em todas as regiões. A Figura 5 mostra que a região africana teve o maior crescimento, de 52,1 em 2000 para 62,7 em 2016, um aumento notável em mais de 10 anos. Apesar de ter atingido o maior aumento, ainda apresentou a menor expectativa de vida, com uma distância de 8 anos do segundo pior lugar de 2016, ou seja, a região europeia. A região das Américas, por outro lado, apresentou a menor diferença, totalizando um aumento de 2,8 anos. No entanto, ao longo do tempo observado, manteve os melhores resultados, tendo atingido a maior expectativa de vida em 2000 e 2005. Nos demais períodos, ficou atrás apenas da região do Mediterrâneo Oriental, mas com valores muito próximos que diferiram em média 0,9 anos.

Em relação à correlação entre aumento da expectativa de vida e aumento da adesão à CEDCM e PF-CEDCM, os coeficientes encontrados ($R^2 = 0,0165$ e $R^2 = 0,00008$, respectivamente) indicam que não há associação significativa entre esses fatores.

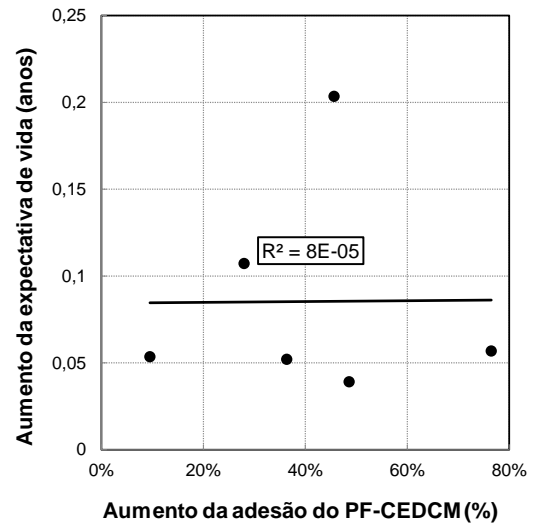
Figura 5 – Expectativa de vida ao nascer para mulheres (anos de vida)



(a)



(b)



(c)

(a) de acordo com as regiões da OMS, 2000-2016

(b) Correlação entre aumento da expectativa de vida e aumento da adesão à CEDCM, 2000-2016

(c) correlação entre aumento da expectativa de vida e aumento da adesão ao PF-CEDCM, 2000-2015

Fonte: Elaboração própria

3.1.4. Relações dos resultados de saúde da mulher com os tratados internacionais

Levando em conta os resultados da pesquisa em relação à violência contra a mulher, a região africana apresentou os piores índices (Tabela 2). No entanto, os dados referentes ao percentual de ratificação da CEDCM e PF-CEDCM na Tabela 1 nesse mesmo ano, indicam que essa região não foi a menos comprometida por esses acordos, mas sim a região do Mediterrâneo Oriental. Quanto à região europeia, embora seja a mais comprometida com a CEDCM e PF-CEDCM, os resultados da violência contra a mulher não são significativamente inferiores aos de outras regiões.

Em relação à mortalidade materna, a região do Mediterrâneo Oriental apresentou as taxas mais baixas. Com relação aos acordos internacionais, foi a que apresentou os menores percentuais no período. A região africana, por outro lado, apresentou as maiores taxas no período. Em 1990 e 2000, os países desta região obtiveram bons resultados em termos de adesão à CEDCM, sendo a segunda região mais comprometida com o tratado. Em 2015, esses países africanos alcançaram 100% de ratificação da CEDCM e 50% pela PF-CEDCM.

Já quanto à expectativa de vida, a região do Mediterrâneo Oriental apresentou os melhores resultados. No entanto, teve a menor taxa de engajamento tanto para a CEDCM quanto para a PF-CEDCM nos anos de 2000, 2005, 2010, 2015 e 2016. O oposto foi verdadeiro para a região africana. Ele tinha a menor expectativa de vida, mas alcançou altas taxas de ratificação para CEDCM e PF-CEDCM.

Portanto, verificou-se que as regiões com maiores graus de adesão à CEDCM e PF-CEDCM não apresentaram os melhores índices de violência, mortalidade e expectativa de vida. Da mesma forma, aqueles com menor adesão a esses tratados não tiveram os piores resultados, portanto não foi identificada uma relação entre a adesão aos tratados e os indicadores de saúde da mulher estudados.

No caso da mortalidade e expectativa de vida, isso foi confirmado pelos testes de correlação em que os baixos valores de R^2 (Figuras 4 e 5) sugerem não haver correlação entre esses fatores.

Esses resultados diferem dos encontrados por Beninger (2014), quando realizou uma análise comparativa do desenvolvimento e implementação da reforma legislativa baseada no artigo 5º da CEDCM (ONU, 1979) para combater a violência doméstica contra a mulher em Gana, Namíbia e África do Sul. As novas leis tiveram um impacto positivo no combate à violência nos três países, mostrando que após a sua entrada em vigor houve um aumento no

número de denúncias de casos de violência. No entanto, o aumento das denúncias não está relacionado à diminuição dos atos de violência contra a mulher. Essa investigação concluiu que as leis davam visibilidade ao problema da violência doméstica, mas não havia evidências de que realmente contribuísse para a mudança social da situação.

Tait et al. (2019) estudaram as relações entre a ratificação da CEDCM e a melhoria nos índices de saúde da mulher e constataram que a efetividade desse pacto não foi uniforme. Foi bastante influente em países de alta renda, mas ineficaz em países de baixa renda e nos não democráticos. Os autores reconhecem que os resultados da saúde da mulher também dependem de outros fatores sociais que não foram levados em consideração, mas que não há como isolar a influência exercida pela ratificação dos tratados nesses indicadores de saúde.

A pesquisa de Cole (2012) examinou os efeitos de quatro grandes tratados de direitos humanos, incluindo a CEDCM. Como resultado, verificou-se que os países que ratificaram a CEDCM com reservas tiveram melhor desempenho em relação aos direitos das mulheres. Para o autor, por um lado as reservas parecem atenuar os objetivos da CEDCM quando condicionam sua aplicação ao respeito à legislação interna vigente (como, por exemplo, no caso de países muçulmanos que se reservaram o direito de não aplicar as disposições da CEDCM na sharia islâmica²), mas por outro lado, a ratificação com reservas torna o compromisso com o tratado mais preciso e honesto.

Outro estudo recente teve como objetivo identificar os efeitos das normas internacionais de direitos humanos, incluindo a CEDCM (SMITH-CANNOY et al., 2020). Os autores também usaram indicadores de saúde da mulher da OMS e trabalharam com dados de todos os países, que foram agrupados em regiões com base em grupos de renda. Dos resultados encontrados, destaca-se que para a maioria das regiões e níveis de renda, as tendências analisadas sugeriram quedas na mortalidade das mulheres nos cinco e dez anos após a ratificação. Em todas as regiões, houve um aumento significativo na expectativa de vida após 10 anos da ratificação. Mas os melhores resultados da CEDCM foram associados a países de alta renda.

O trabalho de Englehart e Miller (2014) afirmou que a CEDCM tem um efeito estatisticamente significativo e positivo sobre os direitos das mulheres, mesmo quando controlado por outros fatores.

Essa análise da produção científica relacionada ao trabalho apresentada neste artigo mostra que nossos achados corroboram o fato de que melhorias nos resultados dos indicadores

² Sistema jurídico do Islã derivado de orientações do Corão.

de saúde da mulher são visíveis nos anos posteriores à ratificação dos tratados. No entanto, correlacionando numericamente esses fatores, não houve evidências de que tais efeitos positivos estivessem vinculados ao evento de ratificação.

Os resultados deste estudo também mostraram que o PF-CEDCM não teve o mesmo apoio internacional que a CEDCM. O PF-CEDCM é uma espécie de braço executivo da CEDCM, pois visa permitir sua efetiva implementação (CAMPBELL, 2016) e não se esperava uma grande diferença no grau de comprometimento entre ambos. Também não se imaginava encontrar as altas taxas de ratificação desses tratados pelos países africanos, pois se sabe que essa região sofreu historicamente graves violações de direitos humanos (SSENYONJO, 2018), mas é surpreendente dos pontos de vista teórico e jurídico sejam altamente comprometidos.

A investigação enfrentou limites. O primeiro foi a falta de dados sobre a violência contra a mulher. Nos bancos da OMS, houve apenas resultados de prevalência em 2010, o que não permitiu observações relacionadas à evolução desses índices ao longo do tempo. Outra limitação residiu no esforço de estabelecer correlações entre adesão à CEDCM e ao PF-CEDCM e as taxas de mortalidade e a expectativa de vida. Esses processos de correlação não são independentes e estão implicados por inúmeras causas, e este estudo não poderia abordar todas elas. Por fim, vale ressaltar que os três indicadores de saúde da mulher utilizados não foram criados com a finalidade de mensurar a prática dos direitos humanos.

Embora os dados utilizados tenham esses limites, eles são bastante consistentes, pois a OMS produz esses indicadores para fornecer um quadro completo da saúde global e utiliza métodos de medição uniformes, o que permite a comparação entre países. Isso garantiu a confiabilidade da pesquisa realizada. Isso se deve ao fato de que o estudo desenvolvido conseguiu apresentar um panorama sistemático e completo da situação da ratificação dos dois principais tratados internacionais de direitos humanos da mulher em cada uma das seis regiões e também correlacionando com as mudanças no perfil de saúde das mulheres nos três indicadores selecionados.

O estudo realizado não mostrou correlação entre adesão à CEDCM e PF-CEDCM e os resultados da violência sexual contra a mulher por parceiros e não parceiros, a taxa de mortalidade materna e a expectativa de vida das mulheres ao nascer. Embora esses indicadores tenham melhorado ao longo do tempo em todas as regiões no período posterior à ratificação de ambos os tratados, não foi possível associar esse progresso ao aumento do número de países que aderiram aos tratados. No entanto, isso não significa que os países devem ser

desencorajados de se comprometerem com acordos internacionais de direitos humanos, mas reconhecer que a ratificação de um tratado representa apenas o início do compromisso com os direitos humanos para a saúde (HSIEH; AMON, 2009; WHO, 2015).

3.2. ESTUDO INFERENCIAL

3.2.1. Panorama do estado de saúde da mulher no Brasil e no mundo

A promoção da saúde constitui compromisso assumido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Para estruturar ações capazes de concretizá-lo, o Ministério da Saúde definiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, revisada em 2014 (BRASIL, 2014). Dentre as diretrizes estratégicas da PNPS, a promoção de direitos humanos foi delineada como tema prioritário por se reconhecer que a equidade é ponto central para a articulação da saúde, o que aponta caminhos não só para a superação de doenças, mas também para a redução de vulnerabilidades, de riscos e de iniquidades em saúde (MALTA et al., 2016, 2018).

No âmbito internacional, há dois pactos que abordam questões relativas aos direitos humanos das mulheres. O primeiro deles, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDCM) (ONU, 1979), foi elaborado no final dos anos 70 na forma de uma declaração de direitos das mulheres (SOUSA; TAVARES; DA ROCHA, 2019), figurando como principal tratado internacional de direitos humanos sobre a igualdade das mulheres (RUDOLF, 2020). Após aproximadamente 20 anos entrou em vigor o Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (PF-CEDCM). Foi estabelecido como uma espécie de braço executivo, contando com a criação de um comitê, com competência para receber notificações e realizar investigações acerca de violações à CEDCM (ONU, 1999).

Dentre as discussões internacionalmente travadas que culminaram nesses pactos, uma delas partiu da preocupação dos países com a saúde da mulher (TAJRA; PONTES; CARVALHO, 2016). O artigo 10, inciso “h” da CEDCM menciona o compromisso de os Estados-Partes adotarem medidas apropriadas para assegurar a saúde e o bem-estar da família, o que inclui a informação e o assessoramento sobre planejamento da família (ONU, 1979).

Estudo recente revelou que os resultados mais positivos acerca da evolução da política do planejamento familiar ocorreram no continente africano, já que neste local a prevalência estimada do uso de contraceptivos registrou os maiores aumentos (CAHILL et al., 2018). No entanto, de acordo com outro estudo que envolveu 77 países de baixa e média renda, a África Ocidental e Central continuam com a menor cobertura de métodos contraceptivos (32,9%), sendo a do sul da Ásia, a da América Latina e a do Caribe, as maiores coberturas (cerca de 70%) (EWERLING et al., 2018).

Indicadores que também são levados em consideração na estratégia global das mulheres são os relativos aos cuidados pré-natais. No Brasil, a assistência às mulheres não segue o padrão normativo de atendimento integral preconizado pelo Ministério da Saúde em 87,5% dos estados (BEZERRA et al., 2018). Especificamente em relação à assistência pré-natal, já foi observado que quando prestada adequadamente, diminui-se os índices de mortalidade materna (FURTADO et al., 2015).

Por este breve panorama do estado de saúde das mulheres no Brasil e no mundo, é possível depreender que a despeito dos avanços já observados ao longo dos últimos anos, ainda há aspectos de desassistência que precisam ser superados (KURUVILLA et al., 2016; SANTANA et al., 2019).

Não há dúvidas de que somente o fato de um país aderir a um tratado internacional que salvaguarda direitos humanos já é em si um avanço, uma vez que fica clara a intenção de se dirigir esforços para adoção de medidas capazes de concretizar os acordos feitos. Contudo, o pacto apenas no campo teórico é aquém das aspirações do campo dos direitos humanos, de modo que surge a necessidade de avaliar a eficácia desses acordos no sentido de promover de fato a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Revisando a literatura, é possível encontrar alguns estudos recentes nessa linha. Já foram estudados os efeitos da CEDCM e da Convenção sobre os Direitos da Criança na saúde desses grupos (SMITH-CANNOY et al., 2020). Os achados demonstraram que o nível de renda dos países afetou os resultados do papel que a CEDCM exerceu na saúde, ou seja, os melhores resultados foram associados a países de alta renda.

A correlação entre a proteção dos direitos econômicos e sociais das mulheres também foi objeto de avaliação e foi encontrada uma associação positiva. A pesquisa concluiu que quando os direitos das mulheres são altamente respeitados há uma probabilidade maior de o país apresentar índices mais elevados de saúde (ALAEI et al., 2019).

Existem ainda pesquisas que envolveram os efeitos desses pactos internacionais em situações particulares de determinados países. Uma delas refletiu sobre o papel exercido pelo comitê da CEDCM nas restrições criminais das Filipinas sobre o aborto (UPRETI; JACOB, 2020), e outra observou como a CEDCM poderia influenciar as cidades americanas a utilizarem a estrutura de direitos humanos para promover o aborto como um direito nos locais de sua jurisdição (PIERSON, 2018).

A pesquisa acadêmica nessa linha ainda é tímida (FARISS; DANCY, 2017) e são poucos os trabalhos que procuram compreender o papel que a CEDCM e o PF-CEDCM exercem nos resultados de saúde das mulheres. Além disso, nenhum dos trabalhos revisados abordou o aspecto do artigo 10, inciso “h” da CEDCM, que menciona a necessidade de satisfação do planejamento familiar. Como a CEDCM (ONU, 1979) valorizou esse ponto, não há dúvidas de que se trata de questão importante para os países comprometidos com este pacto na estratégia da proteção dos direitos humanos das mulheres.

Sendo assim, permanece a questão: será que a partir do momento em que os países se comprometeram com esses dois pactos, de fato os resultados na situação de saúde das mulheres sofreram algum tipo de implicação? Em outras palavras, a ratificação desses tratados internacionais surtiu efeito sobre o estado global de saúde das mulheres? E sobre o assessoramento ao planejamento familiar (já que a CEDCM faz alusão especificamente a esse aspecto)?

Tendo isso em vista, o objetivo do presente artigo consiste em avaliar se a adesão aos pactos internacionais relativos aos direitos humanos das mulheres influenciou o estado de saúde das mesmas, especialmente no que diz respeito ao assessoramento sobre o planejamento da família.

3.2.2. Análise de variância *one-way*

Tratou-se de um estudo ecológico, analítico e quantitativo, no qual foram feitas análises para verificar se as adesões à CEDCM e ao PF-CEDCM produziram efeitos positivos no estado de saúde das mulheres. Foi realizado no segundo semestre de 2019 a partir do banco de dados da OMS que compõem a estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes, do qual foram selecionados 8 indicadores estimados entre os anos de 1993 a 2018. O estudo procurou envolver todos os países que se comprometeram com os tratados. Foram 190

países que aderiram à CEDCM e 115 países que aderiram ao PF-CEDCM. Para tanto, foram utilizadas 2 estratégias de análise.

Como primeira estratégia, trabalhou-se com os países organizados em grupos de renda a partir da classificação do Banco Mundial 2019/2020 (THE WORLD BANK, 2020), que propõe a divisão em 4 categorias: alta, médio-alta, baixo-média e baixa rendas. Dessa forma, foi possível comparar a evolução do estado de saúde das mulheres em relação ao grau de adesão aos pactos internacionais entre todos os grupos de renda. Isso porque, uma das hipóteses iniciais do estudo era a de que países mais ricos tenderiam a apresentar melhores desempenhos em saúde.

O primeiro passo dessa etapa estratégica consistiu em calcular, para cada grupo de renda, a distribuição em percentual dos países de acordo com a divisão regional da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019a). Essa divisão classifica os países em 6 regiões, quais sejam, regiões africana, das américas, europeia, do mediterrâneo oriental, do pacífico ocidental e do sudeste asiático. A intenção era verificar qual o percentual de países da região africana, europeia, das américas, e assim sucessivamente, pertencia aos grupos de alta, média-alta, média-baixa e baixa renda.

O segundo passo, ainda da primeira etapa estratégica, foi descrever a situação de saúde da mulher nos últimos anos. Do banco de dados da OMS relativos à estratégia global de saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019b) foram selecionados os indicadores diretamente relacionados à saúde da mulher, chegando-se aos seguintes:

- taxa de mortalidade materna (MD);
- prevalência de anemia em mulheres em idade reprodutiva (AR);
- prevalência de anemia em mulheres não grávidas (AN);
- prevalência de anemia em mulheres grávidas (AP);
- cobertura de cuidados pré-natais (CC);
- mulheres rastreadas com sífilis durante a gravidez (SP);
- mulheres que têm contato pós-parto com provedor de saúde (PP); e
- mulheres que têm necessidade de planejamento familiar satisfeita (FP).

Esses indicadores foram escolhidos para responder o objetivo da pesquisa, porque representam uma maneira de mensurar o acesso das mulheres à saúde. Funcionam como guia para permitir mudanças no sentido de melhorar a saúde e o bem-estar social das mulheres

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Essa é uma das preocupações mencionadas na CEDCM (ONU, 1979).

Importante destacar o indicador FP que possui uma relação direta com o texto da CEDCM, porque menciona especificamente a adoção de medidas para assegurar a informação e o assessoramento sobre o planejamento familiar. Ele avalia os níveis gerais de cobertura de programas e serviços de planejamento familiar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Para descrever a evolução temporal e a distribuição espacial da MD, foram analisados os dados anuais referentes aos óbitos de 2000 a 2017 em cada grupo de renda. O mesmo procedimento foi feito em relação à AR, à AN e à AP, porém no período de 2000 a 2016.

Os indicadores CC, SP, e PP foram analisados conjuntamente por retratarem cuidados relativos à gestação. Optou-se por retratar a proporção pontual dessas questões em cada região, uma vez que os dados não eram uniformes em relação às datas de aferição, ou seja, cada país apresentava marcos temporais e períodos diversos e em muitos deles com apenas uma medida de referência. Foram calculadas as médias dos dados mais recentes dos países de cada grupo.

Em relação à proporção de FP, a análise considerou os dados mais antigos e os mais recentes de cada país. Fizeram-se as médias desses resultados em relação a cada grupo de renda e obteve-se a síntese evolutiva desse indicador.

Em seguida, passou-se para o terceiro passo, em que se realizou o estudo do progresso da adesão à CEDCM e ao PF-CEDCM por todos os países do mundo. Foram utilizados os dados do Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR, 2019), que apresentavam se o país era ratificante dos pactos e a data em que o compromisso fora firmado. Foi sistematizada uma série temporal com a evolução das adesões nos grupos de renda, sendo o primeiro ponto coincidente com o ano da primeira ratificação e o último, com o da ratificação mais recente.

A segunda estratégia de análise buscou verificar a correlação entre os fatores adesão aos pactos internacionais e a situação de saúde das mulheres a partir da análise dos mesmos 8 indicadores selecionados da estratégia global de saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes.

Foi utilizada a análise de variância *one-way* para verificar se há diferença entre as médias dos valores de cada indicador de saúde das mulheres entre as três classes temporais: cinco anos antes da ratificação do pacto internacional, na data da ratificação e cinco anos após

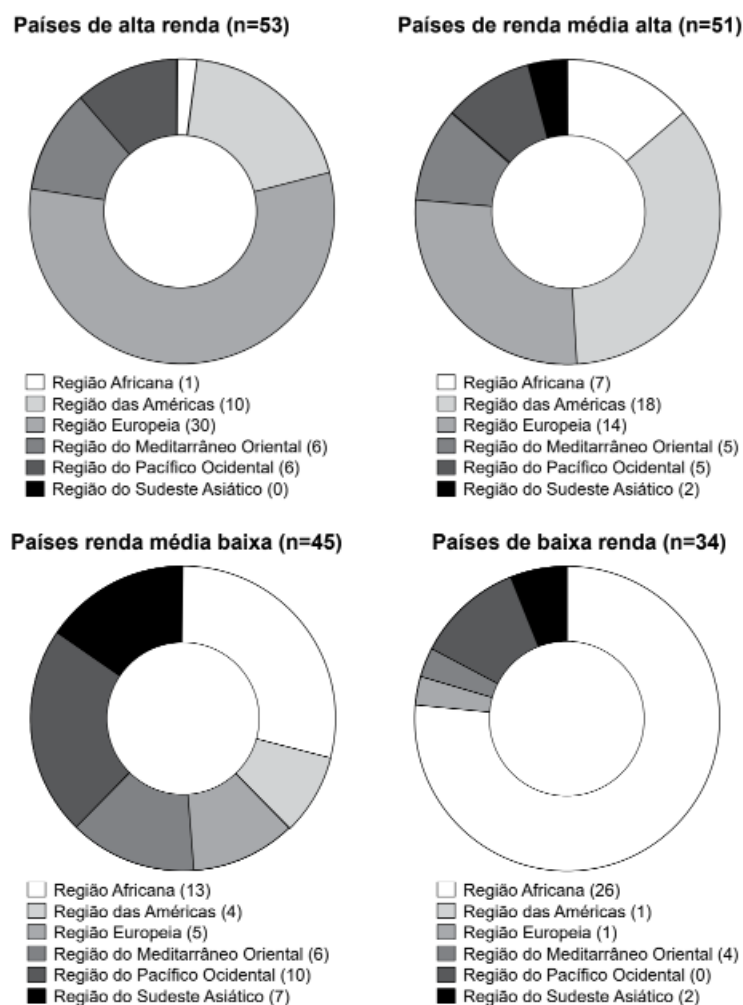
a ratificação. As diferenças nos valores dos indicadores para as três classes foram visualizadas por meio de gráficos Box-Plot. As análises foram realizadas no software R Studio.

Como toda a pesquisa utilizou dados de acesso e domínio públicos, não houve a necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética.

3.2.3. Influências da adesão dos pactos internacionais nos indicadores

Em relação à distribuição das regiões da OMS, os resultados obtidos foram consignados na Figura 6.

Figura 6 – Distribuição dos países por grupos de renda do Banco Mundial segundo a divisão regional da OMS, 2018, n = 183.



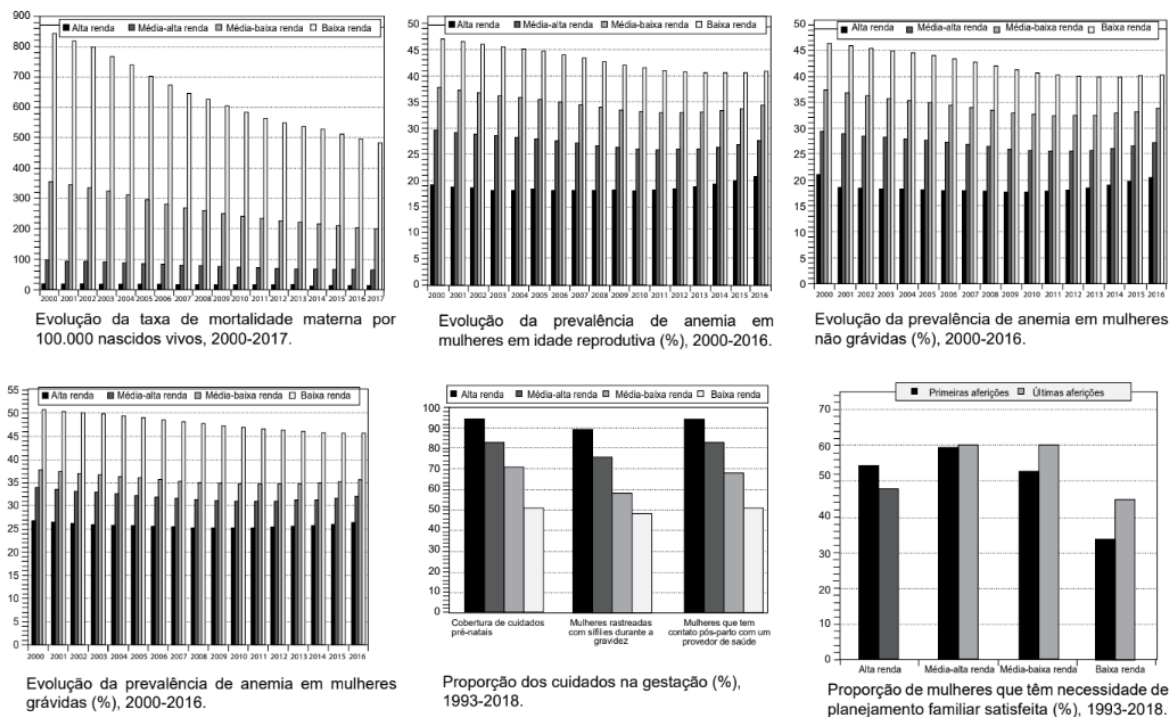
Fonte: Elaboração própria

No grupo de alta renda ($n = 53$), notou-se um desequilíbrio na composição, preponderando substancialmente os países da região europeia, com 57% ($n=30$), ao passo que os países da região africana somaram apenas 2% ($n=1$) e não houve participação do sudeste asiático no grupo. No grupo de média-alta renda ($n = 51$), a maior parte foi ocupada pelos países das américas, com 35% ($n=18$), permanecendo o sudeste asiático com o menor percentual (4%, $n = 2$). O grupo de média-baixa renda ($n = 45$) foi o que apresentou a menor amplitude de distribuição, sendo a região africana a mais prevalente, com 29% ($n=13$) e as menos prevalentes a europeia e as américas, 11% ($n=5$) e 9% ($n=4$), respectivamente. A

distribuição mais desigual foi encontrada nos países de baixa renda (n = 34), com maioria da região africana, que somou sozinha 76% (n=26) do grupo.

Considerando a situação de saúde das mulheres, os achados foram organizados na Figura 7.

Figura 7 – Situação de saúde das mulheres a partir dos indicadores de saúde da OMS segundo a organização dos países por grupos de renda do Banco Mundial, 1996-2018; n = 183 (alta renda: n = 53; média- alta renda: n = 51; média-baixa renda: n = 45; baixa renda: n = 34).



Fonte: Elaboração própria

O gráfico que ilustra a evolução da MD evidencia que todos os grupos de renda apresentaram tendência de declínio. Os países de baixa renda apresentaram os piores resultados, com média de 546,44 mortes por 100.000 nascidos vivos de 2000 a 2017. Suas taxas de MD foram maiores que o dobro dos países de média-alta renda durante todo o período (média de 126,82 mortes por 100.000 nascidos vivos). Essas taxas dos de média-alta foram maiores do que as taxas dos de média-baixa renda em todos esses anos aferidos, que computou taxa média de 221,66 mortes. O menor declínio foi o dos países de alta renda, no entanto foram deles os melhores resultados no geral.

Quanto às AR, AN e AP, embora os melhores resultados tenham sido alcançados pelos países de alta renda, seguidos sucessivamente pelos de média-alta e média-baixa, com os piores resultados para os de baixa renda, as diferenças não foram tão substanciais como as observadas na MD (Figura 7). Isso porque os países de baixa renda apresentaram taxas de MD em média 485% maiores dos que os de alta renda. Já em relação às AR, AN e AP essa diferença foi em média de 213%.

No caso da AR, foi possível perceber decaimento do percentual durante a primeira década de observação com subsequente aumento. Para os países de alta renda, a diminuição se deu até os anos 2009, quando a posterior elevação fez com que em 2016 apresentassem piores resultados em comparação com os de 2000 (20,7% e 18,5%, respectivamente). Os demais grupos, embora também tenham apresentado essa alteração de tendência (para os países de média-alta renda em a alteração da tendência se deu em 2012, para os de média-baixa em 2013 e para os de baixa em 2015), os resultados de 2016 continuaram sendo melhores do que os de 2000 (Figura 7).

A evolução da AN também seguiu a dinâmica de tendência de declínio na primeira década de análise com posterior aumento nos anos seguintes e mais uma vez o grupo dos países de alta renda foi o único em que os resultados de 2016 foram piores do que o de 2000, com diferença de 1,7 pontos percentuais entre eles. Os marcos temporais de mudança de tendência ocorreram nos anos 2010, 2012, 2013 e 2015 para os países de alta, média-alta, média-baixa e baixa rendas, respectivamente (Figura 7).

Na AP, embora se tenha percebido mudança de tendência durante o período em 3 dos 4 grupos de renda, a oscilação foi menor do que nas mulheres em idade reprodutiva e nas não grávidas e em nenhum dos grupos foi registrada piora no final do período. A exceção se deu para o grupo dos países de baixa renda em que houve diminuição da AP durante todo o tempo de observação. Em termos de evolução, os países de alta renda permaneceram no mesmo patamar, uma vez que em 2000 totalizaram 26,8% e em 2016, 26,3%. Os de média-alta renda iniciaram com 33,9% e ao final registram 31,9%. Já os de média-baixa tinham 37,8% em 2000 e 35,5% em 2016. Os de baixa renda apresentaram o menor decréscimo, com 50,7% na primeira aferição e 45,6% na última. As alterações de tendência ocorreram em 2011 nos países de alta renda e em 2012 tanto nos de média-alta quanto nos de média-baixa rendas (Figura 7).

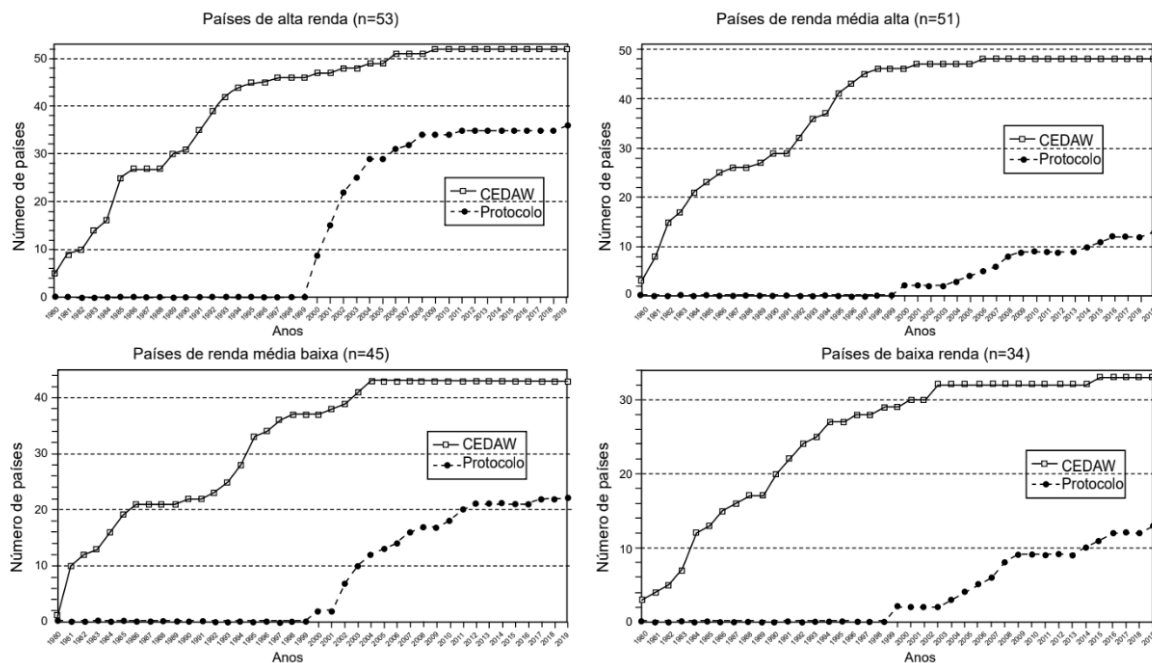
Os resultados da proporção dos cuidados na gestação foram diretamente proporcionais à faixa de renda, ou seja, quanto maior a renda, maiores os percentuais dos cuidados. Os países

de alta renda totalizaram altos percentuais nos três indicadores, perfazendo respectivamente 93,7%, 88,6% e 93,9% na CC, nas SP e nas PP. Os países de média-alta renda também apresentaram bons resultados, com percentuais acima de 82% na CC e nas PP e de 75,1% nas SP. Os países de média-baixa renda também obtiveram os piores percentuais em relação às SP, com 58,5%, já os 2 outros indicadores marcaram em torno de 70%. Os piores resultados foram dos países de baixa renda, que nos 3 indicadores os percentuais marcaram aproximadamente 50% (Figura 7).

Por fim, os resultados relativos às FP demonstraram que houve melhoria na proporção dessa cobertura em todos os grupos de renda. O melhor resultado foi encontrado nos países de alta renda, com percentuais de 67,8% nas primeiras aferições e 71% nas últimas. O resultado mais baixo se referiu aos países de baixa renda, que, no entanto, totalizou a maior diferença observada, saindo de 33,4% para 44,7%. Os registros mais recentes dos países de média-alta e média-baixa rendas foram semelhantes, ambos em torno de 60%, sendo que a oscilação dos de média-alta foi de apenas 1,2 pontos percentuais, ao passo que a dos de média-baixa foi de 7,5 pontos percentuais (Figura 7).

Sobre a ratificação dos pactos internacionais (Figura 8), os resultados apontaram que atualmente (até 2019) há ampla adesão da CEDCM, com resultados próximos à totalidade dos países em todos os grupos de renda, com 88,89% de adesão. Já o PF-CEDCM apresentou índices menores, com 42,42% de adesão.

Figura 8 – Evolução da adesão ao CEDCM e ao Protocolo PF-CEDCM, segundo a organização dos países por grupos de renda do Banco Mundial, 1980-2019.



Fonte: Elaboração própria

No caso dos países de alta renda, apenas 1 país não ratificou a CEDCM e é possível dizer que em termos de evolução o maior crescimento ocorreu entre 1984 e 1985, quando o número de países aderentes aumentou 17 pontos percentuais. Nos demais intervalos do período, destacaram-se os anos de 1981, 1983, 1991 e 1992 que registraram 7,5 pontos percentuais a mais no número de adesão em relação aos anos imediatamente anteriores. Em relação ao PF-CEDCM, o maior aumento ocorreu nos anos 2000, com a adesão de 9 países, que representam 17% dos países desse grupo. No ano seguinte, em 2001, o aumento também foi importante, de 13,2 pontos percentuais, e nos anos subsequentes, até 2007, o avanço foi de 2 pontos percentuais em média (Figura 8).

Já o grupo dos países de média-alta renda apresentou a maior dicotomia entre a ratificação da CEDCM e do PF-CEDCM: 68,6 pontos percentuais de diferença de adesão no ano de 2019. Também foi o grupo com menor grau de adesão ao PF-CEDCM em termos percentuais (25,5%). Quanto ao grau de elevação da ratificação da CEDCM, os maiores registros ocorreram nos anos de 1981 e 1982, com aumentos respectivos de 9,8 e 13,7 pontos percentuais. Sobre o PF-CEDCM, considerando o marco inicial dos anos 2000, o crescimento

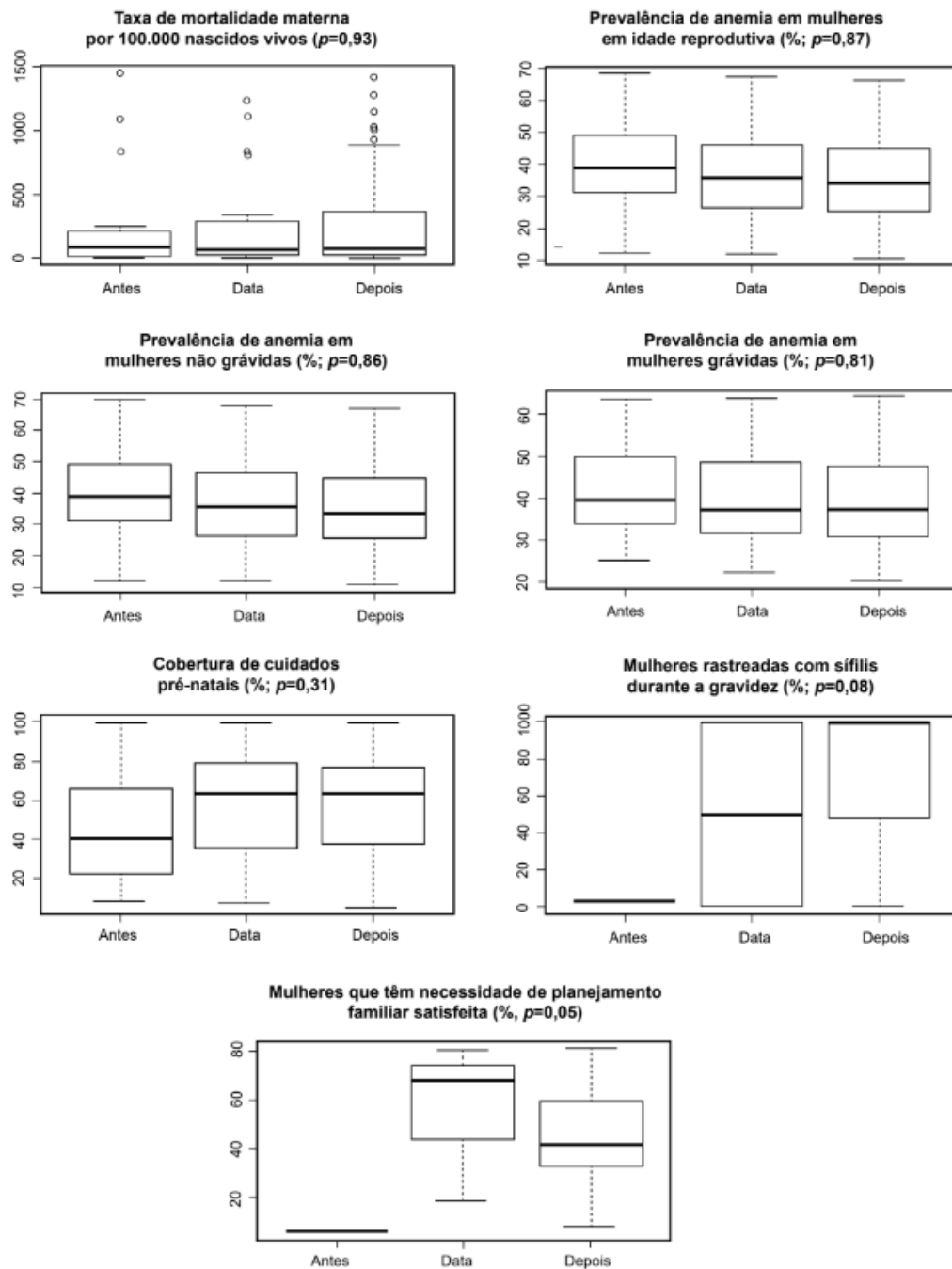
se deu de maneira mais uniforme, em média de 0,6 adesão por ano, não havendo picos relevantes de aumento.

Os resultados dos países de média-baixa renda mostraram que nesse grupo houve o maior grau de ratificação da CEDCM logo no início, com adesão de 20% dos países no ano de 1981, que foi, inclusive, o maior aumento de todo o período. O segundo maior aumento, de 11,1 pontos percentuais, ocorreu no ano de 1995. As adesões ao PF-CEDCM tiveram como picos de crescimento o ano de 2002, com registro de aumento de 11,1 pontos percentuais e em seguida o ano de 2003, com aumento de 6,7 pontos percentuais. Os anos posteriores não apresentaram oscilações importantes, registrando em média um crescimento de 0,75 de adesão por ano (Figura 8).

Considerando os países de baixa renda, o destaque de crescimento de adesão à CEDCM se deu no ano de 1985, que registrou aumento de 14,7 pontos percentuais. Nos demais intervalos temporais, houve oscilação crescente de 3,5 pontos percentuais em média. O PF-CEDCM apresentou baixa adesão no geral, com ratificação de menos da metade dos países do grupo (38,2%). No geral, a evolução da adesão ao PF-CEDCM se deu de maneira constante, sem picos de crescimento significativos, registrando em média aumento de 0,65 de adesão por ano, a partir dos anos 2000.

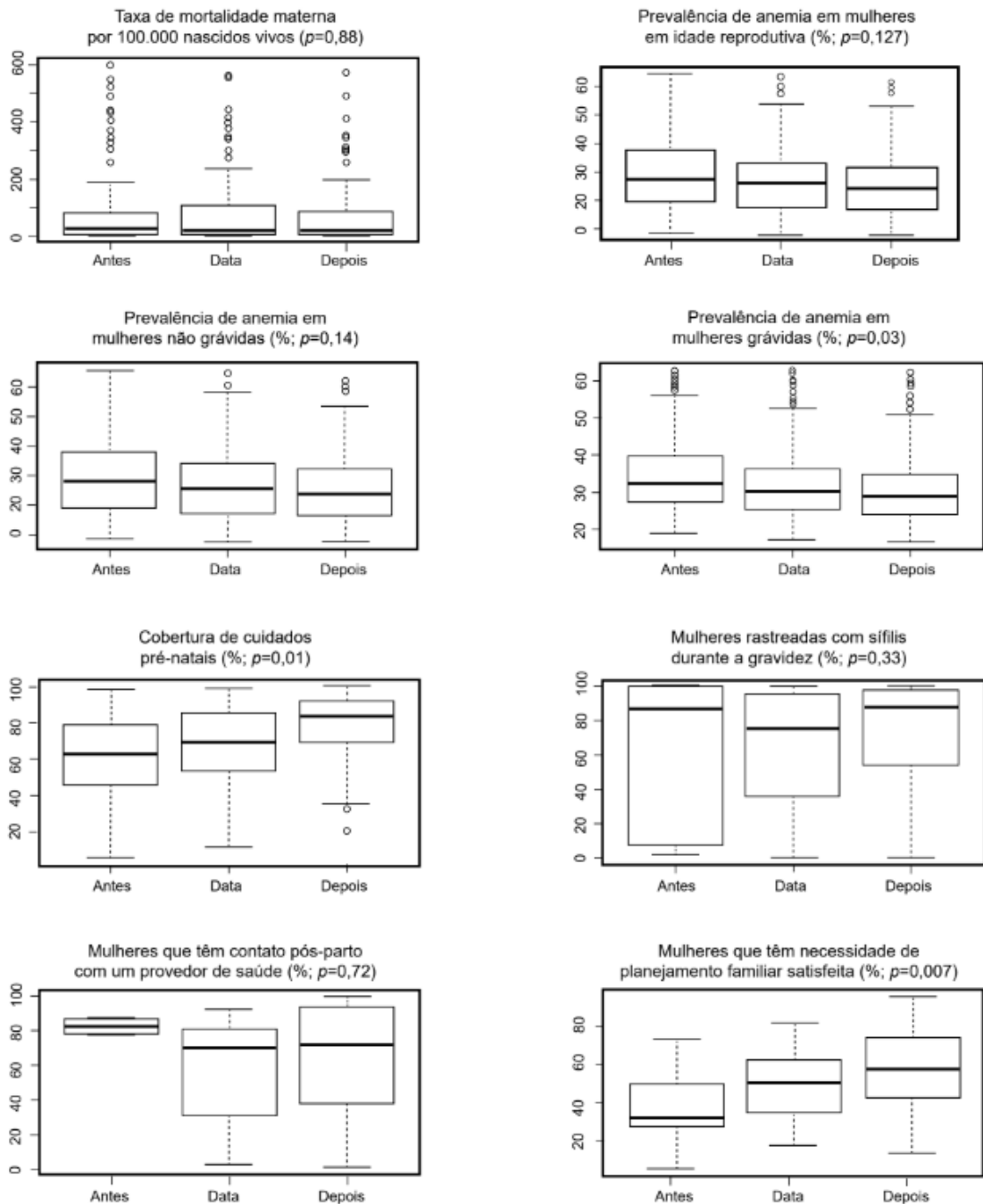
Os resultados dos testes estatísticos da correlação entre a adesão aos pactos e os indicadores de saúde das mulheres foram consignados nas Figuras 9 e 10.

Figura 9 – Médias dos indicadores de saúde das mulheres de todos os países nos 5 anos anteriores e 5 anos posteriores a adesão à CEDCM.



Fonte: Elaboração própria

Figura 10 – Médias dos indicadores de saúde das mulheres de todos os países nos 5 anos anteriores e 5 anos posteriores a adesão ao PF-CEDCM.



Fonte: Elaboração própria

Sobre a CEDCM, a Figura 9 mostra que somente o indicador FP apresentou diferença significativa entre os 3 períodos (p -valor=0,05). O p -valor dos demais indicadores sugere que a diferença não é significativa para os outros casos. Já em relação ao PF-CEDCM (Figura 10),

na AP e na CC houve significância na diferença (p-valor=0,03 e 0,01, respectivamente). No indicador FP as diferenças foram muito significantes (p-valor=0,007).

3.2.4. Reflexões acerca da relação entre os pactos e os resultados dos indicadores

A situação de saúde das mulheres estudada a partir da organização dos países por grupos de renda mostrou que índices mais satisfatórios foram alcançados pelos grupos de alta renda, seguidos sucessivamente pelos de média-alta, média-baixa e baixa renda. Estudos já apontavam a relação entre o nível de renda e o status de saúde no âmbito individual (BENZEVAL; JUDGE, 2001; LIM et al., 2016; WILLIAMS et al., 2018). Essa relação também acontece no âmbito macro, ou seja, os países com os maiores status de renda apresentaram em média melhores parâmetros de saúde da mulher, o que confirma a nossa hipótese inicial a esse respeito.

Considerando a distribuição das regiões da OMS, é possível inferir que esses parâmetros de saúde da mulher mais elevados se referem aos países da região europeia, ao passo que os mais baixos, aos da região africana. Esses resultados vão ao encontro de estudo anterior (LI et al., 2019), no qual foi feita uma comparação em escala global entre os níveis de saúde de Estados membros da iniciativa do Cinturão e Rota, que abarca países da Europa, da Ásia, da África e da Oceania. A análise envolveu os indicadores de saúde da lista de referência global de 2018 da OMS. Os autores demonstraram que a Europa possui um bom estado de saúde em geral, maior do que os demais, ao passo que a África, um status inferior.

Quando se compara o grau de ratificação da CEDCM entre os grupos de renda, chamou a atenção o equilíbrio entre todos eles, com amplo grau de adesão, acima de 90% em todos os grupos. Esses altos índices de adesão foram contabilizados pelo menos desde 2005 nos 4 grupos e não se notou alteração substancial de tendência na evolução dos indicadores relativos à MD e às AR, AN e AP. Ressalta-se que não há falar em tendência dos indicadores CC, SP, PP e FP a partir deste estudo, diante da ausência de dados suficientes para analisar suas evoluções no tempo.

Já o PF-CEDCM tem um nível de ratificação menor e uma maior disparidade entre os grupos: apenas o grupo de alta renda tem a maior parte dos países comprometidos com o PF-CEDCM, com 67,9% de adesão, enquanto os demais não chegam a alcançar a maioria como ratificante. O grupo com menor grau de ratificação é o de média-alta renda, com 25,5%. O de média-baixa computou 48,9% de adesão e o de baixa, 38,2% de adesão. Isso significa que o

grupo mais comprometido com o PF-CEDCM foi o que apresentou os melhores resultados de saúde da mulher, mas a recíproca não se confirmou verdadeira, já que os segundos melhores resultados de saúde foram do grupo de média-alta renda, os quais foram os menos comprometidos com o PF-CEDCM.

Essa primeira análise comparativa sugere que a diferença dos resultados no estado de saúde das mulheres está mais afetada pelo nível de renda dos países do que pelo grau de comprometimento que possuem com os pactos internacionais dos direitos humanos das mulheres.

Os testes estatísticos de correlação que foram feitos neste estudo auxiliaram no aprofundamento dessa primeira análise. De fato, em relação à MD e às AR, AN e AP, não foi encontrada associação significativa com o fator comprometimento com a CEDCM. Em relação ao PF-CEDCM, houve 2 indicadores que apresentaram correlação significativa na diferença dos resultados de saúde após o comprometimento com o pacto internacional: AP e CC.

No caso da MD, os resultados mostraram que ela reduziu em todos os grupos de renda. Estudo anterior já divulgava uma tendência de declínio global, com taxa anual contínua de 2,3% de redução, com diminuição do número de mortes maternas no mundo de 385 por 100.000 nascidos vivos em 1990 para 216 em 2015 (ALKEMA et al., 2016). No entanto, este estudo comprovou que nem o comprometimento internacional com a CEDCM, tampouco o com o PF-CEDCM influenciaram nessa tendência.

Em relação à anemia, essa deficiência foi uma das 328 causas de ônus global de doenças, lesões e fatores de risco avaliadas no Estudo Global da Doença (GBD) de 2016 (VOS et al., 2017). No período de 1990 a 2006, figurava como a 3ª principal causa para anos vividos com incapacidade (YLD) na avaliação da variação percentual média em termos numéricos e no período seguinte, de 2006 a 2016, houve uma pequena queda de 4,4%, passando para a 4ª causa principal. Neste trabalho, estudou-se especificamente em relação à anemia das mulheres. Embora esse não fosse o recorte do GBD 2016, que trabalhou com anemia em todas as idades e sem distinção de gênero, os dados da anemia das mulheres também estavam implicados nos achados. Outro trabalho (YANG; LIU; ZHA, 2018) analisou o caso da anemia em mulheres não grávidas em países de baixa e média renda, mostrou que houve reduções dos dados coletados entre 2000 a 2014, que variaram de 0,49 a 2,59 pontos percentuais na maior parte dos países estudados, apesar de a prevalência total ainda ser considerada grave. Os autores

encontraram níveis maiores de AP nas populações com baixo status socioeconômico, o que também foi apontado pelos nossos achados.

Dentre os diversos fatores que contribuíram para a redução desses números, os resultados revelaram que a CEDCM em nada influenciou nessas mudanças e o PF-CEDCM pode ter influenciado na redução da AP, como sugere o baixo p-valor calculado. No entanto, não foi encontrada relação com a diminuição da AR e da AN.

Quanto à CC, embora os dados desse estudo não permitam inferir a tendência no tempo, um estudo (MOLLER et al., 2017) demonstra que a cobertura mundial estimada de consultas pré-natais aumentou 43,3% no período de 1990 a 2013. Em seus achados, os autores constataram desigualdades substanciais na cobertura entre as regiões e os grupos de renda, destacando-se negativamente a África Subsaariana com CC precoces de menos de 50% em 2013, o que também é corroborado pelos nossos resultados. Dentre os variados fatores que os autores citam como determinantes (renda, idade, raça, etnia, localização geográfica) não se considera o grau de comprometimento com pactos internacionais de direitos humanos.

Os resultados desta pesquisa demonstram que o PF-CEDCM pode ter influenciado para o avanço mundial da cobertura, uma vez que o baixo p-valor encontrado sugere a associação estatística entre esses fatores. É importante pontuar que apesar de os números em relação à cobertura pré-natal terem melhorado ao longo dos últimos anos, ainda estão aquém das recomendações da OMS (MBUAGBAW et al., 2015).

O único indicador cujo resultado do teste de correlação resultou significativo para ambos os pactos foi o concernente às FP. É bem verdade que no caso da CEDCM, houve uma limitação do estudo em virtude do n baixo quanto aos dados disponíveis. Contudo, tal não ocorreu na análise do PF-CEDCM e a associação foi a mais relevante estatisticamente de todos os casos analisados, com um p-valor baixo o bastante (0,007) para apontar uma correlação entre a melhoria da resposta à FP com a adesão dos países ao PF-CEDCM.

Das menções que a CEDCM (ONU, 1979) faz à saúde das mulheres, uma delas acontece no artigo 10, alínea “h” que diz que os Estados-Partes deverão adotar medidas apropriadas para assegurar a saúde e o bem-estar da família, incluindo a informação e o assessoramento sobre o planejamento da família. Portanto a questão do planejamento familiar foi colocada como uma preocupação específica da CEDCM e os resultados do nosso estudo mostraram que houve efeitos positivos no que diz respeito à evolução do indicador FP após a adesão dessa convenção.

As outras 2 alusões à saúde no CEDCM são: no preâmbulo, mostrando que a preocupação com a saúde da mulher é um dos motivadores do pacto, ou seja, uma previsão genérica; e no artigo 12, dizendo respeito à proteção da saúde da mulher em relação à segurança das condições de trabalho.

A menção no preâmbulo não parece ter tido força política nos países a ponto de influenciar o cenário do estado geral de saúde das mulheres, uma vez que dos 8 indicadores estudados para cada pacto (ou seja, 16 testes de correlação), apenas 4 demonstraram relevância estatística. Por outro lado, na previsão específica da CEDCM orientada a uma dada política, no caso a do planejamento familiar, houve a associação.

Nesse sentido, em termos de promoção de saúde das mulheres a mera alusão genérica a compromissos de saúde nos tratados internacionais não parece ser estratégia eficaz, já que não geraram diferenças significantes no comportamento dos dados. Em contrapartida, eles podem ser instrumentos de promoção de saúde quando estabelecem em seu texto compromissos diretos e específicos relacionados a uma determinada política, como no caso do planejamento familiar analisado nesse estudo.

A contribuição desse estudo, portanto, consiste em estimular os países a estabelecerem políticas internacionais de saúde precisas, com a previsão de ações determinadas de promoção para que tenham maiores chances de promover melhores resultados.

Sobre o artigo 12, não é possível tecer considerações a partir deste estudo, uma vez que os indicadores utilizados não revelam dados relativos ao campo da saúde da mulher no trabalho.

A pesquisa enfrentou limitações. A primeira deles recaiu sobre a provável existência de outras variáveis capazes de influenciar os efeitos do comprometimento com os tratados na saúde das mulheres (MBUAGBAW et al., 2015). Os processos para estabelecer essas correlações não são independentes, porque são implicados por múltiplas causas. Outro limite foi o fato de os indicadores utilizados não terem sido criados com a finalidade de mensurar especificamente a prevalência de práticas de direitos humanos. Também foram encontradas limitações em relação ao tamanho de algumas amostras do banco de dados elaborado para a análise da correlação entre a ratificação do CEDCM e a situação de saúde das mulheres, com n baixo principalmente em relação aos indicadores PP e FP. Por fim, outra limitação foram as aproximações temporais de até 3 anos feitas nesse mesmo banco de dados nas 3 classes temporais.

4. EFEITOS NA SAÚDE DA CRIANÇA

Mas se me visse de noite uma mulher. Se ela segurasse no colo o filho. E dissesse: cure meu filho. Eu diria: como é que se faz? Ela responderia: cure meu filho. Eu diria: também não sei. Ela responderia: cure meu filho. Então – então porque não sei fazer nada e porque não me lembro de nada e porque é de noite – então estendo a mão e salvo uma criança. Porque é de noite, porque estou sozinha na noite de outra pessoa, porque este silêncio é muito grande para mim, porque tenho duas mãos para sacrificar a melhor delas e porque não tenho escolha. (LISPECTOR, 1998, p. 66).

4.1. O PROTOCOLO OPCIONAL DA CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (CDC) entrou em vigor na ordem internacional em setembro de 1990. É um instrumento jurídico notável e influenciou constituições, legislação em geral, decisões judiciais, políticas públicas e o trabalho de organizações internacionais (TOBIN, 2019). Os países que aderem à CDC estão comprometidos com a proteção das crianças e os cuidados necessários ao seu bem-estar e devem tomar medidas legislativas e administrativas para garantir isso (JANCIC, 2016).

Especificamente em relação à saúde, o artigo 24 da CDC estabelece que os Estados Partes reconhecem o direito da criança ao gozo do melhor padrão possível de saúde e serviços destinados à recuperação e tratamento de doenças. Também menciona os esforços que devem ser feitos para combater a desnutrição e as doenças relacionadas aos cuidados básicos de saúde. Outros 10 artigos da CDC mencionam a saúde da criança como fator importante para a adoção de medidas (UN, 1990).

Isso demonstra que a questão da saúde é amplamente abordada no CDC. Os Estados Partes comprometem-se não apenas com a proteção contra a privação de acesso aos serviços de saúde, mas também com o acesso, isto é, identificando e eliminando barreiras financeiras, institucionais e culturais (TOBIN, 2019).

A CDC tem três protocolos opcionais, bem como outros tratados internacionais de direitos humanos. Um relacionado ao envolvimento de crianças em conflitos armados, outro à venda, pornografia e prostituição infantil, e um terceiro relacionado aos procedimentos de comunicação. Os protocolos funcionam como normas adicionais e são válidos apenas para as

partes que os aceitam (CRIVELLI, 2020). Somente os países que aderem ao CDC podem se comprometer com seus protocolos opcionais. Mas estes têm uma certa autonomia, porque um país pode aderir à CDC mas não ratificar os protocolos, ou ratificar apenas um deles.

O Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança sobre um Procedimento de Comunicação (PF-CDC) trata de um comitê que exercerá jurisdição em relação às violações dos direitos da CDC e dos outros dois protocolos. É um instrumento, portanto, não de criação de direitos, mas de garantias. O PF-CDC prevê mecanismos capazes de solucionar conflitos e violações que eventualmente podem ser comunicados ao comitê (UN, 2012).

A existência de instrumentos legais na ordem internacional que protegem a saúde da criança é, sem dúvida, um avanço notável. No entanto, é necessário saber se esses compromissos têm algum efeito em termos de realização da proteção legal. O fato de os países se tornarem parte de um acordo internacional, aceitando padrões internacionais de saúde infantil, os motiva a implementar esforços para cumprir as obrigações decorrentes desses padrões?

Para responder a essa pergunta, existem vários caminhos possíveis e existe um estudo (WRIGHT et al., 2021) que observou a evolução do baixo peso de crianças menores de cinco anos e a taxa de mortalidade infantil no período de 1990 a 2009. Outro estudo (PALMER et al., 2009) trabalhou com indicadores de mortalidade infantil menor de cinco anos e mortalidade materna para testar a associação entre a homologação da CDC e a melhora desses indicadores. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos indicadores entre os países que ratificaram o tratado e os que não o fizeram.

A literatura carece de mais pesquisas sobre os efeitos dos compromissos internacionais na saúde infantil e este trabalho pretende contribuir nesta questão. Assim, o objetivo deste estudo é verificar os efeitos do PF-CDC sobre as causas de morte infantil.

4.2. MÉTODO DE ANÁLISE

Este estudo utilizou métodos estatísticos para verificar os efeitos do PF-CDC nas causas de morte infantil. Primeiro, calculou-se a porcentagem de países que ratificaram a CDC e a porcentagem daqueles que aceitaram o PF-CDC, o que foi feito a partir das bases de dados do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR,

2021b). O banco cobre todos os 198 países. Desses 198, usamos os 194 países reconhecidos pela OMS, pois organizamos os resultados por regiões da OMS para ver o percentual de ratificação e adesão em cada área. Existem seis regiões da OMS: África (47 países), Américas (35 países), Mediterrâneo Oriental (21 países), Europa (53 países), Sudeste Asiático (11 países) e Pacífico Ocidental (27 países) (WHO, 2021) .

Em relação às causas de óbitos infantis, trabalhamos com o indicador número de óbitos por causa específica, entre crianças com idade, cinco anos, do repositório de dados do Observatório Mundial da Saúde da OMS, que contém 13 itens:

1. HIV/AIDS,
2. doenças diarreicas,
3. sarampo,
4. meningite/encefalite,
5. malária,
6. infecções agudas do trato respiratório inferior,
7. prematuridade,
8. asfixia de nascimento e trauma de nascimento,
9. sepse e outras condições infecciosas do recém-nascido,
10. outras condições transmissíveis, perinatais e nutricionais,
11. anomalias congênitas,
12. outras doenças não transmissíveis, e
13. lesões.

Cada item contém dados anuais sobre o número de mortes infantis de todos os 194 países no período de 2000 a 2017 (WHO, 2021).

Para analisar os efeitos do PF-CDC aplicamos a análise de variância unidirecional (BEWICK; CHEEK; BALL, 2004). Para esta análise, dividimos os 194 países em dois grupos: países aceitantes e não aceitantes do PF-CDC. Para cada grupo, foram calculadas as médias de óbitos infantis em seus respectivos países para os anos de 2002, 2007, 2012 e 2017, o que deu origem a seis comparações possíveis (comparações dois a dois, independentemente da ordem). O p-valor resultante da análise de variância *one-way* indicou se houve diferença entre as médias de óbitos infantis nos anos comparados. Consideramos p-valores inferiores a 0,05 como uma diferença significativa. Esses resultados foram apresentados na escala logarítmica.

Também observamos as séries temporais para cada causa de morte ao longo dos anos de 2000 a 2017. Os países foram divididos nos mesmos dois grupos de países aceitantes e não aceitantes do PF-CDC. Construímos gráficos de dispersão com valores absolutos e com valores relativos para cada causa de morte infantil para inferir a tendência na evolução do número de óbitos.

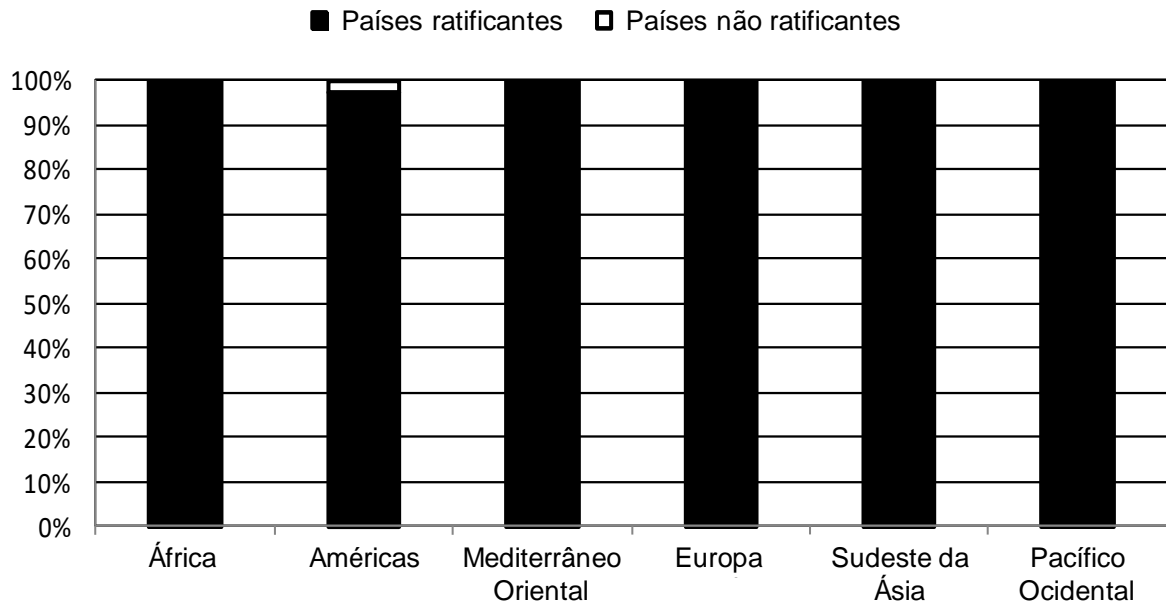
A análise de variância *one-way* assume que as observações são independentes e foram selecionadas aleatoriamente de uma população média com variâncias iguais (BEWICK; CHEEK; BALL, 2004). O limite desta pesquisa consiste no não atendimento dessas premissas assumidas.

Todos os dados utilizados neste trabalho são secundários e públicos.

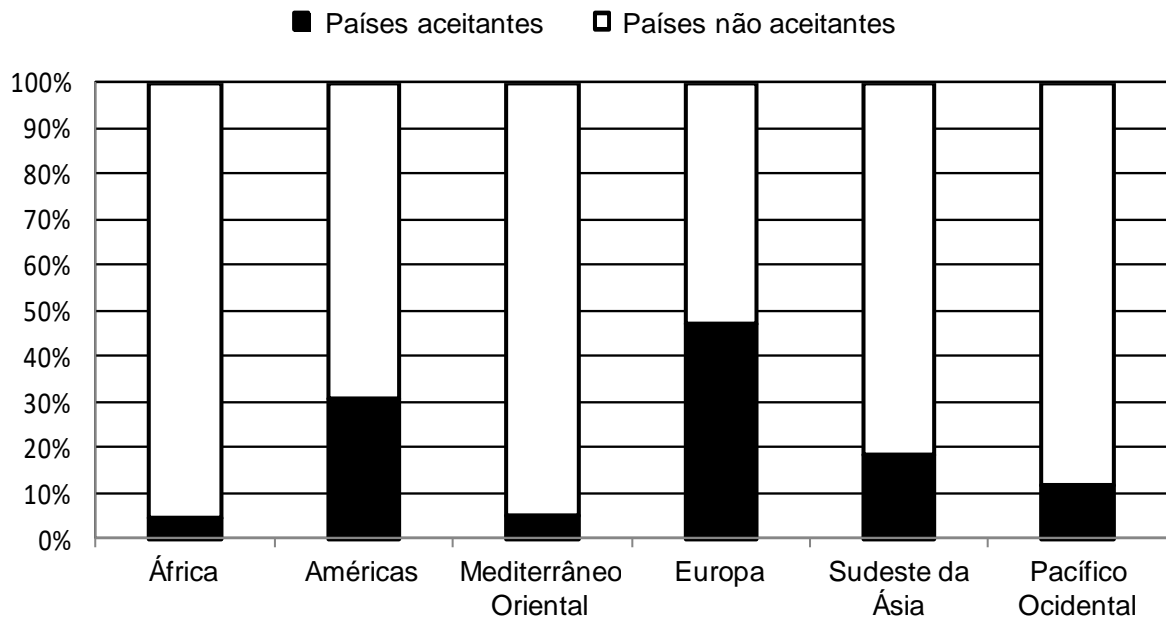
4.3. COMPARAÇÃO DOS INDICADORES ENTRE OS PAÍSES RATIFICANTES E OS NÃO RATIFICANTES

O CDC tem uma adesão expressiva, conforme mostra a Figura 11 (a). O único país do mundo que não o ratificou foram os Estados Unidos (EUA) e, por isso, a região das Américas responde por 97% da adesão, enquanto todos os demais respondem por 100%.

Figura 11 – Distribuição da ratificação por países da Convenção sobre os Direitos da Criança (a) e aceitação de comunicações individuais e procedimento de consulta (b), por regiões, N = 194, 2020.



(a)



(b)

Fonte: Elaboração própria

O OPCP possui um número menor de aceitadores em todas as regiões em comparação ao CDC. A Figura 11 (b) indica que África e Pacífico Ocidental são as regiões com os níveis mais baixos de compromisso, respectivamente 4% e 11%. A Europa é a região com o maior número de países aceitando OPCP, com 47% de aceitação.

A Tabela 3 apresenta os resultados da variância *one-way*.

Tabela 3 – Variância *one-way* do logaritmo decimal em relação ao número de óbitos infantis nos países que aceitam (N = 44) e nos países que não aceitam (N = 150), 2002–2017.

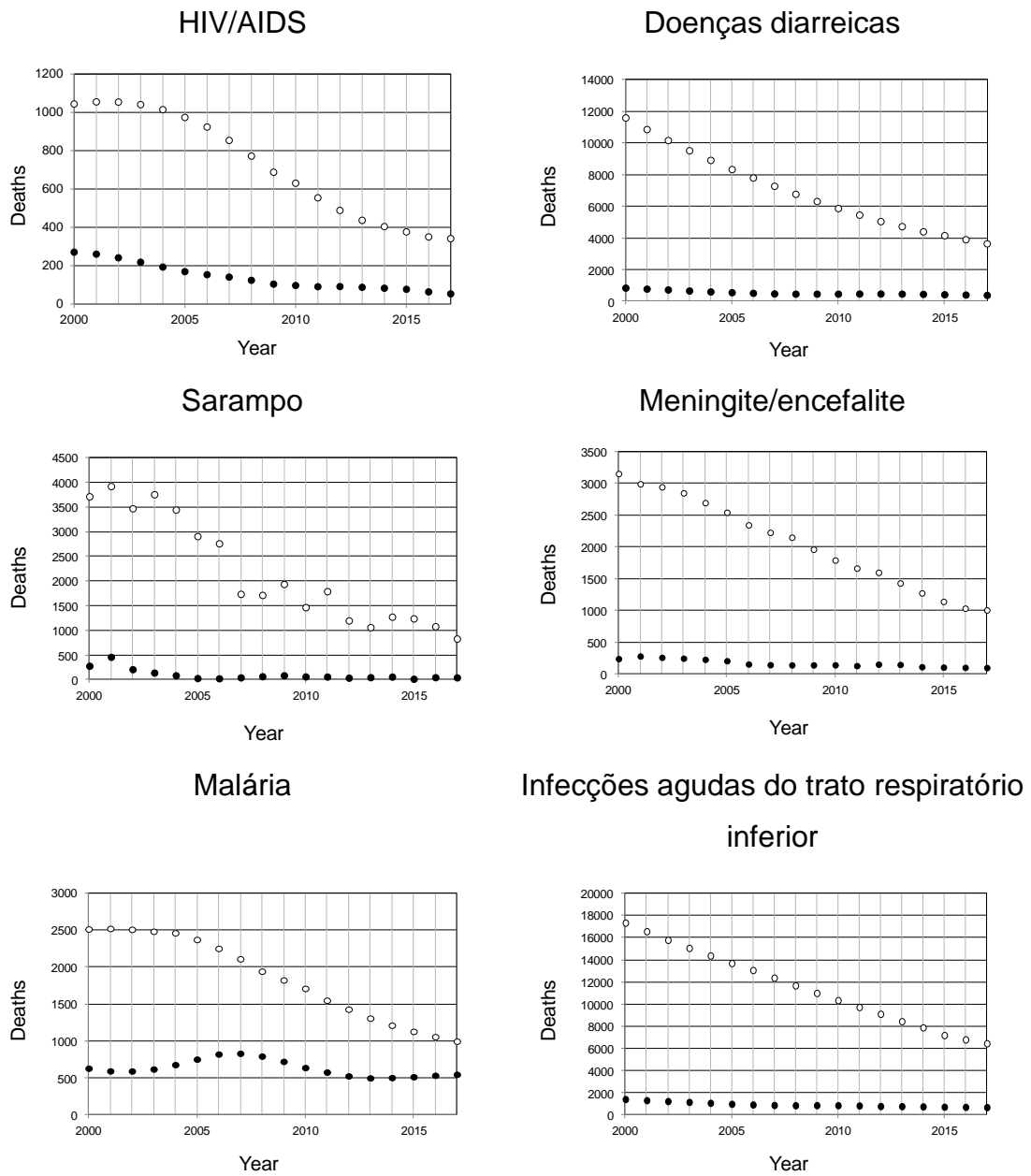
Causas de morte infantil	<i>p</i> -valor	
	Países signatários	Países não signatários
HIV/AIDS	0.29	0.01
Doenças diarreicas	0.68	0.01
Sarampo	0.92	0.003
Meningite/encefalite	0.07	0.002
Malária	0.58	0.72
Infecções agudas do trato respiratório inferior	0.53	0.003
Prematuridade	0.86	0.27
Asfixia ao nascimento e trauma de nascimento	0.9	0.093
Sepse e outras condições infecciosas do recém-nascido	0.9	0.37
Outras condições transmissíveis, perinatais e nutricionais	0.99	0.61
Anomalias congênitas	0.54	0.48
Outras doenças não transmissíveis	0.59	0.39
Lesões	0.45	0.14

Fonte: Elaboração própria

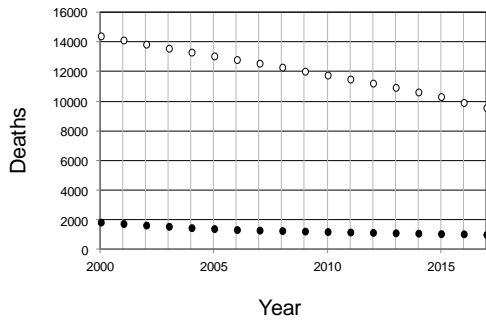
A aceitação do PF-CDC não alterou significativamente os resultados do número de óbitos nos países aceitantes em nenhuma das 13 causas de morte infantil observadas. No grupo que não aceitou, foram encontradas diferenças significativas em relação a cinco causas de morte infantil: HIV/AIDS, doenças diarreicas, sarampo, meningite/encefalite e infecções agudas do trato respiratório inferior (valores de *p* 0,01, 0,01, 0,003, 0,002 e 0,003, respectivamente).

Embora as variações registradas nos países aceitantes não tenham sido significativas, ao verificar as médias desses países é possível notar que elas foram menores que as médias dos países não aceitantes (em todas as causas de morte e em todos os anos estudados). A Figura 12 mostra isso.

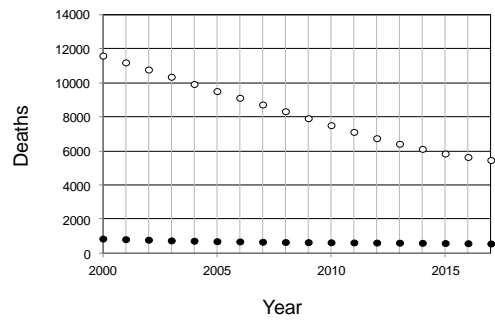
Figura 12 – Série temporal relativa ao número de óbitos infantis nos países aceitantes (N = 44) e nos países não aceitantes (N = 150), 2000–2017.



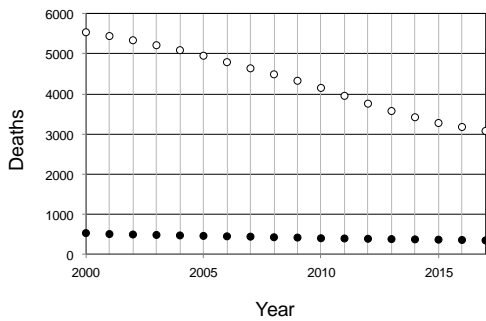
Prematuridade



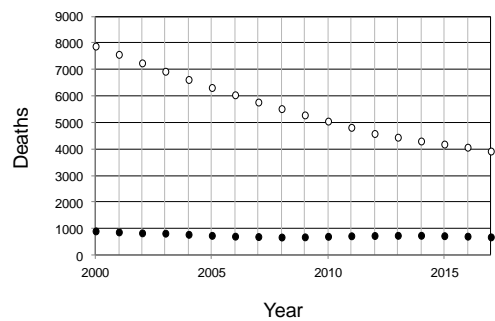
Asfixia ao nascimento e trauma de nascimento



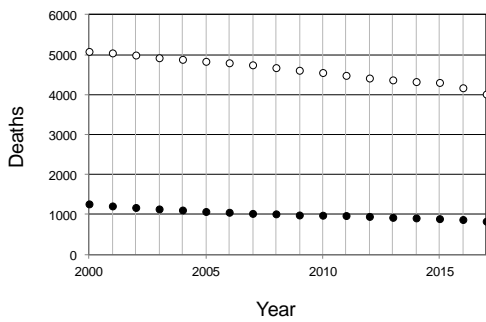
Sepse e outras condições infecciosas do recém-nascido



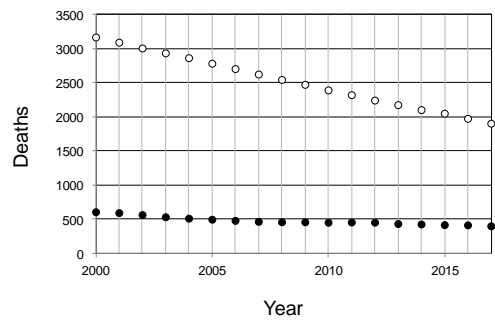
Outras condições transmissíveis, perinatais e nutricionais



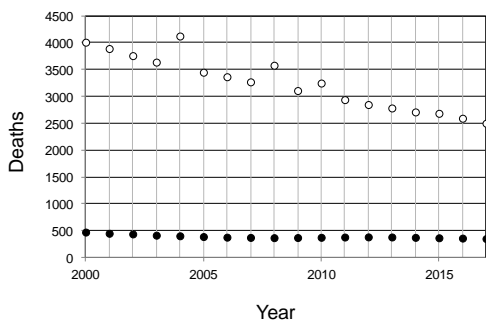
Anomalias congênitas



Outras doenças não transmissíveis



Lesões



Fonte: Elaboração própria

A Figura 12 também mostra que as curvas de mortalidade infantil em todas as causas para os países que não aceitaram o PF-CDC têm uma tendência de queda. As infecções agudas do trato respiratório inferior e as doenças diarreicas apresentaram a diminuição mais considerável no número absoluto de mortes. Calcularam, respectivamente, uma diferença de 10.879 e 7.847 entre os anos de 2000 e 2017. Em termos relativos, o sarampo registrou a queda mais expressiva no período, 78%, com as doenças diarreicas logo em seguida, com redução de 68%.

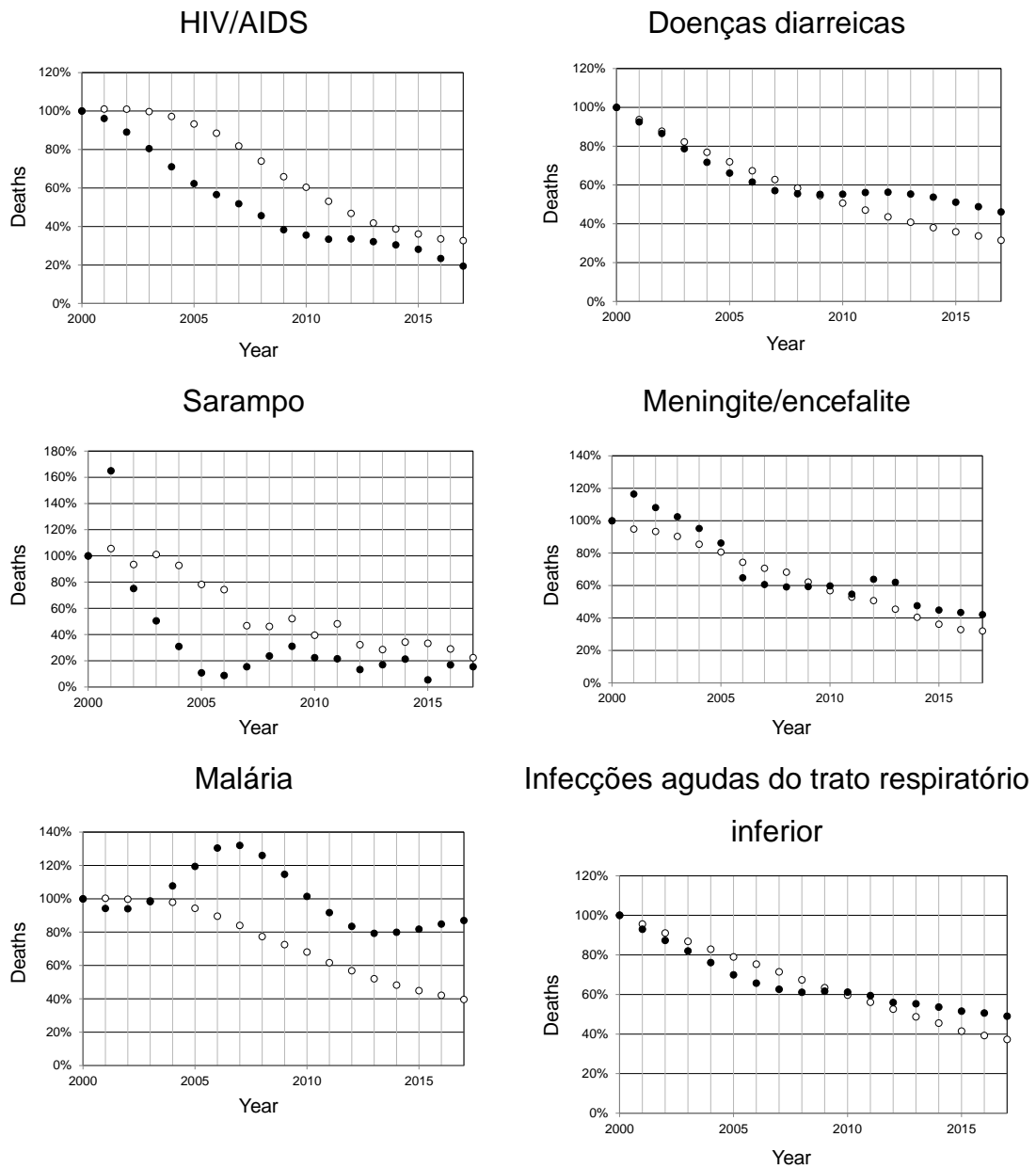
Ainda assim, nos países não aderentes, os piores resultados em números absolutos foram em HIV/AIDS, com redução de 702 óbitos, e em anomalias congênicas, com redução de 1.066 óbitos neste período. As anomalias congênicas também registraram o menor percentual de redução, 21%, e como segundo pior percentual, as infecções agudas do trato respiratório inferior, com redução de 34%.

Considerando os países aceitantes, em termos absolutos, a queda nas curvas, em geral, foi menor que a dos países não aceitantes. As infecções agudas do trato respiratório inferior e a prematuridade foram as quedas mais substanciais nos números absolutos de óbitos, com diferenças respectivas de 834 e 727 entre os anos de 2000 e 2017. Ao comparar em termos percentuais, a queda mais considerável foi em HIV/AIDS, com redução de 80%, e o segundo melhor resultado foi meningite/encefalite com 58%.

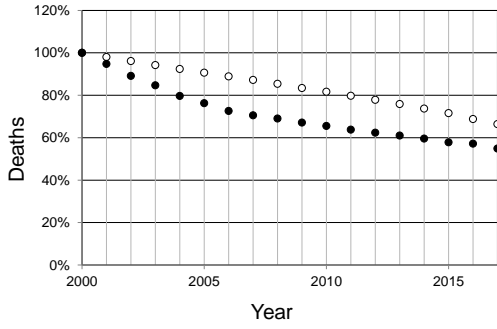
Os piores resultados nos países que aceitantes, tanto em termos absolutos como em termos percentuais, foram no sarampo e na malária. O sarampo teve redução de 20 óbitos (7%), enquanto a malária teve redução de 82 óbitos (13%), nesse período.

A Figura 13 compara o desempenho das mortes infantis em relação ao valor inicial dos países aceitantes e não aceitantes em termos percentuais.

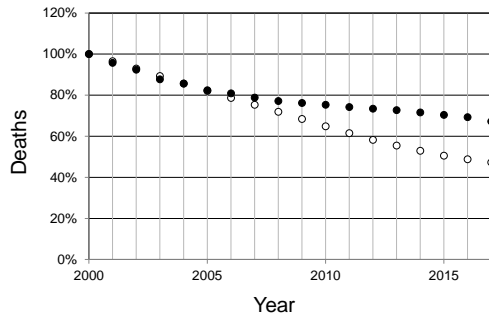
Figura 13 – Série temporal relativa à percentagem de óbitos infantis relativamente ao valor inicial nos países aderentes (N = 44) e nos países não aderentes (N = 150), 2000–2017.



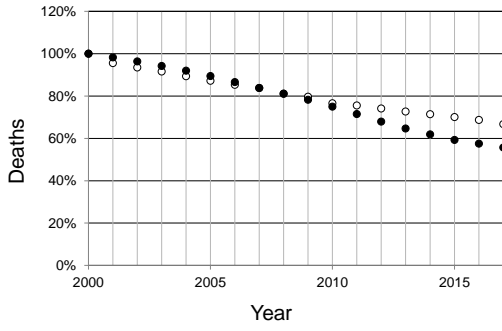
Prematuridade



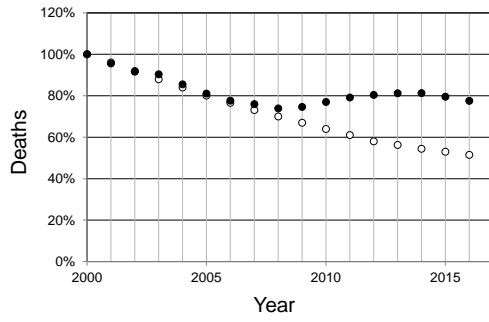
Asfixia ao nascimento e trauma de nascimento



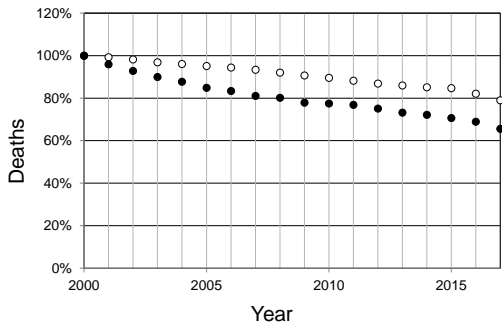
Sepse e outras condições infecciosas do recém-nascido



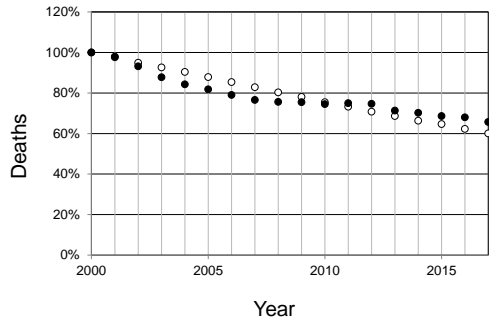
Outras condições transmissíveis, perinatais e nutricionais



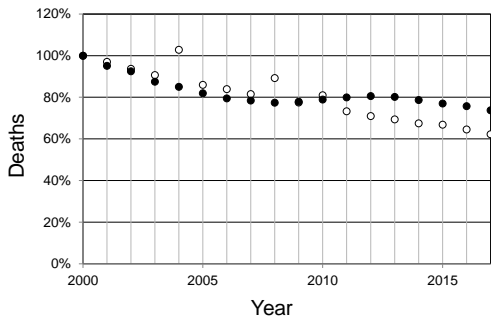
Anomalias congênitas



Outras doenças não transmissíveis



Lesões



Fonte: Elaboração própria

Em ambos os grupos de países, a tendência da série temporal foi de redução para a maioria das causas de morte infantil. No entanto, a diferença na taxa de declínio não foi tão acentuada como visto na Figura 12.

As curvas mais semelhantes, ou seja, com pequenas variações entre os dois grupos de países, foram a das outras doenças não transmissíveis e infecções agudas do trato respiratório inferior. Doenças diarreicas, asfixia e trauma de nascimento, sepse e outras condições infecciosas do recém-nascido e outras condições transmissíveis, perinatais e nutricionais foram semelhantes até aproximadamente o período de 2008 a 2010. Depois disso, os países aceitantes mostraram uma redução percentual menor, exceto para sepse.

O caso da malária chamou a atenção. A porcentagem de mortes nos países aceitantes é maior do que a dos países não aceitantes. Esta também apresentou uma tendência ascendente do início de 2002 a 2007. A partir de 2014, a porcentagem de mortes aumentou novamente nos países que aceitaram e parece seguir uma nova tendência de queda, ainda que em ritmo inferior ao observado de 2002 a 2007.

A maior distância entre as curvas para esses grupos de países ocorreu em 2005 no percentual de óbitos por sarampo, com diferença de 68 pontos percentuais. Nos anos seguintes, houve um aumento dos países aceitantes, o que fez com que a diferença entre os dois fosse menor.

4.4. EFEITOS DO PROTOCOLO NAS CAUSAS DE MORTE INFANTIL

Os resultados mostraram que a CDC é um consenso mundial. Está entre as convenções com maior número de ratificações no mundo. Esse alto nível de adesão já tem um significado significativo, pois os países reconheceram que as crianças vivem em condições desafiadoras e que algo precisa ser feito (JANCIC, 2016).

Apenas os EUA não ratificaram a CDC. No entanto, são signatários, o que mostra que iniciaram o processo, mas não o concluíram. As razões para a não ratificação estão relacionadas ao choque da Convenção com as leis domésticas dos Estados Unidos. O artigo 3.1 da Convenção, por exemplo, estabelece o interesse superior da criança como um princípio a ser considerado em todas as ações relativas à criança. Embora não seja um princípio novo, pela primeira vez, a lei o enfatiza universalmente (JANCIC, 2016). As organizações de direito dos pais dos EUA se opuseram à ratificação da CDC porque temiam dar poder às crianças, o que poderia afetar um relacionamento familiar. No entanto, este não é um problema real. Assim, a

implementação da CDC exigiria pouco ou nenhum ajuste legislativo. A verdade é que, nas últimas décadas, os EUA não ratificaram outros tratados internacionais de direitos humanos por motivos internos ligados à soberania, como a preservação dos direitos dos Estados, questões constitucionais e medo de interferência estrangeira em seu ordenamento jurídico (DEMLEITNER, 2014).

Outro fator que chamou a atenção nos resultados da pesquisa foi a diferença entre o grau de adesão ao CDC e ao PF-CDC. Enquanto a CDC é praticamente unânime, o PF-CDC foi ratificado pelo menor número de países em todas as regiões. Os Protocolos obrigam os países a ter um papel mais ativo na proteção da criança. A CDC não oferece um mecanismo eficaz para a aplicação concreta de suas disposições, como ocorre em outros documentos internacionais de direitos humanos (HRABAR, 2017). A CDC criou o Comitê dos Direitos da Criança para monitorar sua implementação (JANCIC, 2016), mas, na prática, é um órgão que interpreta a Convenção e emite recomendações (HRABAR, 2017). O Protocolo, por outro lado, cria mecanismos para a apresentação de denúncias em caso de violação dos direitos das crianças, que podem ser apresentadas pelas crianças individualmente ou em grupos de crianças. O Protocolo também permite que o Comitê tome medidas provisórias para prevenir danos irreparáveis (HRABAR, 2017).

Considerando os resultados consolidados na Figura 13, podemos concluir que os países estão comprometidos principalmente com o sistema completo de direitos da criança. Ainda assim, o baixo índice de adesão ao PF-CDC mostra que, em geral, os países não estão abertos a um fórum internacional que possa examinar possíveis violações dos direitos da criança em seus territórios.

Os resultados da análise de variância *one-way* foram surpreendentes porque foram contrários à hipótese inicial da pesquisa. Apenas os países não comprometidos com o PF-CDC apresentaram reduções significativas nas mortes infantis para 5 das 13 causas de morte estudadas. No grupo de países comprometidos com o PF-CDC, não houve mudança significativa nesse sentido. No entanto, ao analisar a série temporal do número de cada causa de morte, observamos que houve diferença na ordem de grandeza do número de óbitos entre os grupos de países comprometidos e não comprometidos com o PF-CDC, conforme demonstrado na Figura 14. Países não comprometidos com o PF-CDC registraram mortes na casa dos milhares para a maioria das causas de morte infantil, enquanto aqueles registraram na ordem das centenas. Assim, embora os países comprometidos com o PF-CDC não tenham apresentado

reduções estatisticamente significativas no número de óbitos, isso não significa que essas questões fossem problemas mais graves do que no grupo de países não comprometidos.

Ao explorar as séries temporais apresentadas de forma relativa, como na Figura 15, o que se observa é que não há diferença de ordem de magnitude nas reduções em geral. Isso demonstra que os países comprometidos, mesmo com menor número de óbitos, conseguiram manter um padrão de redução percentual próximo ao dos países não comprometidos.

Essas análises nos levam a desenvolver novas hipóteses. Os países que se comprometem com o PF-CDC são aqueles que já direcionam políticas públicas para melhorar as condições de vida das crianças. Como se o compromisso com instrumentos jurídicos internacionais que possuem ferramentas para garantir sua implementação não fosse a causa, mas sim a consequência, uma espécie de confirmação de direitos e mecanismos que a legislação nacional já garante.

Outro estudo analisou a efetividade do CDC em aspectos da vida das crianças e um dos fatores observados foi a taxa de mortalidade (WILSON; DAAR, 2013). As evidências deste trabalho mostraram que a CDC foi bem sucedida, pois essa taxa caiu de 99 para 66 por 1.000 nascidos vivos entre 1990 e 2009 e essa queda foi atribuída à incorporação da CDC na legislação nacional dos países.

Nossos resultados não conflitam com os desta pesquisa. Se considerarmos que praticamente todos os países do grupo não comprometidos com o PF-CDC ratificam a CDC (a única exceção são os EUA), concluímos também que após a internalização da CDC, os números de óbitos infantis sofreram reduções essenciais. No entanto, o objetivo de nossa pesquisa foi analisar sob outro aspecto, tentando formar uma espécie de grupo de controle para observar os resultados em países não comprometidos com o tratado.

Esse tipo de estudo com a CDC não seria possível, pois desde o final da década de 1990 o índice de comprometimento dos países com essa convenção já era superior a 96% (UN, 1990). Os índices de comprometimento com o PF-CDC foram menores e permitiram esse tipo de comparação. Somado a isso, o PF-CDC é mais contundente no estabelecimento de mecanismos de denúncia e tomada de decisão diante de violações dos direitos da criança. O país que se compromete com o PF-CDC parece estar mais disposto a implementar políticas de saúde direcionadas para crianças do que aqueles que acabaram de ratificar a CDC. Nossos resultados mostraram que os países comprometidos com o PF-CDC apresentaram níveis mais baixos de mortes infantis pelas causas observadas.

Quase todos os casos estudados, exceto a malária, reduziram o número de mortes de crianças nos últimos anos. Cinco dessas causas tiveram redução satisfatoriamente significativa, conforme observado na Tabela 3, a saber: HIV/AIDS, doenças diarreicas, sarampo, meningite/encefalite e infecções agudas do trato respiratório inferior.

A literatura também aponta para uma diminuição substancial das mortes por HIV/AIDS em crianças e a vincula à expansão da prevenção da transmissão vertical (FRANK et al., 2019). Nossos resultados mostraram que os países não comprometidos com o PF-CDC, apesar de um pequeno aumento entre os anos de 2000 e 2001, os anos seguintes foram em declínio. Os países comprometidos com o PF-CDC também registraram queda, que não foi estatisticamente significativa (Figura 14). No entanto, ao comparar as evoluções em termos relativos, como na Figura 15, observamos que os países comprometidos registraram percentuais de redução mais elevados do que os países do outro grupo.

Estudo que analisou a evolução das doenças diarreicas no mundo mostrou redução de cerca de 20,8% no número de óbitos em todas as faixas etárias de 2005 a 2015, e redução na taxa de mortalidade entre crianças menores de 5 anos de 39,2% no mesmo período (TROEGER et al., 2017). Essa redução também apareceu em nossos resultados e foi estatisticamente significativa para os países não comprometidos com o PF-CDC. Em termos percentuais, como mostra a Figura 15, os dois grupos de países mantiveram uma redução semelhante até os anos de 2010. Em anos posteriores, os países comprometidos com o PF-CDC continuaram a apresentar queda de óbitos, mas em percentuais menores do que os demais países.

No caso do sarampo, essa redução está relacionada ao aumento da cobertura vacinal. Estima-se que os programas de imunização tenham reduzido 87% na incidência, com redução de 84% na mortalidade por sarampo entre 2000 e 2016 (GRIFFIN, 2014). Comparando nossos resultados com este estudo, ambos demonstram uma importante redução no número de óbitos por sarampo nas últimas duas décadas. No entanto, nossos resultados mostram que o grupo de países comprometidos com o PF-CDC teve um número menor de óbitos por sarampo (média de aproximadamente 100 óbitos entre 2000 e 2017 contra a média de aproximadamente 2184 dos países não comprometidos). Além disso, os países comprometidos com o PF-CDC mantiveram um percentual de óbitos por sarampo menor do que os países não comprometidos durante praticamente todo o período, como mostra a Figura 15.

A OMS desenvolveu uma meta para erradicar a meningite/encefalite até 2030 (WRIGHT et al., 2021). Nossos achados mostram que houve uma redução geral, o que já pode

ser efeito desses esforços internacionais para atingir a meta. A redução estatisticamente significativa ocorreu apenas no grupo de países não comprometidos com o PF-CDC. No entanto, assim como no caso das doenças diarreicas, as reduções percentuais no número de óbitos foram semelhantes nos dois grupos no período observado.

Sobre as mortes infantis por infecções agudas do trato respiratório inferior, os resultados desta pesquisa mostraram uma redução nos dois grupos dos países estudados. Isso está de acordo com pesquisas recentes, que também apontaram progressos substanciais na redução da carga dessa doença (TROEGER et al., 2017). Mais uma vez, embora a significância estatística tenha sido encontrada apenas no grupo de países não comprometidos com o PF-CDC ao analisar a redução percentual do número de óbitos, é possível notar que o padrão de queda foi semelhante no período entre os dois grupos.

A malária foi a única causa de morte que apresentou tendência crescente em qualquer momento da série histórica e isso ocorreu no grupo de países comprometidos com o PF-CDC. O crescimento foi registrado nos anos de 2002 a 2007, com queda nos anos subsequentes, mas volta a crescer a partir de 2014. Esta curva é mais evidente na Figura 15.

Por meio deste estudo, foi possível observar que o CDC tem adesão praticamente unânime em todo o mundo, o que não foi observado na adesão do PF-CDC. Os países estão amplamente comprometidos com os direitos da criança consagrados na CDC, mas a porcentagem de países que aceitam o manejo de instrumentos internacionais em caso de violação desses direitos, conforme previsto no PF-CDC, é substancialmente menor.

A ratificação de um tratado como a CDC é um importante ato político, que pode motivar muitos países a aderirem a ele com o objetivo protocolar, ou seja, demonstrar que esses direitos e princípios são formalmente respeitados em seus respectivos territórios. É certo que o alto nível de adesão ao CDC é algo de sucesso por si só, pois o reconhecimento da existência do direito já é um avanço. No entanto, representa o primeiro passo para a efetiva proteção dos direitos. Outros passos precisam ser dados.

Aderir a um protocolo que expõe o país a mecanismos de reclamação quanto ao respeito a esses direitos, como é o caso do PF-CDC, exige um maior e verdadeiro compromisso com os direitos consagrados na convenção principal.

5. EFEITOS NA SAÚDE DA POPULAÇÃO CARECRÁRIA

Se cada dia cai, dentro de cada noite, há um poço onde a claridade está presa. Há que sentar-se na beira do poço da sombra e pescar luz caída com paciência. (NERUDA, 1997, p. 109).

5.1. ESTUDO A PARTIR DE INDICADORES PRISIONAIS

5.1.1. Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes

Após a Segunda Guerra Mundial, a proibição da tortura se enraizou no direito internacional (NOWAK; BIRK; MONINA, 2019). Já em 1948, o artigo quinto da Declaração Universal dos Direitos Humanos determinava que nenhuma pessoa poderia ser submetida a tortura, tratamento ou punição cruel, desumano ou degradante (UN GENERAL ASSEMBLY, 1948). Nos anos seguintes, outros tratados, como a Convenção dos Direitos Humanos (artigo terceiro) (CONCIL OF EUROPE, 1950) e o Pacto de San José (artigo quinto) (UNITED NATIONS, 1969), também adotaram proibição semelhante.

Apesar de todas as regulamentações do direito humano à não tortura, essa prática continuou sendo exercida em todo o mundo. Os casos de tortura nas ditaduras latino-americanas e as práticas europeias na colonização da África foram emblemáticos e reacenderam a preocupação global com o assunto. Em 1973, a Assembleia Geral da ONU colocou a questão da tortura na agenda e no ano seguinte adotou a Declaração sobre a Proteção de Todas as Pessoas contra a Sujeição à Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Embora a Declaração não tivesse força de lei, foi o primeiro passo para a criação de uma legislação vinculante que criminalizasse a tortura como meio de prevenção. Onze anos depois surge a Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CCT) (UNITED NATIONS, 1984a), que trata especificamente da tortura e que a define juridicamente e estabelece sua proibição como um direito humano inderrogável (NOWAK; BIRK; MONINA, 2019).

Em 2002, o Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (PF-CCT) foi adotado, exigindo que os Estados Partes introduzissem mecanismos para prevenir a tortura, incluindo a supervisão do tratamento

de pessoas sob custódia. A CCT exigiu prevenção e o PF-CCT ampliou a proteção ao estabelecer um sistema de monitoramento em locais de privação de liberdade (MURRAY et al., 2011). O PF-CCT pretendia prevenir a tortura na população mais vulnerável a sofrer esse tipo de agressão, uma vez que locais de privação de liberdade podem criar um ambiente propício a tratamentos desumanos e cruéis (WELLER, 2019).

Este breve relato histórico da evolução do direito internacional contra a tortura demonstra que há uma sólida proteção legal. No entanto, o que se coloca é se o PF-CCT influencia a prática dos países que o ratificam. A literatura científica tem abordado esta questão em vários aspectos. Estudos anteriores analisaram a aplicabilidade do PF-CCT no contexto de locais de detenção em aeroportos e outras áreas de fronteira e constataram que esse instrumento facilitou visitas regulares a essas áreas internacionais, reforçando a prevenção e o respeito aos direitos humanos (EDWARDS, 2008; WOLF; WATSON, 2009). Outra análise examinou se o PF-CCT fortaleceu a proteção contra a tortura na Europa e concluiu que, de fato, fortaleceu os mecanismos preventivos nacionais existentes (BECO, 2011). Um estudo de caso na Austrália constatou que a implementação do PF-CCT desempenhou um papel mais importante do que a da CCT, porque as inspeções protocolares regulares, como medidas preventivas, têm maior potencial de fazer uma diferença real na vida dos presos do que as inspeções regulares medidas reativas da convenção (FLETCHER, 2012). Em 2013, foi feita uma comparação prospectiva entre os possíveis efeitos da CCT e do PF-CCT, onde foi demonstrado estatisticamente que o protocolo teria maior probabilidade de alterar as estruturas de seus estados membros e melhorar o desempenho em direitos humanos (NGUYEN, 2013). Também foi realizada uma pesquisa para verificar se a adesão ao PF-CCT estava relacionada a políticas e programas de ajuda de países ricos e democráticos para outros países, e não encontrou evidências de que a ratificação do tratado tenha produzido aumentos significativos na ajuda (NIELSEN; SIMMONS, 2015).

Em trabalhos mais recentes na literatura, encontramos uma análise dos efeitos do PF-CCT no cumprimento dos direitos das pessoas com deficiência privadas de liberdade, que demonstraram efeitos positivos na prevenção da tortura e maus-tratos (SVEAASS; MADRIGAL-BORLOZ, 2017). Outro artigo discutiu se a Nova Zelândia, que foi uma das primeiras adeptas do PF-CCT, melhorou a proteção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade e considerou que uma base sólida de proteção havia sido desenvolvida no país, mas o desafio continua sendo a adequação de financiamento para cumprir os objetivos do tratado (WHITE, 2019). Houve também uma pesquisa envolvendo países europeus para

determinar como os mecanismos preventivos do PF-CCT são implementados e mostrou que a prática foi eficaz, pois esses mecanismos foram instalados e desenvolvidos rapidamente (HARDWICK; MURRAY, 2019).

5.1.2. Testes t para duas amostras

Este estudo quantitativo utilizou estatística inferencial para avaliar a influência do PF-CCT nos indicadores prisionais. Em primeiro lugar, apresentamos a situação do compromisso internacional dos países tanto com o PF-CCT quanto com o CCT. Embora o principal interesse de pesquisa fosse a análise do PF-CCT, era importante conhecer o compromisso com o tratado principal para ver se havia diferença no grau de adesão entre a convenção e seu protocolo opcional. Usamos dados do Escritório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos (OHCHR, 2021a), que mostra quais países estão comprometidos com a CCT e o PF-CCT e a data das adesões. Para fazer essa comparação, não realizamos testes estatísticos inferenciais, pois trabalhamos com dados do universo (de todos os países do mundo). Organizamos os resultados em gráficos de séries temporais por região continental para ilustrar a evolução da adesão dos países ao longo do tempo. Consideramos comprometidos apenas os países que ratificaram os tratados. Os signatários (países que assinaram, mas não ratificaram o tratado) foram considerados descomprometidos, pois a mera assinatura não torna o tratado obrigatório.

Em relação aos indicadores prisionais, usamos os bancos de dados do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) (UNODC, 2019). Trabalhamos com os seguintes indicadores: taxa de pessoas mantidas por faixa etária e sexo por 100.000 habitantes (variáveis: adultos do sexo masculino, adultos do sexo feminino, total de adultos, jovens do sexo masculino, jovens do sexo feminino, total de jovens, total de pessoas); porcentagem de pessoas mantidas não condenadas por sexo e tempo de detenção (variáveis: homens não sentenciados, mulheres não sentenciadas, mais de 12 meses, total não sentenciado); percentual da capacidade carcerária e taxa de mortalidade na prisão por 100.000 presos (variáveis: causas naturais, causas externas, homicídio doloso, suicídio, causas acidentais e outras, total de óbitos).

O objetivo foi comparar as taxas e proporções dos indicadores entre o grupo de países ratificantes do PF-CCT e o grupo de países não ratificantes do PF-CCT. Para cada ano, calculamos a média da variável países ratificantes e não ratificantes para verificar se havia

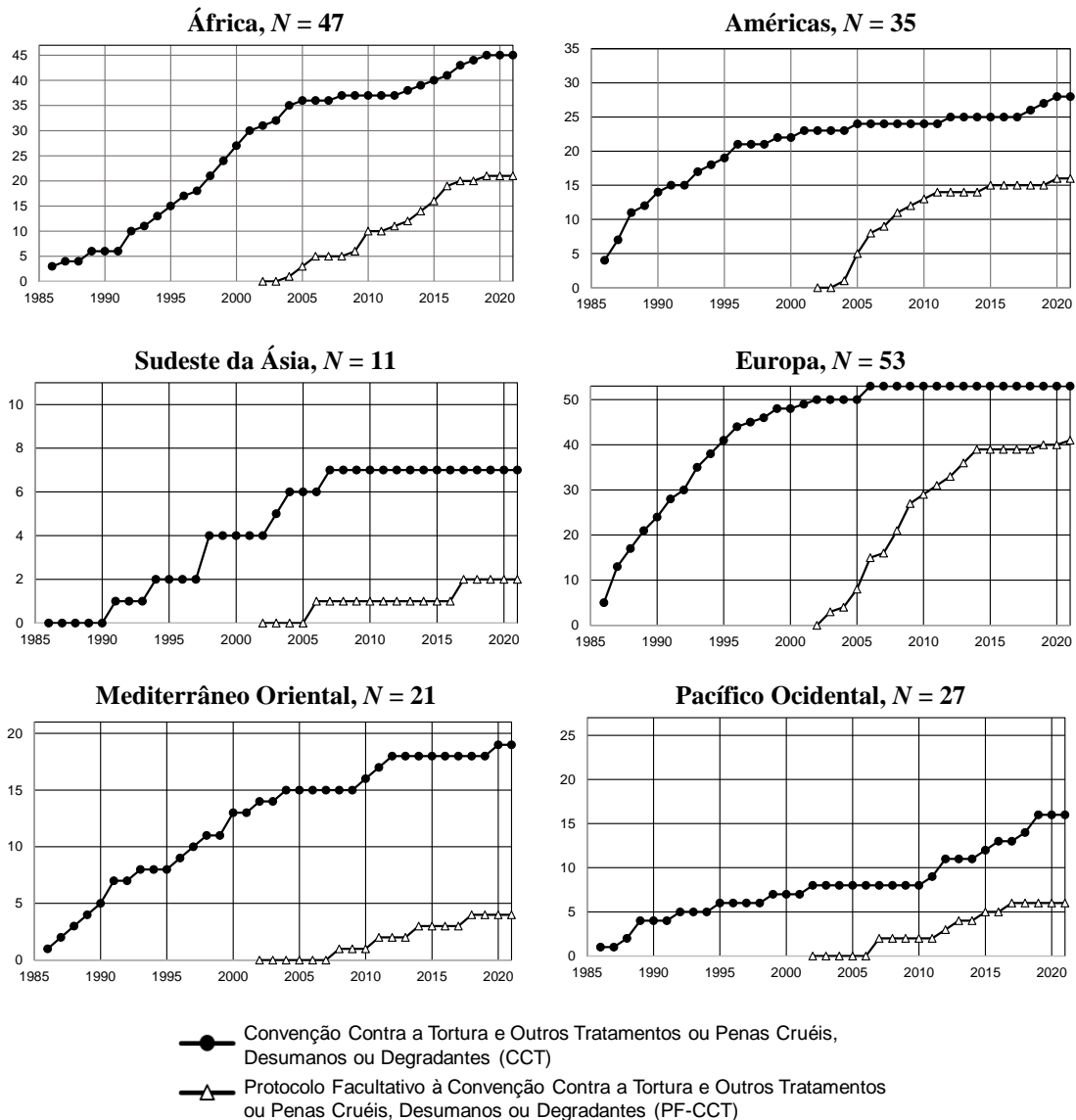
diferença entre esses dois resultados. Como a base de dados do UNODC não possuía dados de todos os países do mundo, ou seja, trabalhamos com amostras, realizamos o teste t de duas amostras (KIM, 2015) para verificar se a diferença entre as médias encontradas era estatisticamente significativa. Nossa hipótese nula foi a de que as médias eram iguais, portanto a alternativa de que a diferença de médias não é igual a zero (testes bilaterais). Para decidir se no teste t usaríamos variâncias iguais ou não, aplicamos o teste f para comparar duas variâncias antes de cada teste t (MORETTIN; BUSSAB, 2010). Quando o p-valor do teste f foi significativo, aplicou-se o teste t para variâncias desiguais (teste t de Welch), e quando não foi significativo, para variância igual (LIMENTANI et al., 2005).

Utilizamos o software R (versão 4.1.2), com a interface R Commander para executar os cálculos. O nível de significância foi de 5% para todos os testes estatísticos aplicados no estudo. Aproximamos todos os resultados das médias utilizando 2 casas decimais e os p-valores, 3 casas decimais. Em relação aos limites da pesquisa, é importante ressaltar que consideramos todas as distribuições como aproximadamente normais, e as amostras utilizadas foram aquelas dos países que estavam disponíveis na base de dados (não foram escolhidas aleatoriamente).

5.1.3. Diferenças nos indicadores prisionais entre os países ratificantes e os não ratificantes

A CCT tem uma adesão expressiva, com a ratificação de 171 países, o que representa o comprometimento de aproximadamente 88% dos países do mundo. No entanto, ao comparar o grau de adesão entre as regiões, observa-se um desequilíbrio. A Figura 14 mostra a evolução da ratificação da CCT desde a sua entrada em vigor em 1987 até ao ano de 2021. A Europa atingiu 100% de compromisso em 2006. África ocupa o segundo lugar em termos de ratificação, com 96%. O Mediterrâneo Oriental, com 90%, e as Américas, com 80%, também apresentam índices compatíveis com a média mundial. Os níveis mais baixos de adesão, que diferem do resto das regiões, são do Pacífico Ocidental e Sudeste Asiático, com, respectivamente, 59% e 64% de comprometimento. O Pacífico Ocidental apresentou uma tendência de crescimento da adesão nos últimos 10 anos, mas continua apresentando um percentual de comprometimento abaixo da média mundial. O Sudeste Asiático está estagnado desde 2007.

Figura 14 – Série temporal de ratificação da Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e seu Protocolo, por regiões, 1985-2021.



Fonte: Elaboração própria

O compromisso mundial com o PF-CCT é menor do que com o CCT. Hoje, o PF-CCT conta com 90 Estados Partes, ou seja, pouco menos da metade dos países do mundo (aproximadamente 46%). A Figura 14 também mostra a evolução da adesão ao PF-CCT de 2002, ano em que entrou em vigor, até 2021. A Europa tem o maior grau de adesão em relação a outras regiões, com 77% dos países ratificantes. Registrou uma tendência de crescimento até os anos 2015 e desde então se manteve estagnada sem nenhum novo país aderente. As Américas e a África aparecem em seguida no ranking, mas com taxas mais baixas, respectivamente 46% e 45%. Conforme observado na Europa, as Américas e a África apresentaram tendência de crescimento até os anos de 2015 aproximadamente, mas os anos subsequentes foram de

aumento em menor escala. As regiões do Pacífico Ocidental (22%), Mediterrâneo Oriental (19%) e Sudeste Asiático (18%) são as menos comprometidas com o PF-CCT. O Pacífico Ocidental e o Sudeste Asiático já apresentavam as piores taxas de adesão à CCT. O Mediterrâneo Oriental apresentou 90% de adesão da CCT e 19% do PF-CCT, sendo a região com maior diferença encontrada entre os acometimentos de ambos os tratados.

A Tabela 4 mostra as médias de pessoas detidas por faixas etárias e sexo dos países que ratificaram o PF-CCT e países que não ratificaram o PF-CCT no período de 2003 a 2019. Apresenta também o resultado do p-valor do teste t que compara a diferença entre as médias, indicando se foram estatisticamente significativas.

Tabela 4 – Médias das pessoas detidas por faixa etária e sexo de países que ratificaram o PF-CCT e países que não ratificaram o PF-CCT e p-valor do teste t de duas amostras, taxas por 100.000 habitantes, 2003-2019.

	Homens adultos			Mulheres adultas			Total de adultos			Homens jovens			Mulheres jovens			Total de jovens			Total de pessoas		
	PDr	PDn	p-valor	PDr	PDn	p-valor	PDr	PDn	p-valor	PDr	PDn	p-valor	PDr	PDn	p-valor	PDr	PDn	p-valor	PDr	PDn	p-valor
2003	250.05	493.27	0.221	16.12	32.00	0.068	198.56	264.46	0.226	45.28	28.75	0.586	1.97	10.12	0.112	16.03	38.52	0.177	154.54	183.01	0.281
2004	376.79	852.83	0.127	21.95	39.99	0.072	217.89	339.29	0.138	37.53	50.51	0.476	3.43	6.40	0.344	20.04	27.37	0.407	152.16	195.09	0.158
2005	405.40	575.18	0.162	19.89	43.30	0.011*	220.77	268.71	0.240	37.72	42.36	0.756	1.58	4.39	0.362	16.97	19.83	0.602	149.07	173.15	0.280
2006	397.64	732.85	0.070	21.41	45.84	0.006*	219.50	310.45	0.117	34.63	54.25	0.214	2.05	4.83	0.433	16.57	18.94	0.654	158.00	193.62	0.211
2007	392.61	675.46	0.079	18.64	46.54	0.034*	195.12	329.84	0.023*	31.83	48.83	0.224	1.96	5.27	0.272	15.84	19.16	0.535	150.72	199.80	0.085
2008	416.13	656.32	0.115	19.99	41.35	0.039*	209.04	318.61	0.056	33.24	39.27	0.627	1.99	4.08	0.400	17.16	16.47	0.887	161.53	192.98	0.254
2009	484.86	634.07	0.238	21.69	39.41	0.030*	240.94	327.48	0.165	39.21	46.26	0.637	2.52	8.64	0.175	20.17	23.98	0.584	181.12	199.11	0.562
2010	470.06	688.07	0.086	22.48	41.76	0.026*	235.85	339.33	0.094	39.84	42.07	0.893	1.74	3.93	0.365	20.97	21.28	0.974	172.22	187.26	0.553
2011	476.74	702.96	0.095	23.61	37.22	0.074	240.31	346.50	0.108	38.68	41.95	0.830	1.89	4.76	0.238	20.59	21.28	0.969	174.16	201.23	0.376
2012	460.90	622.51	0.134	24.92	37.46	0.086	233.79	319.23	0.124	30.65	35.59	0.631	1.65	3.16	0.310	16.88	19.13	0.923	175.40	181.71	0.784
2013	436.97	735.61	0.159	23.29	38.77	0.061	222.75	367.84	0.164	27.23	52.69	0.263	1.31	2.82	0.329	15.29	25.94	0.314	170.09	182.46	0.587
2014	439.92	722.59	0.147	23.24	41.64	0.039*	223.02	359.33	0.141	22.22	46.32	0.202	1.02	5.03	0.236	12.57	27.77	0.117	163.77	170.13	0.772
2015	408.84	780.56	0.076	21.30	45.98	0.010*	209.19	386.28	0.072	17.42	40.97	0.265	0.91	1.97	0.158	10.24	22.96	0.197	157.43	199.94	0.191
2016	448.35	850.50	0.073	22.49	46.10	0.023*	242.97	445.47	0.072	19.12	52.18	0.041*	0.98	8.77	0.297	11.04	28.46	0.193	161.16	205.70	0.173
2017	431.32	742.47	0.041*	23.46	47.10	0.061	223.79	373.48	0.054	16.32	33.81	0.341	1.06	10.12	0.304	9.34	20.53	0.318	162.45	218.99	0.030*
2018	454.04	733.21	0.055	25.76	51.76	0.028*	235.82	394.29	0.037*	25.22	35.54	0.549	1.31	8.20	0.280	12.71	21.19	0.453	156.69	240.38	0.034*
2019	460.53	782.68	0.081	28.16	53.94	0.023*	246.16	411.05	0.054	19.94	34.90	0.541	1.11	13.63	0.273	9.78	34.65	0.134	164.21	259.78	0.045*

PDr: médias de pessoas detidas de países que ratificaram o PF-CCT, taxas por 100.000 habitantes

PDn: médias de pessoas detidas de países que não ratificaram o PF-CCT, taxas por 100.000 habitantes

*negrito: valor p significativo, considerando 5% de significância

Fonte: Elaboração própria

Todas as taxas médias de encarceramento de adultos (masculinos, femininos e totais) dos países não ratificantes foram mais altas do que as taxas médias dos países ratificantes. No entanto, no caso dos adultos do sexo masculino, essa diferença só foi estatisticamente significativa em 2017. No caso dos adultos do sexo feminino, a significância estatística apareceu na maioria dos anos analisados, ou seja, em 11 dos 17 anos. O número total de adultos só foi estatisticamente diferente em 2007 e 2018. Ressalta-se que a magnitude das taxas de adultos do sexo masculino é substancialmente maior do que a de adultos do sexo feminino. A

taxa média de adultos do sexo masculino na amostra dos países não ratificantes atingiu a taxa de 852,83 por 100.000 habitantes em 2004, enquanto a maior taxa de adultos do sexo feminino na amostra foi de 53,94 por 100.000 habitantes em 2019 nos países não ratificantes.

Nos juvenis, as maiores médias de taxas registradas também foram de países não ratificantes na maioria das observações. Exceções ocorreram em 2003 sobre juvenis do sexo masculino, e em 2008 sobre o total de juvenis. Apesar da diferença entre as taxas médias de juvenis nas amostras dos dois grupos de países, essa diferença só foi significativa em 2016 no caso de juvenis do sexo masculino. Como observado nos adultos, a magnitude dos juvenis do sexo masculino é maior do que a dos juvenis do sexo feminino. Nos anos de 2015 e 2016, as taxas médias de jovens do sexo feminino na amostra dos países ratificantes não chegaram a 1 por 100.000 habitantes, enquanto a marca mínima para a taxa de jovens do sexo masculino foi de 16,32 por 100.000 habitantes calculada no ano de 2017 na amostra dos países ratificantes.

Considerando o total de pessoas, mais uma vez observa-se que todas as médias das taxas amostrais dos países não ratificantes são superiores às dos países ratificantes. Essa diferença foi estatisticamente significativa nos anos de 2017 a 2019. Os adultos constituem o maior grupo de presos em relação aos juvenis, pelo menos com os países da amostra. Isso vale para os grupos de países ratificantes e não ratificantes. O total de adultos da amostra atingiu uma taxa média entre 195,12 e 445,47 de adultos presos por 100.000 habitantes no período, enquanto o número total de juvenis da amostra ficou entre 9,34 e 38,52 juvenis presos por 100.000 habitantes.

Os resultados dos testes aplicados para avaliar se houve diferença na porcentagem de pessoas presas sem sentença e capacidade carcerária entre o grupo de países ratificantes e não ratificantes são mostrados na Tabela 5. A proporção de homens e mulheres não sentenciados foi maior nos países não ratificantes em 2015. A diferença foi pequena, de aproximadamente 5% no caso do sexo masculino e inferior a 1% no caso do feminino, o que foi confirmado pelo teste estatístico, que não mostrou significância na diferença.

Tabela 5 – Médias de pessoas mantidas sem condenação por sexo, duração da detenção e capacidade carcerária dos países que ratificaram o PF-CCT e países que não ratificaram o PF-CCT, e p-valor do teste t de duas amostras, porcentagem de não sentenciados presos, 2003-2018.

	Homens sem sentença			Mulheres sem sentença			Mais de 12 meses sem sentença			Total sem sentença			Total capacidade prisional		
	PSr	PSn	p-valor	PSr	PSn	p-valor	PSr	PSn	p-valor	PSr	PSn	p-valor	PSr	PSn	p-valor
2003	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27.20	33.75	0.360	105.19	111.15	0.372
2004	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.31	31.86	0.291	118.17	110.05	0.574
2005	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28.46	30.05	0.811	118.99	122.05	0.788
2006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29.38	27.27	0.760	127.78	120.51	0.587
2007	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28.68	28.50	0.976	118.59	121.37	0.814
2008	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.46	29.16	0.614	119.40	118.79	0.963
2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27.78	29.82	0.700	120.07	115.83	0.430
2010	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27.42	28.79	0.781	128.28	117.81	0.470
2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.82	24.40	0.616	123.00	120.41	0.861
2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27.20	28.69	0.768	129.08	107.68	0.058
2013	-	-	-	-	-	-	23.60	30.98	0.761	25.31	27.93	0.587	114.96	109.98	0.685
2014	-	-	-	-	-	-	20.50	21.87	0.931	27.05	29.59	0.656	114.16	126.93	0.317
2015	19.68	24.81	0.459	1.53	1.73	0.692	20.50	23.37	0.833	28.16	28.01	0.978	115.20	126.33	0.510
2016	-	-	-	-	-	-	20.91	29.71	0.462	27.33	30.32	0.540	113.09	128.62	0.246
2017	-	-	-	-	-	-	20.05	14.81	0.590	27.76	32.39	0.303	110.84	134.54	0.115
2018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	125.32	145.90	0.275

PSr: médias de pessoas mantidas não sentenciadas de países que ratificaram o PF-CCT, porcentagem de presos não sentenciados

PSn: médias de pessoas mantidas não sentenciadas de países que não ratificaram o PF-CCT, porcentagem de presos não sentenciados

“-” : dados ausentes

Fonte: Elaboração própria

A proporção de pessoas detidas há mais de 12 meses sem condenação também foi maior na amostra de países não ratificantes no período de 2013 a 2016. Somente em 2017 os países ratificantes da amostra apresentaram uma proporção maior. No entanto, em nenhum desses anos a diferença foi significativa. Sobre o total de não sentenciados, na maioria dos anos observados, os países não ratificantes apresentaram as maiores proporções. As exceções ocorreram nos anos de 2006, 2007, 2011 e 2013. Essas diferenças também não foram significativas.

Em termos de capacidade carcerária, diferentemente do observado até agora, os países ratificantes apresentaram percentuais médios de ocupação mais elevados do que os países não ratificantes em oito observações, enquanto nas outras oito a situação se inverteu. Mesmo neste caso, essas diferenças podem ter sido aleatórias, pois também não foram encontradas significâncias estatísticas. Vale ressaltar que ao longo do período observado, amostras de países de ambos os grupos apresentaram percentual médio de lotação prisional acima de 100%, o que significa superlotação carcerária.

A Tabela 6 apresenta as médias das taxas de mortalidade por causas de morte por 100.000 presos dos países ratificantes e não ratificantes e o p-valor do teste da diferença entre as médias.

Tabela 6 – Médias de mortalidade na prisão por causas de morte de países que ratificaram o PF-CCT e países que não ratificaram o PF-CCT e p-valor do teste t de duas amostras, taxas por 100.000 presos.

	Causas naturais			Causas externas			Homicídio intencional			Suicídio			Causas acidentais/outras			Total de mortes		
	PMr	PMn	p-valor	PMr	PMn	p-valor	PMr	PMn	p-valor	PMr	PMn	p-valor	PMr	PMn	p-valor	PMr	PMn	p-valor
2010	-	-	-	229.06	120.96	0.022*	10.59	0.51	0.054	57.96	30.42	0.048*	-	-	-	290.15	191.20	0.130
2011	-	-	-	238.08	129.48	0.018*	11.18	9.90	0.903	70.88	20.14	0.000*	-	-	-	269.04	192.34	0.111
2012	-	-	-	235.17	196.70	0.622	13.91	11.83	0.848	60.52	165.20	0.457	-	-	-	299.29	324.19	0.858
2013	183.75	133.15	0.478	253.57	187.51	0.160	11.41	7.91	0.626	80.21	42.70	0.275	92.05	21.04	0.242	328.45	275.75	0.426
2014	184.55	70.66	0.072	248.56	167.05	0.049*	10.59	3.79	0.201	60.39	29.92	0.028*	38.28	31.68	0.896	317.63	247.96	0.210
2015	237.86	143.89	0.181	261.84	143.72	0.003*	16.85	11.56	0.541	106.40	19.22	0.058	28.52	21.30	0.638	362.20	215.60	0.014*
2016	255.21	127.35	0.015*	232.51	269.17	0.675	15.32	5.75	0.215	66.10	20.70	0.000*	33.98	245.36	0.307	334.34	354.59	0.869
2017	245.46	213.84	0.615	225.16	330.23	0.523	15.07	8.46	0.668	82.69	296.49	0.423	10.87	16.46	0.468	334.01	489.32	0.527
2018	243.22	206.60	0.549	233.10	139.51	0.117	16.17	9.15	0.696	74.18	24.16	0.021*	26.69	22.07	0.819	346.76	213.63	0.069

PSr: médias de pessoas mantidas não sentenciadas de países que ratificaram o PF-CCT, porcentagem de presos não sentenciados

PSn: médias de pessoas mantidas não sentenciadas de países que não ratificaram o PF-CCT, porcentagem de presos não sentenciados

“-”: dados ausentes

Fonte: Elaboração própria

A amostra dos países ratificantes apresentou médias superiores às dos países não ratificantes nas taxas de óbitos naturais ao longo do período. No entanto, a diferença só foi estatisticamente significativa em 2016. Nas causas externas, a amostra dos países signatários também apresentou taxas mais elevadas, exceto em 2016 e 2017. As diferenças alcançaram significância em 2010, 2011, 2014 e 2015. Em relação às mortes por homicídio doloso, todas as taxas médias dos países ratificantes analisados foram superiores às dos países não ratificantes, mas a diferença não foi significativa em nenhum caso. Os casos de suicídio também foram mais numerosos na amostra dos países signatários, com exceção dos anos de 2012 e 2017, e a diferença entre as médias foi significativa em 5 dos 9 anos analisados. As mortes por acidentes ou outras causas foram maiores nos países signatários na maioria dos anos, mas sem significância estatística. Por fim, a análise global do total de óbitos mostrou que, embora tenha havido uma flutuação em relação ao grupo de países da amostra com as maiores taxas, essas diferenças só foram estatisticamente relevantes no ano de 2015.

5.1.4. Influência do protocolo sobre os indicadores prisionais

Os resultados mostraram uma diferença substancial de comprometimento entre a CCT e o PF-CCT e isso repercute em termos jurídicos. A CCT foi criada para tornar mais eficaz o combate à tortura e outros tratamentos cruéis (UNITED NATIONS, 1984a). Para alcançá-los, a convenção exige que os Estados Partes tomem três medidas: criminalizar a tortura em suas respectivas legislações internas; reconhecer o direito das vítimas à reparação; e possibilitar meios de prevenção (NOWAK; BIRK; MONINA, 2019). Apesar de abordar a prevenção, a CCT dá maior peso às ações repressivas em seu texto. Não há dúvidas de que os mecanismos

de sanção são importantes nas políticas de combate à tortura. No entanto, do ponto de vista da dignidade humana, o objetivo deve ser a prevenção. Nesse sentido, o PF-CCT tem um papel fundamental, pois estabelece um sistema de visitas regulares a locais de privação de liberdade justamente para evitar a tortura. A maior adesão à CCT em relação ao PF-CCT pode demonstrar que a maioria dos países está mais comprometida com ações pós-tortura do que com ações que a impediriam. Mesmo que fosse possível provar que torturadores estão sendo cada vez mais punidos por seus atos criminosos, essa conquista não seria muito bem sucedida para fins de direitos humanos, se não fosse observado que os casos de tortura e maus-tratos diminuíssem. O que se quer dizer é que o esforço internacional contra a tortura não deve ser para punir o torturador, mas para prevenir a tortura. Essa diferença de adesão entre a convenção principal e seu respectivo protocolo opcional também foi observada em relação à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (NICHELE; FERREIRA, 2020; NICHELE; HORTA; FERREIRA, 2021a) e em relação à Convenção sobre os Direitos da Criança (NICHELE; HORTA; FERREIRA, 2021b). Em geral, os protocolos funcionam como braços executivos da convenção, e os níveis mais baixos de comprometimento com o protocolo demonstram que os países ainda não estão totalmente engajados na efetiva implementação dos direitos garantidos nas convenções.

Com relação à divisão da população carcerária por faixas etárias, podemos dizer que não há diferença entre a população adulta e jovem quando se comparam os países comprometidos com o PF-CCT com os não comprometidos. Ao comparar a taxa de presos por sexo, é possível perceber que a população de mulheres adultas é maior em países não comprometidos com o PF-CCT. A literatura mostra em um estudo envolvendo presidiários no Reino Unido que os níveis de doença mental de presidiárias são significativamente maiores do que os dos homens (TYLER et al., 2019). Um dos fatores relatados no estudo para o surgimento ou agravamento desses transtornos é a vivência psicossocial da prisão, e a tortura e outros tratamentos cruéis certamente contribuem para o agravamento desse cenário. Foi demonstrado, inclusive, que os sobreviventes de tortura têm altas taxas de doença mental (GAMBLE et al., 2020). Uma revisão sistemática corroborou os resultados desta pesquisa ao concluir que as presidiárias correm maior risco de problemas de saúde física e mental (MCGINLEY; MCMILLAN, 2019). A revisão também mostrou que a prevalência de traumatismo craniano entre os presos do sexo feminino foi maior do que a dos presos do sexo masculino. O risco de traumatismo craniano na população geral é duas vezes maior em homens do que em mulheres

(MCGINLEY; MCMILLAN, 2019), o que mostra que a situação nas prisões é de fato diferente. Outra revisão de literatura de produções sobre o sistema prisional no Brasil apontou que as mulheres relataram mais do que os homens sofrer agressões verbais e sexuais, quedas, tentativas de suicídio, homicídio e facadas (FERREIRA et al., 2020). Se esse sofrimento das mulheres na prisão é um problema sério (CARVALHO et al., 2021) e é maior do que o dos homens, como sugerem essas pesquisas recentes e outras (MORAES et al., 2020), vale perguntar se o tratamento dado a elas foi pior do que o tratamento dado aos homens. Elas podem ser mais vítimas de tortura do que os homens. Se isso for verdade, os países que não ratificaram o PF-CCT, com uma taxa mais alta de mulheres adultas do que os demais, seriam mais propensos a crimes de tortura. E porque eles não aderiram ao PF-CCT, os sistemas de supervisão de locais de detenção sob o direito internacional para prevenir a tortura não se aplicam a eles.

Embora nosso estudo não tenha envolvido testes estatísticos para comparar o tamanho da população carcerária adulta *versus* a população carcerária jovem, os resultados nas amostras mostraram ordens de magnitude muito diferentes. Isso já era esperado, pois em muitos países os menores de 18 anos não podem ser presos, como é o caso do Brasil (BRASIL, 1990). Quando cometem crimes ou atos análogos a crimes, muitas legislações incentivam a aplicação de penas alternativas à pena privativa de liberdade por estarem ainda em fase de formação. A CDC determina que a pena de prisão, detenção ou prisão serão usados apenas como último recurso para menores de 18 anos e pelo menor período necessário (UN, 1990).

Ainda sobre o perfil da população carcerária, chamou a atenção o fato de que, nos últimos três anos analisados, as taxas totais de presos foram estatisticamente maiores nos países que não ratificaram o PF-CCT. Talvez isso demonstre uma tendência, que só poderá ser confirmada em futuros estudos prospectivos. Tendo isso em mente, vale a mesma análise realizada anteriormente sobre as mulheres. Se a população carcerária é a mais vulnerável a crimes de tortura, os países com maior população carcerária tornam-se os países mais propensos a esses crimes. No período de 2017 a 2019, os países não comprometidos com o PF-CCT tiveram uma taxa total de encarceramento maior do que os comprometidos. No entanto, os sistemas preventivos do PF-CCT não se aplicam aos países que tiveram as taxas mais altas.

Com relação ao percentual de presos sem pena, os testes estatísticos aplicados aos dados de nossa pesquisa permitem concluir que a situação dos países comprometidos com o PF-CCT não é diferente da dos países não comprometidos. O artigo primeiro da CCT, ao definir tortura, esclarece que a dor ou o sofrimento que resulte unicamente de sanções legítimas não será

considerado tortura (UNITED NATIONS, 1984a). Estar na prisão sem sentença é um ato legítimo do ponto de vista legal. Mas e do ponto de vista da dignidade humana? Mesmo em condenações decorrentes de processos regulares, com ampla produção de provas, não está descartada a possibilidade de condenação de um inocente. A chance é, sem dúvida, maior nos casos em que o custodiante é detido sem julgamento final. Essa situação pode durar muitos meses, tanto que um dos indicadores deste estudo são as pessoas presas sem pena por mais de 12 meses. Não se pode dizer que as dores e sofrimentos de uma pessoa inocente encarcerada por meses ou mesmo anos à espera de uma sentença sejam consequências de sanções legítimas. Não podíamos nem falar de sanções em face da inocência de um indivíduo. Não há base legal no direito internacional para considerar a situação de um preso sem sentença como tratamento desumano ou degradante. Essa lacuna no ordenamento jurídico parece ter impactado nossos achados, pois o compromisso com o PF-CCT não implicou em nenhuma diferença de cenário nesse sentido. A proibição da tortura na lei ainda está muito associada à violência física, situações de espancamento. Mas a violência emocional e psicológica e o tratamento desumano podem assumir outras formas.

Quanto à capacidade carcerária, também não houve diferença no percentual de capacidade carcerária entre os dois grupos de países. Além disso, todos os resultados (sem exceção) mostraram superlotação carcerária em todos os anos analisados, ou seja, com percentuais médios de superlotação acima de 100%. Não há dúvida de que a própria superlotação implica um tratamento inadequado dos presos (SANTOS et al., 2020; SOUSA et al., 2020). Se essa inadequação constitui necessariamente uma situação de tortura ou tratamento ou pena cruel, desumana e degradante é algo que pode ser analisado caso a caso. Mas o fato é que um local superlotado de restrição de liberdade não é capaz de respeitar a dignidade humana de seus presos. Um dos objetivos dos mecanismos preventivos do PF-CCT estabelecidos no Artigo 19 é revisar regularmente o tratamento dos presos para melhorar suas condições (UNITED NATIONS, 2002a). Nossos resultados mostraram que essa previsão do PF-CCT não afetou o indicador de ocupação prisional.

As descobertas sobre as taxas de mortalidade de prisioneiros foram as mais surpreendentes. Na maioria dos casos, os países comprometidos com o PF-CCT apresentaram as taxas mais altas e, em alguns casos, principalmente no suicídio, essas diferenças foram estatisticamente significativas. Não é possível supor que uma legislação protetiva como o PF-CCT possa estar associada à piora dos indicadores. A verdade é que não é incomum que após

o surgimento de uma nova lei, os dados pioram no início (COLE, 2015b; HATHAWAY, 2002). A literatura explica esse fenômeno de duas maneiras. Primeiro, pode ser que a lei tenha aumentado a interpretação de um fenômeno para que o que antes não era considerado criminoso agora se torne (HATHAWAY, 2002). No caso da tortura de prisioneiros, por exemplo, a própria CCT obrigou os Estados Partes a considerar a tortura como crime. Assim, mais casos criminais serão contabilizados, o que não significa necessariamente que tenha havido um agravamento fático. Outro fator que pode explicar esse aparente agravamento após a aprovação da lei é o fato de o assunto ter começado a receber atenção das autoridades (GOODMAN; JINKS, [s.d.]). Haverá maior fiscalização e maior esforço para notificar as violações. Nesse caso, as notificações também aumentariam, mas a piora estaria relacionada a uma espécie de supernotificação, sem que isso indique necessariamente um aumento no número de casos.

5.2. ESTUDO A PARTIR DA TAXA DE SUICÍDIO DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA

5.2.1. Suicídio nas prisões

O suicídio é uma das causas mais importantes de morte nas prisões em todo o mundo (ECK et al., 2019; STÜRUP-TOFT; O'MOORE; PLUGGE, 2018). As taxas de suicídio nas prisões são maiores do que na população em geral, o que torna a questão um grande desafio de saúde pública. No caso dos presos do sexo masculino, essa diferença chega a ser 8 vezes maior e, no caso do sexo feminino, mais de 10 vezes maior (ZHONG et al., 2021). Os dados indicam que o suicídio em ambientes prisionais ocorre em diferentes países do mundo, desenvolvidos ou não, de alta ou baixa renda e independentemente do nível de IDH (UNODC, 2021).

Ações de prevenção são essenciais para reduzir o número de mortes por suicídio em ambientes de custódia, visto que o suicídio é um problema de saúde pública evitável (BARBOSA et al., 2022). Para que os governos planejem essas ações, é preciso saber quais são os elementos que mais influenciam na decisão dos presos em tirar a própria vida. A literatura científica tem avançado nos estudos dos fatores de risco relacionados ao suicídio em pessoas privadas de liberdade. São análises de risco baseadas em fatores demográficos, como cor ou raça, idade, estado civil e sexo (FAVRIL et al., 2019; HUMBER et al., 2013; PATTERSON; HUGHES, 2008); correlação entre suicídios e fatores criminológicos relacionados à natureza da prisão, seja detenção, prisão preventiva ou prisão perpétua, e também em relação à categoria de crimes que levaram à condenação, seja homicídio, crimes sexuais, crimes violentos, entre outros (BIRD, 2008; BRITAIN; AXELROD; VENTERS, 2013); estudos de fatores clínicos, como ideação suicida, história de automutilação e uso de medicação psicotrópica (BLAAUW; KERKHOF; HAYES, 2005; DAHLE; LOHNER; KONRAD, 2005); e também associações com questões institucionais, ou seja, a ocupação de celas individuais ou coletivas, e o fato de os presos receberem ou não visitas sociais (DUTHÉ; HAZARD; KENSEY, 2015; FRUEHWALD et al., 2004). O que se pode constatar nesses trabalhos é que os fatores de risco com maior associação com o suicídio foram a ideação suicida, e o histórico de tentativas de suicídio, fatores institucionais, condenações por crimes de suicídio e prisão preventiva e perpétua (ZHONG et al., 2021).

Todos esses estudos analisaram questões e características pessoais dos presos diretamente relacionadas ao cumprimento da pena. Não foram encontradas abordagens que

explorassem a relação entre a taxa de suicídio e macrofatores, como o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida dos países, e o avanço da legislação de proteção à violência em locais de cumprimento de pena privativa de liberdade. Como o suicídio é um evento multicausal e complexo, é necessário ampliar os estudos de possíveis fatores que possam estar indiretamente associados a ele, a fim de traçar estratégias de prevenção mais eficazes (PALMA; SANTOS; IGNOTTI, 2020). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) pode ser uma medida eficaz para testar a influência que a estrutura do país pode ter sobre o suicídio nas prisões. É uma estatística composta que considera dados sobre expectativa de vida ao nascer, educação e PIB per capita (ROSER, 2014).

Para testar os possíveis efeitos que a legislação protetiva pode ter sobre o suicídio, pode-se trabalhar com pactos internacionais de tortura, a saber, Convenção contra a Tortura e outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes (CCT), e Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e outros Tratamento ou Castigo Cruel, Desumano ou Degradante (PF-CCT). Entre os compromissos assumidos na CCT está o fato de que os países membros se comprometem a treinar e educar os funcionários prisionais para tratar adequadamente os indivíduos sob custódia, a fim de prevenir todos os atos de tortura (UNITED NATIONS, 1984b). O PF-CCT complementa a CCT, pois estabelece um mecanismo de fiscalização dos locais de internação (UNITED NATIONS, 2002b), como forma de garantir o cumprimento dos compromissos assumidos no tratado principal (CCT).

O fato de vigorar legislação que proíbe a tortura em ambientes de custódia influencia na taxa de suicídio de presos? E o IDH dos países pode ter alguma relação com o número de mortes por suicídio nas prisões? O presente estudo visa responder a essas questões e, portanto, testará a associação entre a taxa de suicídio nas prisões, o IDH e a homologação da CCT e PF-CCT.

5.2.2. Testes de associação

Trata-se de um estudo estatístico, que utilizou análises inferenciais para testar a associação entre a taxa de suicídio nas prisões, o IDH e a homologação da CCT e do PF-CCT. Os dados utilizados foram do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2019), que apresentou taxas de suicídio por 100.000 presos de 86 países entre os anos de 2010 a 2018. Não havia dados de todos esses 86 países em todos os anos, portanto trabalhamos com

amostras menores, a saber, em 2010 com 37, em 2011 com 39, em 2012 com 48, em 2013 com 51, em 2014 com 57, em 2015 com 61, em 2016 com 60, em 2017 com 43 e em 2018 com 45.

O estudo foi dividido em três partes. Na primeira, apresentamos os níveis de IDH do mundo e para isso organizamos os resultados em um gráfico de barras que ilustra o IDH médio de cada continente no ano de 2019. Utilizamos dados do Human Development Insights (UNITED NATIONS, 2022), e calculamos o IDH médio de todos os países que compunham cada continente, ao que chamamos de IDH médio mundial, e também calculamos o IDH médio dos países da nossa amostra, separados em seus respectivos continentes, ao que chamamos de IDH médio da amostra. Como a amostra de países utilizada no estudo não foi selecionada aleatoriamente (porque foi escolhida pelo simples fato de serem os países com os dados disponíveis), fizemos essa comparação para verificar se essa amostra estaria próxima da realidade, e poderia ser de alguma forma representativa.

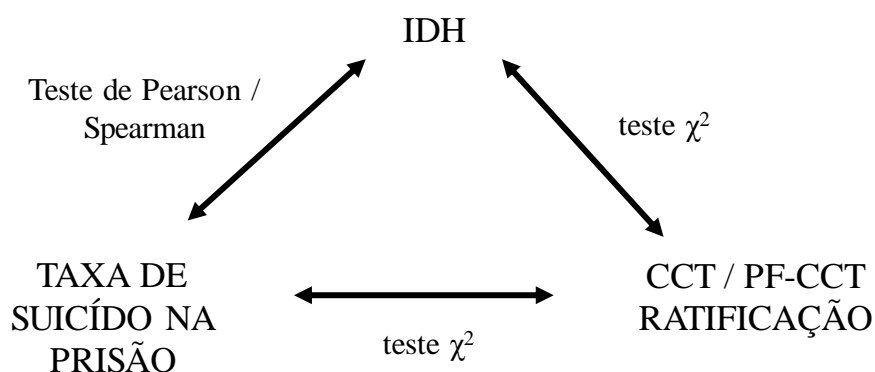
Na segunda e terceira partes fizemos os testes de associação. No segundo, testamos a correlação linear entre o IDH e as taxas de suicídio por 100.000 habitantes a cada ano. Para saber que tipo de teste de correlação deveríamos usar no estudo, aplicamos previamente o teste de Shapiro-Wilk (GONZÁLEZ-ESTRADA; COSMES, 2019), que é um teste de normalidade, nas distribuições das taxas de suicídio para cada ano. A hipótese nula era que a distribuição era normal e a alternativa era que não era normal. Consideramos 5% de significância. Se os p-valores fossem menores que 0,05, aplicaríamos um teste de correlação não paramétrico, ou seja, o coeficiente de correlação de postos de Spearman (SCHÖBER; BOER; SCHWARTE, 2018). Se as distribuições fossem normais, aplicaríamos o teste paramétrico de Pearson (GRECH; CALLEJA, 2018). Aplicamos o teste de correlação e calculamos o valor de p para descobrir se havia relação linear entre essas variáveis. A hipótese nula é que não existe correlação linear e a alternativa que existe. Também determinamos 5% de significância. Ilustramos todos os resultados em gráficos de dispersão.

Por fim, a terceira parte testou a associação entre a homologação do CCT e PF-CCT com o IDH e com a taxa de suicídio por 100.000 presos. Para isso, utilizou-se o teste Qui-quadrado, que é um teste aplicado a dados categóricos (KILIC, 2016). Todas as variáveis trabalhadas nesta etapa do estudo foram binárias. As variáveis de ratificação da CCT e do PF-CCT foram do tipo sim-não, sendo sim para os países ratificantes e não para os países não ratificantes. A variável IDH foi transformada em categórica binária, sendo muito alto/alto para países com $IDH \geq 0,700$ e médio/baixo para países com $IDH < 0,700$. A taxa de suicídio por

100.000 prisioneiros também foi categorizada em um estilo sim-não. Calculamos a média das taxas de suicídio para criar a taxa de suicídio acima da média por 100.000 variáveis de prisioneiros. Os países com taxas acima da média foram categorizados como sim e abaixo da média como não. Organizamos tabelas de contingência para registrar as observações independentes das variáveis descritas acima.

Todas as análises foram calculadas utilizando o Software Livre R, versão 4.2.1, com a interface R Commander. A Figura 15 resume a análise estatística deste estudo.

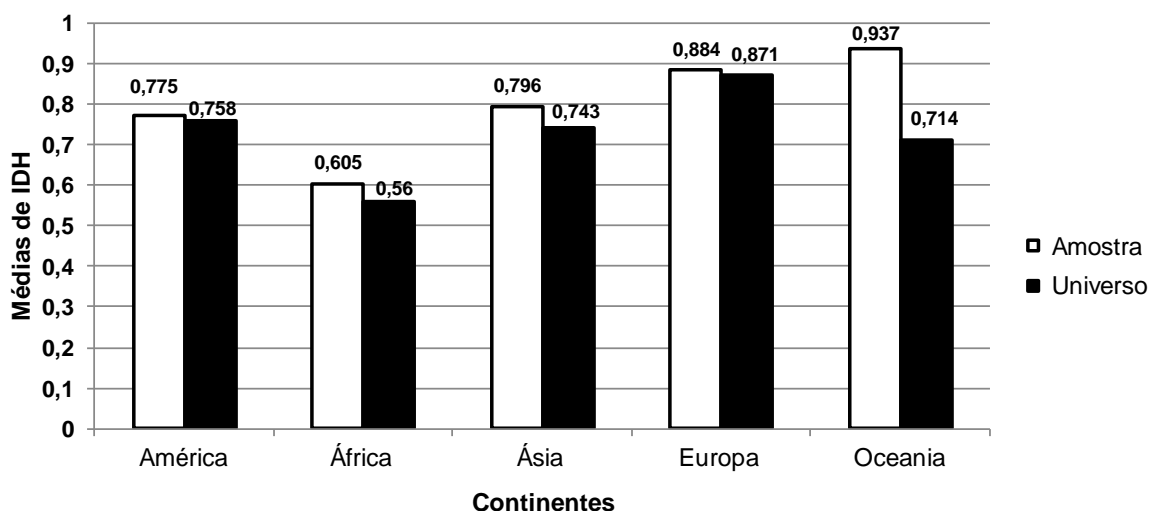
Figura 15 – Estatística para testar a associação entre a taxa de suicídio nas prisões, o IDH e a homologação do CCT e PF-CCT.



5.2.3. Relações entre a e a ratificação dos tratados, a taxa de suicídio e o IDH

O grau de desenvolvimento econômico e qualidade de vida dos países em 2019 foi apresentado na Figura 16 por meio dos resultados do IDH das médias mundiais e da amostra de cada continente.

Figura 16 – Médias do Índice de Desenvolvimento Humano Mundial (IDH) e da amostra, segundo continente, 2019.



Os IDHs da amostra foram superiores ao mundial em todos os casos. A maior diferença foi observada na Oceania, 0,223. Nos demais continentes, as diferenças entre o IDH mundial e o da amostra variaram entre 0,013 e 0,053. Pela convenção da ONU, IDH muito alto é considerado $\geq 0,800$, alto, na faixa entre 0,700 - 0,799, médio, entre 0,550 - 0,699 e baixo $< 0,550$ (24). Considerando esses parâmetros, o único continente que atingiu um IDH muito alto em relação às duas medidas (amostra e mundo) foi a Europa. A Oceania apresentou um IDH muito alto apenas em relação à amostra, mas pode não ser muito representativo, visto que a diferença para a média mundial foi a maior observada. Na América e na Ásia, o IDH mundial e amostral foram elevados. Apenas a África computou um IDH médio, e no caso da média mundial o resultado ficou próximo do limite da categoria inferior, ou seja, de um IDH baixo.

Os resultados das taxas médias de suicídio por 100.000 presos encontrados para os anos de 2010 a 2018 são apresentados na Tabela 7. Essa tabela também mostra o p-valor dos testes de normalidade e testes de correlação, ambos aplicados para cada ano do período.

Tabela 7 – Média das taxas de suicídio amostrais de 2010 a 2018 e valores de p do teste de normalidade e do teste de correlação com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2019.

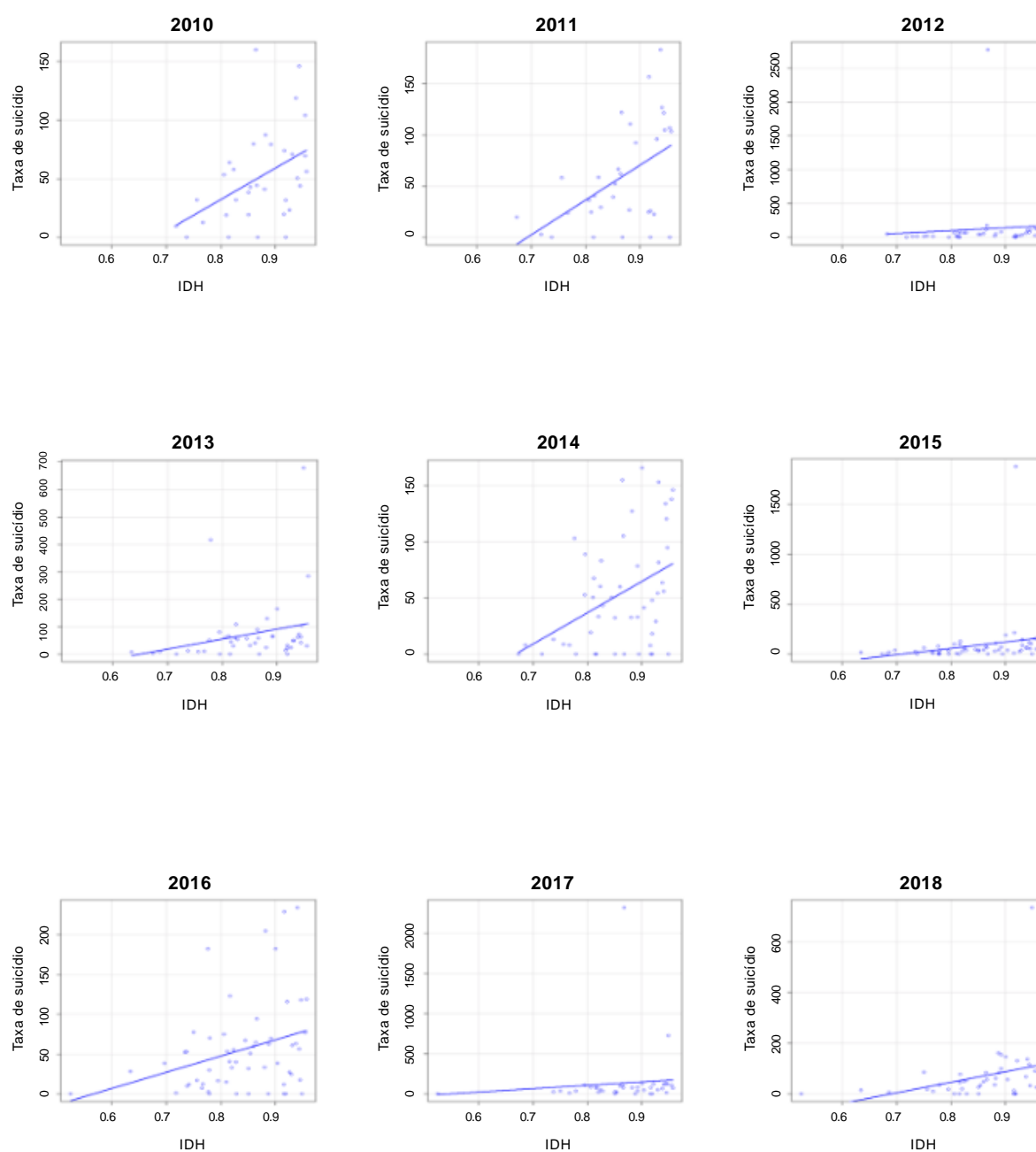
	Taxa de suicídio por 100.000 prisioneiros (média da amostra)	Teste de normalidade <i>p</i> -valor	Teste de correlação <i>p</i> -valor
2010	49.78	0.01412	0.005089
2011	54.85	0.00375	0.007001
2012	104.14	1.086e-14	0.004048
2013	68.45	1.372e-11	0.009238
2014	50.77	0.00006271	0.008628
2015	79.24	4.761e-16	0.0002843
2016	56.26	0.0000007661	0.02941
2017	127.44	3.352e-13	0.03908
2018	67.51	2.644e-11	0.005017

Fonte: Elaboração própria

É possível observar uma grande variação nos resultados da taxa de suicídio no período analisado. Isso ocorreu porque o conjunto de países que compunham a amostra para cada ano era diferente. Portanto, não é possível inferir que nos anos em que as taxas foram maiores, como no caso de 2012 e 2017, os números de suicídios nas prisões foram maiores.

Os resultados do teste de Shapiro-Wilk aplicado para cada ano apresentaram *p*-valores significativos em todos os casos. Isso significa que as distribuições das taxas de suicídio na amostra não são normais. Por esta razão, aplicamos o coeficiente de correlação de postos de Spearman. Todos os *p*-valores do teste de correlação foram estatisticamente significantes, indicando que há associação entre o IDH e a taxa de suicídio. As correlações encontradas estão ilustradas na Figura 17.

Figura 17 – Correlação linear entre a taxa de suicídio por 100.000 presos e o índice de desenvolvimento humano – IDH, 2010 – 2018.



Fonte: Elaboração própria

As correlações foram todas positivas. Isso significa que quanto maior o IDH do país, maior a taxa de suicídio por 100.000 presos, e essas correlações foram estatisticamente significativas.

Os resultados dos testes de associação Qui-quadrado são mostrados nas Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos países que ratificaram a Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes e seu Protocolo Facultativo, por Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, e por taxa de suicídio por 100.000 presos, 2019.

Variáveis categóricas		Índice de Desenvolvimento Humano - IDH				<i>p</i> -valor*
		Muito alto/alto		Médio/baixo		
		n	%	n	%	
Ratificou a CCT	Sim	67	87.0	6	7.8	0.550
	Não	4	5.2	0	0	
Ratificou o PF-CCT	Sim	48	62.3	3	3.9	0.399
	Não	23	29.9	3	3.9	

		Taxa de suicídio por 100.000 presos acima da média				<i>p</i> -valor*
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Ratificou a CCT	Sim	7	15.6	36	80	0.327
	Não	1	2.2	1	2.2	
Ratificou o PF-CCT	Sim	6	13.3	23	51.1	0.691
	Não	2	4.4	14	31.1	

*Teste exato de Fisher

Fonte: Elaboração própria

A homologação da CCT e do PF-CCT e os níveis de IDH não estão associados, visto que os valores de *p* encontrados foram superiores a 0,05, ou seja, 0,550 e 0,399, respectivamente. Portanto, o fato de os países estarem comprometidos com a CCT e o PF-CCT não está associado ao nível do IDH.

A Tabela 8 também mostra os achados dos testes de associação entre a homologação da CCT e do PF-CCT com a taxa de suicídio por 100.000 presos. Essas variáveis também não estão associadas e os *p*-valores encontrados foram 0,327 e 0,691, respectivamente. Assim, estar comprometido com a CCT e o PF-CCT não influenciou as taxas de suicídio em ambientes prisionais.

5.2.4. Fatores que influenciam os índices de suicídio nas prisões

Primeiramente, é necessário esclarecer que a amostra de países utilizada no estudo foi escolhida pelo fato de apresentarem dados sobre indicadores prisionais. Como a escolha não foi aleatória, ao comparar os IDHs médios dos países por continente mostrados na Figura 16, é

possível supor que se trata de uma amostra representativa, pois os resultados foram próximos aos do universo, com exceção da Oceania. Na literatura, há estudos anteriores que trabalham com amostras de aproximadamente 30 países, consideradas suficientemente amplas (NONNENBERG; MENDONÇA, 2005; NUNNENKAMP; SPATZ, 2002). Vale ressaltar que o número de países que compuseram nossas amostras variou de 37 a 61, o que significa uma representação de 19 a 32% do universo.

As taxas de suicídio encontradas por 100.000 presos em todos os anos foram superiores às taxas médias da população geral, o que era de se esperar. A taxa global de suicídio estimada em 2016 foi de 10,5 por 100.000 habitantes (WHO, 2018) e as taxas encontradas em nosso estudo variaram de aproximadamente 50 a 127 por 100.000 presos. Existem fatores de risco presentes em ambientes carcerários que estão fortemente associados ao suicídio, que acabam elevando os números. É o caso, por exemplo, do isolamento físico e da condição de vida na prisão, que tornam a população carcerária um grupo de alto risco para suicídio em relação à população geral (ECK et al., 2019; FAVRIL; STOLIKER; VANDER LAENEN, 2020).

Em relação ao IDH e à taxa de suicídio de presos, nossos resultados demonstram uma associação estatística com correlação positiva. Isso significa que em países com IDHs mais altos, as taxas de suicídio também são mais altas e o inverso é verdadeiro. Esse resultado contrariou nossa hipótese inicial, que foi baseada em estudos anteriores que analisaram a correlação entre questões socioeconômicas e taxas de suicídio da população, ou seja, ambientes fora de custódia. Um deles também utilizou a correlação de Spearman e encontrou associação entre o IDH e suicídio com significância estatística. No entanto, a correlação foi negativa: quanto maior o IDH, menor a taxa de suicídio (SCHNITMAN et al., 2011). Outro analisou a relação entre suicídio e fatores sociais, como índice de Gini, IDH e renda per capita, encontrando associação em todos os casos. As associações encontradas no estudo foram sempre no sentido de que quanto piores as condições socioeconômicas, maiores as taxas de suicídio (SILVA et al., 2022). Mas em nosso trabalho, a associação encontrada foi na direção oposta.

Não há dúvidas de que a questão socioeconômica é um fator que influencia o suicídio (HSU; CHANG; YIP, 2019; SOLANO et al., 2018). Há registro na literatura de que fatores socioeconômicos e transtornos mentais representam magnitude semelhante de risco para suicídio (LI et al., 2011). Mas os resultados do nosso estudo demonstram que os efeitos desses fatores são diferentes na população carcerária em relação à população geral. Na população geral, os países com maiores IDHs também foram aqueles com as menores taxas de suicídio, e

o inverso é verdadeiro. Na população carcerária, os países com maiores IDHs foram os que registraram as maiores taxas de suicídio e o inverso também é verdadeiro. O que pode explicar esse fenômeno?

Ao analisar a discrepância entre a prevalência de suicídios entre a população e os presos, podemos apontar dois motivos: a má adaptação às condições de vida nos ambientes prisionais e as características psíquicas dos presos, que podem ser considerados um grupo particularmente vulnerável (BÜSSELMANN et al., 2020). Se a dificuldade de adaptação às más condições é um fator de risco, podemos imaginar que os presos de países com IDH mais alto sofrem mais com a adaptação do que os presos que não têm mais qualidade de vida adequada fora da prisão. Assim, o impacto na diferença na qualidade de vida dos presos que vivenciaram uma melhor qualidade de vida fora da prisão é maior do que o dos demais. Isso pode explicar os achados do nosso estudo, que está de acordo com outros que mostraram que a prevalência de ideação suicida foi menor entre presos de países de baixa e média renda em comparação com presos de países de alta renda (HILL et al., 2022).

Os resultados do nosso estudo também mostraram que não há associação entre a homologação da CCT e PF-CCT e o IDH e a taxa de suicídio nas prisões. O IDH é calculado a partir da esperança de vida ao nascer, do índice de educação e do índice de renda (UNITED NATIONS, 2010). Este índice pretende representar o nível real de desenvolvimento humano. Com isso em mente, a não associação de tratados antitortura com o IDH poderia acender um sinal de que atos de tortura poderiam ser tolerados em países com altos índices de IDH. A Tabela 2 mostra que há pelo menos 4 países com IDH muito alto/alto que não estão comprometidos com a CCT e ainda 23 não estão comprometidos com o PF-CCT. Sabe-se que o fato de um país não fazer parte desses acordos internacionais não significa necessariamente que tolera a prática de tortura em seu território. Mas dada a importância política de fazer parte de um acordo internacional dessa magnitude, é possível concluir que a ausência de um país representa uma posição, que pelo menos passa a mensagem de que o tema não é prioritário no momento. A não associação da ratificação da CCT e do PF-CCT com as taxas de suicídio por 100.000 presos pode levar a pelo menos duas interpretações: a primeira no sentido de que a tortura não é fator de risco para suicídios em ambientes carcerários; a segunda no sentido de que os países comprometidos com esses tratados podem não ter taxas de tortura mais baixas do que outros países. Como a literatura já mostrou que a tortura pode sim estar relacionada ao suicídio (POLLANEN, 2018), parece não haver diferença estatisticamente significativa nos

números de tortura nas prisões nos países ratificantes e não ratificantes da CCT e do PF-CCT, demonstrando que parte dos objetivos desses tratados ainda não foram alcançados (NICHELE; FERREIRA, 2022).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com efeito, a lei moral prescreve um objetivo sem condição. Neste objetivo, é a razão que se toma a si mesma como fim, a liberdade que se atribui necessariamente um conteúdo como fim supremo determinado pela lei (DELEUZE, 2018, p. 77).

Essa dissertação foi um esforço para medir os possíveis efeitos na saúde humana de determinados acordos internacionais sobre os direitos humanos. Para tanto usamos a ciência estatística, mas, com base nesta, não conseguimos identificar melhorias substantivas nos indicadores de saúde por nós estudados.

Assim, uma conclusão possível poderia ser a denúncia da insuficiência do método utilizado para o escrutínio do nosso objeto. Nesse caso tratar-se-ia, então, de se propor uma outra ciência alternativa para a nossa pesquisa ou, então pensarmos em outro tipo de especulação.

É o que faremos, nos apropriando de alguns conceitos do Idealismo Transcendental de Kant. Durante meu percurso na pós-graduação, tive a oportunidade de entrar em contato com disciplinas relacionadas à Filosofia e me identifiquei de maneira especial por determinadas teses de Immanuel Kant. A seguir, tento uma breve abordagem de determinados conceitos desse filósofo, para, em seguida especular sobre um outro olhar para os resultados da nossa pesquisa.

6.1. BREVE PASSAGEM PELA TEORIA CRÍTICA DE KANT

Como se sabe, a filosofia de Kant é um tipo de inventário e de exame das funções subjetivas destinadas a capacitar o indivíduo a interagir tanto com o meio exterior ao sujeito, como com o seu próprio meio interno.

A *Crítica da Razão Pura* (KANT, 2001) examina a estrutura subjetiva que possibilita o conhecimento. Examina, também, quais seriam os usos legítimos da razão e as inevitáveis irresponsabilidades intelectuais desta. Aqui a tese fundamental é a de que tanto o espaço como o tempo devem ser compreendidos como dimensões da existência que dão realidade empírica às sensações.

Na *Crítica da Razão Prática* (KANT, 2008) explora-se o uso não-empírico da razão. Levanta-se a questão de também ser legítimo ao sujeito se desvincular da estrutura espaço temporal para transpor os limites de toda a experiência possível. Quais seriam os objetivos de

tal empreitada? A resposta de Kant não parece deixar dúvidas: tal transposição é a matéria do dever moral. Quais seriam, então, o papel e a estrutura subjetiva para a moral e que tipos de relação tal faculdade poderia estabelecer com a do conhecimento?

São bem conhecidas as especulações de comentadores e de críticos de Kant a respeito dos motivos do seu terceiro trabalho da maturidade: A terceira crítica. Para a maioria dos especialistas em Kant, o objetivo principal da *Crítica da Faculdade do Juízo* (KANT, 2012) é superar aquilo que o próprio filósofo nomeara como o "abismo infinito" por ele criado entre as razões teórica e prática, isto é, o hiato advindo das teses separatistas da subjetividade advindas das duas primeiras críticas.

A filosofia crítica de Kant pode ser vista como o escrutínio dos diversos tipos de capacidades do sujeito que permitem seu acesso ao mundo.










Há dois sentidos para o termo faculdade nessa teoria.

O primeiro diz respeito às relações entre sujeito e objeto. São as faculdades de conhecer (representação referida ao objeto do ponto de vista da conformidade), de desejar (representação referida ao objeto do ponto de vista da causalidade) e a dos sentimentos de prazer e de dor (representação referida ao próprio sujeito) (DELEUZE, 2018). No primeiro caso, há um objeto a ser conceituado; no segundo, o sujeito é a causa do objeto; no terceiro há uma disposição estética do sujeito, cuja fonte é uma espécie de reflexo do sujeito sobre si.

O segundo sentido do termo diz respeito às fontes de representação. São as faculdades do Entendimento (a fonte é o conceito), da Razão (a fonte é a Ideia) e a Imaginação (a fonte é a intuição). Esse segundo sentido diz respeito a uma espécie de comando da representação, dado o objetivo da razão. Se o ato é o conhecimento, o direcionamento da representação vem da Faculdade do Entendimento; se o ato é moral, a Faculdade da Razão assume o comando da representação; por último e, principalmente, a Faculdade da Imaginação, como uma espécie de maestro coordena, com base nos juízos estéticos do Belo e do Sublime, a articulação desejável entre os sujeitos moral e do conhecimento.

A Figura 18 ilustra esses dois sentidos de faculdade em Kant.

Figura 18 – Os dois sentidos de faculdade em Kant

		Relações entre sujeito e objeto		
		Conformidade	Causalidade	Reflexão
Fontes de representação	Entendimento	maior interesse 		
	Razão	 ↑ atividades para maximizar o conhecimento	maior interesse  ↑ atividades para maximizar a vontade livre	 ↑ atividades para maximizar o sentimento de prazer e de dor
	Imaginação			maior interesse 

Fonte: Elaboração própria

Sobre esse comando da representação, cabe aqui fazer a analogia com o mito da parelha alada de Platão, narrado no Diálogo Fedro, em que a alma é comparada a uma força constituída de um carro puxado por dois cavalos e conduzidos por um cocheiro. Cabe ao cocheiro, reger a parelha em que os cavalos são diversos, um sendo belo, bom e de boa raça e o outro, de raça ruim e de natureza arrevesada (PLATÃO, 2004). No caso das fontes de representação em Kant, o cocheiro poderá ser a faculdade do Entendimento, da Razão ou da Imaginação, a depender do objetivo da razão que se quer dar, e a parelha alada será formada pelas outras duas faculdades. O condutor precisa dirigir as demais faculdades, que tal como os cavalos platônicos, também têm juízos diferentes, mas os três, cocheiro e os dois cavalos, formam um todo, um só sujeito.

A filosofia de Kant é um exame do funcionamento dessas capacidades subjetivas na constituição da pessoa. É uma espécie de engenharia do sujeito que se constrói por setores interligados entre si na busca dos fins da razão. Esses fins constituem a própria cultura (Deleuze, 1963). Assim, para Kant, a cultura não é simples epifenômeno de leis mecânicas. De maneira mais radical, o Idealismo Transcendental vê na cultura a própria finalidade da existência.

Na *Crítica da Razão Pura*, para defender a tese de que tanto o espaço como o tempo são estruturas da Sensibilidade, Kant expõe a sua teoria perspectivista. Nesta, o filósofo parte da evidência de que tais dimensões são invariáveis na experiência de todo e qualquer objeto,

isto é, qualquer objeto, invariavelmente, se constitui como extensão e duração. E a justificativa para tal invariância descreve a tese básica do Idealismo Transcendental, isto é, a de que espaço e tempo são estruturas internas de todo e qualquer sujeito do conhecimento. O sujeito é afetado passivamente por estímulos, mas os organiza ativamente na moldura espaço temporal da Sensibilidade (KANT, 2001). Assim basta a Kant expor tal estrutura da sensibilidade para justificar a lei de seu funcionamento. A função da sensibilidade mostra a impossibilidade do conhecimento de “coisas em si”, ao mesmo tempo em que fundamenta a dedução necessária dos conceitos de uma outra faculdade cognitiva – o Entendimento - para os fenômenos. Os fenômenos são derivados dos arranjos espaciais de séries temporais para serem submetidos aos conceitos do Entendimento. Assim, o fenômeno é algo já pertencente ao tempo e ao espaço transcendentais do sujeito e adquire, dessa maneira, o estatuto transcendental necessário para submissão aos conceitos transcendentais do Entendimento.

Mas isso não é o bastante, uma vez que dessa maneira não se teria um único sujeito do conhecimento, mas múltiplas testemunhas de sucessivas aparições fenomênicas. Para que o conhecimento venha a ser possível torna-se necessário que todas as afecções sejam apreendidas como pertencentes a um mesmo sujeito pensante. Esta disposição é identificada por Kant como a síntese da apercepção: a consciência de si (KANT, 2001). Essa é a maneira pela qual o filósofo concebe o "EU", isto é, como mais uma função cognitiva do sujeito.

Seguem-se outros passos para a complexidade do conhecer. As Ideias da Razão também têm papel na atividade cognitiva. Estas, também atuam na constituição do EU. As Ideias devem dar maior extensão aos conceitos do Entendimento, quando especulam, por assim dizer, a respeito do diverso do sensível, isto é, da matéria do fenômeno. Kant talvez suponha existir uma unidade sistemática na natureza, unidade esta inapreensível unicamente pelo Entendimento. Intuição sensível, conceitos do Entendimento e Ideias da Razão, ao agirem de maneira integrada definem o que Kant denomina senso comum para o interesse cognitivo do sujeito. E tal interesse, como descrito, se realiza sob a tutela do Entendimento (DELEUZE, 2018).

Na *Crítica da Razão Prática* (KANT, 2008), o sujeito se estrutura em prol de representação bem diferente daquela que organizara o conhecimento. Se antes havia tarefa cognitiva dirigida a entes sensíveis, para a tarefa prática, a Razão prescinde de qualquer material sensível para atuar. Agora está representada de maneira absoluta.

Nova tarefa de dedução se faz necessária com objetivo de definir o objeto, o tipo de ser vinculado a tal representação. Tal demonstração leva à concepção do númeno. Representar a "coisa em si" é dar realidade à liberdade como causalidade originária do ser racional. Deduz-se, dessa forma, o único ser possível de uma representação não-sensível: é o sujeito, ele próprio, que emerge como "coisa em si". É esse processo dedutivo proposto por Kant que revela, no caso da razão prática, as idênticas naturezas do sujeito e do objeto para as questões morais. Trata-se da natureza suprassensível da "coisa em si" representada por um sujeito não-sensível que, dessa forma, também emerge como "coisa em si". Entende-se, por esse motivo, o caráter absoluto das Ideias da Razão, uma vez que a totalidade do sujeito moral é o conjunto de tais Ideias. Por essa via, também fica entendida a primazia da Ideia de Alma com relação às de Deus e de Mundo.

Mas tais Ideias não se mostram apenas como postulados da Razão (DELEUZE, 2018). Há uma contraparte sensível destas. Tal representação é não-cognitiva e ocorre na Imaginação. A Imaginação pode, também, esquematizar o objeto de maneira indeterminada, isto é, independente e anterior a qualquer objetivo conceitual (e aí até mesmo o termo objeto soa como inadequado). E mais, essa faculdade pode representar também, para além dos limites do esquematismo. Esse último caso é a representação sensível da Ideia da Razão. Como se sabe, há duas interpretações possíveis para o Idealismo Transcendental. As duas são igualmente defensáveis. Na primeira delas, há diferença de natureza entre fenômeno e "coisa em si", ficando vedado a esta última qualquer tipo de acesso cognitivo. Na segunda há identidade entre tais entes. Fenômeno seria o aspecto empírico da realidade numênica. A Imaginação fora do esquematismo proporciona o ajuste necessário entre Razão e Entendimento tanto para a função moral como para a cognitiva.

Na *Crítica da Razão Prática* (KANT, 2008) Kant apresenta outro tipo de senso comum para a função moral do sujeito. Intuição sensível, conceitos do Entendimento e Ideias da Razão agindo de maneira integrada compõem, sob a primazia das Ideias da Razão, o senso comum para os fins práticos. A justificação de tal argumento se dá por mais um processo de dedução no qual as Ideias da Razão e seus correspondentes na Imaginação têm o mesmo estatuto metafísico (DELEUZE, 2018). Deleuze, como comentador de Kant, nesse aspecto, evidencia a influência platônica no Idealismo Transcendental. Haveria, assim, a assunção de uma causalidade metafísica para o mundo empírico que talvez tenha, em Kant, caráter hipotético. Por fim, na *Crítica da Razão Prática* (KANT, 2008), Kant concilia as razões teórica e prática

com a ajuda de uma outra função que se apresenta como uma forma superior de sentimento. São os dois tipos de Juízos Estéticos.

O primeiro trata do sentimento de desprazer frente ao infinitamente grande ou frente ao infinitamente potente: Sublime. É evidente que tal apreensão só pode ser feita de maneira não cognitiva. A Imaginação, ao exprimir o correspondente da Ideia da Razão, dá estatuto sensível ao Sublime sem a participação do Entendimento. Assim, Kant argumenta que a Ideia da Imaginação deve ser secundária à da Razão. Para defender essa tese, ele propõe mais uma prova de dedução (DELEUZE, 2018). Na Imaginação, os arranjos espaciais de séries temporais têm naturezas finitas. Assim, nesta faculdade, a presença de qualquer Ideia metafísica só pode ser secundária às de uma outra instância. Esta instância é a Razão, faculdade em que não há limites sensíveis para a representação do infinito. Dessa maneira, o sentimento de infinito na Imaginação não poderia advir, nesta, como uma especulação sobre a natureza. Não há como se acessar ao infinito primariamente pela sensibilidade. Assim, o juízo estético do Sublime só pode ser um efeito racional: o infinito é suprassensível. Neste novo acordo entre faculdades, Razão e Imaginação formam arranjo sob primazia da Razão, sem participação do Entendimento.

O segundo juízo estético é o juízo do Belo. A interação entre Entendimento e Imaginação no juízo do Belo irá possibilitar, a posteriori, o equilíbrio necessário entre Razão e Entendimento tanto para as atividades práticas, como para as cognitivas. O prazer estético promove uma harmonia espontânea entre Razão e Entendimento (DELEUZE, 2018). Assim compreende-se o que vem a ser a Imaginação, isto é, a faculdade que tem a função de juntar aquilo que as duas primeiras críticas, vistas independentemente, pareceram ter separado de maneira radical: moral e conhecimento.

Agora, a questão para Kant é a de como justificar tal harmonia de maneira não-teológica.

Kant procura identificar no Belo uma espécie de finalismo na natureza capaz de ser refletido pela Imaginação. As formas belas emergem, então, na natureza. Tais formas podem ser captadas, sem esquemas e sem conceitos, por uma Imaginação livre. A natureza é capaz de simbolizar com base num tipo de capacidade a que Kant denomina GÊNIO. A Imaginação tem acesso a tais símbolos ao reproduzir o equivalente sensível de tais atributos naturais, tanto nas teorias científicas, como na arte.

Mas a existência do GÊNIO na natureza pode ter caráter hipotético na filosofia de Kant. É presumida. Tal presunção se fortalece na constatação do poder do juízo do Belo em promover a integração entre as razões prática e cognitiva. E supõe-se que tal poder da Faculdade da

Imaginação é consequência do fato de esta poder ter acesso a uma força natural que se realiza no GÊNIO. A Imaginação reflete o GÊNIO.

6.2. OUTRO OLHAR PARA OS RESULTADOS DA PESQUISA

Talvez não se trate, mesmo, da busca de uma ciência mais poderosa, ou mais adequada do que a Estatística, mas de se questionar o sentido do termo “Direito” para o “Humano”. O Direito é uma ciência que está para a prática da magistratura do mesmo modo que as ciências biológicas estão para a prática da medicina, por exemplo. Assim, uma questão que pode ser pensada é a dos limites de qualquer ciência como um todo para guiar uma prática. Será que a expressão “Direitos Humanos” não aponta para a primazia da faculdade cognitiva numa seara que talvez devesse pertencer à moral e a estética? Minha pequena aproximação de Kant aqui na pós-graduação me permitiu tal tipo de especulação.

Kant, na Crítica do Juízo, mostra a Faculdade da Imaginação como uma capacidade de o sujeito poder refletir (aqui a metáfora é de reflexão de uma imagem no espelho) o dado do mundo de maneira indeterminada, isto é, independentemente dos conceitos do Entendimento. Trata-se de um sentimento de prazer que advém da constatação da liberdade contemplativa de um esquema subjetivo, livre. E, no entanto, tal esquematismo também convém ao entendimento, numa espécie de harmonia cuja justificação parece ser o ponto dos mais difíceis do Idealismo Transcendental. Assim, embebida por uma certa ousadia que pude conquistar na pós-graduação, posso pensar, com base nos comentários de Gilles Deleuze à Terceira Crítica de que há uma hipótese em Kant, de origem platônica, de que a Ideia povoa o diverso numênico. Isso pode justificar até mesmo a primazia da cultura com relação ao ordenamento evolutivo da matéria. Em outros termos é bem possível uma leitura evolucionária do kantismo para poder pensar que a nossa espécie é o resultado da adaptação a uma natureza em que a primazia da estética, do Belo, selecionou um animal que se tornou racional por ter tido um cérebro lógico que apreendeu a sensação do prazer estético como o próprio Bem e, com o desenvolvimento da linguagem lógica, como ciência. Aí, a evolução da nossa espécie é uma história que pode ser contada do Belo, ao Bem e, finalmente, à ciência. Nosso organismo teria se adaptado primeiramente à pura sensação estética para depois, com um cérebro que evoluiu com grande aumento de massa, à Moral e, por fim, à ciência.

É uma interpretação possível do kantismo com base nos comentários de Deleuze. Mas, se plausível tal informação, talvez a humanidade tenha evoluído na esteira de uma inspiração estético-moral, por assim dizer e não exatamente de prescrições lógicas advindas de descobertas científicas. Claro que não se quer dizer, com isso, que as questões práticas relativas às relações humanas possam prescindir das diversas ciências que a apoiam. Como negar todo avanço tecnológico advindo do pensamento racional?

Quem sabe esse trabalho aponte para um caminho de substituição da primazia Direito (ciência) para a Estética (moral) nas questões das relações humanas?

REFERÊNCIAS

- ALAEI, K. et al. Cross-country analysis of correlation between protection of women's economic and social rights, health improvement and sustainable development. **BMJ Open**, v. 9, n. 6, p. e021350, jun. 2019.
- ALKEMA, L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 462–474, jan. 2016.
- ARENDDT, H. Public rights and private interests, in response to Charles Frankel. Em: **Small Comforts for Hard Times, Humanists on Public Policy**. [s.l.] Columbia University Press, 1977.
- ARROM SUHURT, C. H. et al. Género como factor asociado a sufrir determinado tipo de violencia. **Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud**, v. 13, n. 3, p. 51–57, 12 dez. 2015.
- AVENI, A. Sistemas de Saúde e Economia da Saúde – Impactos Causados pela COVID-19. **Cadernos de Prospecção**, v. 13, n. 2, p. 17, 2020.
- BARBOSA, J. M. A. et al. Behavioral risk factors for noncommunicable diseases associated with depression and suicide risk in adolescence. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. e00055621, 2022.
- BARROS, C. R. DOS S.; SCHRAIBER, L. B. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, 2017.
- BARROS, M. DE. **Retrato do artista quando coisa**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1998.
- BECO, G. The Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (the OPCAT) in Europe: Duplication or Reinforcement? **Maastricht Journal of European and Comparative Law**, v. 18, n. 3, p. 257–274, set. 2011.
- BENINGER, C. The Effectiveness of Legislative Reform in Combating Domestic Violence: A Comparative Analysis of Laws in Ghana, Namibia and South Africa. **Netherlands Quarterly of Human Rights**, v. 32, n. 1, p. 75–108, mar. 2014.
- BENZEVAL, M.; JUDGE, K. Income and health: the time dimension. **Social Science & Medicine**, v. 52, n. 9, p. 1371–1390, maio 2001.
- BEWICK, V.; CHEEK, L.; BALL, J. Statistics review: One-way analysis of variance. **Critical Care**, v. 8, n. 2, p. 130, 2004.

- BEZERRA, J. DA F. et al. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 1, p. 1–12, 28 fev. 2018.
- BIRD, S. M. Changes in male suicides in Scottish prisons: 10-year study. **British Journal of Psychiatry**, v. 192, n. 6, p. 446–449, jun. 2008.
- BLAAUW, E.; KERKHOF, A. J. F. M.; HAYES, L. M. Demographic, Criminal, and Psychiatric Factors Related to Inmate Suicide. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 35, n. 1, p. 63–75, fev. 2005.
- BORGES, L. C.; MENEZES, H. Z. DE; SOUZA, I. M. L. DE. Dilemas na implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. e00136919, 2020.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 1988.
- BRASIL. Lei 8.069. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 1990.
- BRASIL. Decreto nº 4.316. Protocolo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 31 jul. 2002.
- BRASIL. Portaria nº 2.446. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 11 nov. 2014.
- BREASTED, J. H. **Ancient Records of Egypt**. 3. ed. [s.l.] The University of Chicago Press, v. I, 1906.
- BRITTAIN, J.; AXELROD, G.; VENTERS, H. Deaths in New York City Jails, 2001–2009. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 4, p. 638–640, abr. 2013.
- BÜSSELMANN, M. et al. High Quality of Life Reduces Depression, Hopelessness, and Suicide Ideations in Patients in Forensic Psychiatry. **Frontiers in Psychiatry**, v. 10, p. 1014, 23 jan. 2020.
- BYOCK, I. **The best care possible: a physician's quest to transform care through the end of life**. First trade paperback edition ed. New York: Avery/Penguin Group (USA), 2013.
- CAHILL, N. et al. Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. **The Lancet**, v. 391, n. 10123, p. 870–882, mar. 2018.
- CALDWELL, J. E.; SWAN, S. C.; WOODBROWN, V. D. Gender differences in intimate partner violence outcomes. **Psychology of Violence**, v. 2, n. 1, p. 42–57, jan. 2012.

CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. **The Lancet**, v. 359, n. 9314, p. 1331–1336, abr. 2002.

CAMPBELL, M. Women's Rights and the Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women: Unlocking the Potential of the Optional Protocol. **Nordic Journal of Human Rights**, v. 34, n. 4, p. 247–271, out. 2016.

CARVALHO, E. R. DE O. et al. Self-injury and suicide attempt in incarcerated women: prevalence and risk factors. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e9710715788, 14 jun. 2021.

CARVALHO, F. R. M. Os direitos humanos, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e o pensamento filosófico de Norberto Bobbio sobre os direitos do homem. **Revista Âmbito Jurídico**, p. 5, 30 out. 2008.

CASIQUE CASIQUE, L.; FUREGATO, A. R. F. Violence against women: theoretical reflections. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 950–956, dez. 2006.

CHAGAS, D. R.; SANTOS, J. E. S. O DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE NO BRASIL E A PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS: ERROU QUEM PREVIU QUE “PIOR QUE TÁ NÃO FICA”. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 58529–58552, 2020.

CINGRANELLI, D.; FILIPPOV, M. Are Human Rights Practices Improving? **American Political Science Review**, v. 112, n. 4, p. 1083–1089, nov. 2018.

COLE, W. M. Human Rights as Myth and Ceremony? Reevaluating the Effectiveness of Human Rights Treaties, 1981–2007. **American Journal of Sociology**, v. 117, n. 4, p. 1131–1171, jan. 2012.

COLE, W. M. Mind the Gap: State Capacity and the Implementation of Human Rights Treaties. **International Organization**, v. 69, n. 2, p. 405–441, 2015a.

COLE, W. M. Mind the Gap: State Capacity and the Implementation of Human Rights Treaties. **International Organization**, v. 69, n. 2, p. 405–441, 2015b.

COMPARATO, F. K. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. 3. ed rev. e ampl ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

COMTE-SPONVILLE, A. **Pequeno tratado das grandes virtudes**. 3. ed. [s.l.] WMF Martins Fontes, 2016.

CONCIL OF EUROPE. XI. European Convention on Human Rights. . 1950.

CORRÊA, É. R. P.; MIRANDA-RIBEIRO, A. DE. Ganhos em expectativa de vida ao nascer no Brasil nos anos 2000: impacto das variações da mortalidade por idade e causas de morte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 1005–1015, mar. 2017.

CRIVELLI, D. E. The Italian debate about the ratification of Protocol n. 16. **Rivista Eurojus**, p. 11, 2020.

DAHLE, K.-P.; LOHNER, J. C.; KONRAD, N. Suicide Prevention in Penal Institutions: Validation and Optimization of a Screening Tool for Early Identification of High-Risk Inmates in Pretrial Detention. **International Journal of Forensic Mental Health**, v. 4, n. 1, p. 53–62, abr. 2005.

DANCY, G.; MICHEL, V. Human Rights Enforcement From Below: Private Actors and Prosecutorial Momentum in Latin America and Europe. **International Studies Quarterly**, p. n/a-n/a, ago. 2015.

DANCY, G.; SIKKINK, K. Ratification and human rights prosecutions: toward a transnational theory of treaty compliance. **NYUJ Int’l L & Pol.**, v. 44, p. 751, 2011.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 417–425, abr. 2005.

DELEUZE, G. **A filosofia crítica de Kant**. Tradução: Fernando Scheibe. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2018.

DEMLEITNER, N. V. The State, Parents, Schools, “Culture Wars,” and Modern Technologies: Challenges under the U.N. Convention on the Rights of the Child. **THE AMERICAN JOURNAL OF COMPARATIVE LAW**, v. 62, p. 24, 2014.

DONNELLY, J. International human rights: a regime analysis. **International Organization** p. 45, 1986.

DOWNS, S. H.; BLACK, N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 52, n. 6, p. 377–384, 1 jun. 1998.

DUNCAN, Z.; ARAÚJO, P. DE. **Carne e Osso**, 2005. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Nggh2RRXnWI>. Acesso em: 20. setembro de 2022.

DUTHÉ, G.; HAZARD, A.; KENSEY, A. Suicide des personnes écrouées en France : évolution et facteurs de risque: **Population**, v. Vol. 69, n. 4, p. 519–549, 17 mar. 2015.

ECK, M. et al. Le suicide en prison: épidémiologie et dispositifs de prévention. **La Presse Médicale**, v. 48, n. 1, p. 46–54, jan. 2019.

EDWARDS, A. THE OPTIONAL PROTOCOL TO THE CONVENTION AGAINST TORTURE AND THE DETENTION OF REFUGEES. **International and Comparative Law Quarterly**, v. 57, n. 4, p. 789–825, out. 2008.

EISENSTAT, S. A.; BANCROFT, L. Domestic Violence. **New England Journal of Medicine**, v. 341, n. 12, p. 886–892, 16 set. 1999.

ENGLEHART, N. A.; MILLER, M. K. The CEDAW Effect: International Law’s Impact on Women’s Rights. **Journal of Human Rights**, v. 13, n. 1, p. 22–47, jan. 2014.

EWERLING, F. et al. Demand for family planning satisfied with modern methods among sexually active women in low- and middle-income countries: who is lagging behind? **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p. 42, dez. 2018.

FARISS, C. J. The Changing Standard of Accountability and the Positive Relationship between Human Rights Treaty Ratification and Compliance. **British Journal of Political Science**, v. 48, n. 1, p. 239–271, jan. 2018.

FARISS, C. J.; DANCY, G. Measuring the Impact of Human Rights: Conceptual and Methodological Debates. **Annual Review of Law and Social Science**, v. 13, n. 1, p. 273–294, 13 out. 2017.

FAVRIL, L. et al. A 17-Year National Study of Prison Suicides in Belgium. **Crisis**, v. 40, n. 1, p. 42–53, jan. 2019.

FAVRIL, L.; STOLIKER, B.; VANDER LAENEN, F. What Differentiates Prisoners Who Attempt Suicide from Those Who Experience Suicidal Ideation? A Nationally Representative Study. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 50, n. 5, p. 975–989, out. 2020.

FERREIRA, A. P. et al. Análise do sistema prisional brasileiro: revisão sistemática da situação de saúde na população privada de liberdade. **Interfaces Científicas**, v. 8, n. 3, p. 365–385, 2020.

FLETCHER, A. Australia and the OPCAT. **Alternative Law Journal**, v. 37, n. 4, p. 233–237, dez. 2012.

FORATTINI, O. P. Varíola, erradicação e doenças infecciosas. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 371–374, out. 1988.

FORSYTHE, D. P. The United Nations and Human Rights, 1945-1985. **Political Science Quarterly**, v. 100, n. 2, p. 249, 1985.

FRANK, T. D. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2017, and forecasts to 2030, for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017. **The Lancet HIV**, v. 6, n. 12, p. e831–e859, dez. 2019.

FRUEHWALD, S. et al. Suicide in custody: Case–control study. **British Journal of Psychiatry**, v. 185, n. 6, p. 494–498, dez. 2004.

FURTADO, J. H. M. et al. Assistência pré-natal e políticas públicas de saúde da mulher: revisão integrativa. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 140–148, 30 mar. 2015.

GAMBLE, A. et al. The effects of a combined psychotherapy and physiotherapy group treatment program for survivors of torture incarcerated in an adult prison in Kurdistan, Iraq: A pilot study. **Torture Journal**, v. 30, n. 2, p. 58–76, 9 nov. 2020.

GARCÍA MÉNDEZ, E. Oríem, sentido e futuro dos direitos humanos: reflexões para uma nova agenda. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 1, n. 1, p. 6–19, 2004.

GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v. 368, n. 9543, p. 1260–1269, out. 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GILLERI, G. How do you perform human rights? Measurement, audit and power through global indicators. Em: FIORENTINI, F.; INFANTINO, M. (Eds.). **Mentoring Comparative Lawyers: methods, times, and places**. 2019. Ius Gentium, 2019. v. 77.

GIRIANELLI, V. R. et al. Qualidade das notificações de violências interpessoal e autoprovocada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2009-2016. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 318–326, 17 set. 2018.

GONZÁLEZ-ESTRADA, E.; COSMES, W. Shapiro–Wilk test for skew normal distributions based on data transformations. **Journal of Statistical Computation and Simulation**, v. 89, n. 17, p. 3258–3272, 22 nov. 2019.

GOODMAN, R.; JINKS, D. Measuring the Effects of Human Rights Treaties. **Ejil**, v. 14, n. 1, p. 171–183, 2003.

GRECH, V.; CALLEJA, N. WASP (Write a Scientific Paper): Parametric vs. non-parametric tests. **Early Human Development**, v. 123, p. 48–49, ago. 2018.

GRIFFIN, D. E. Measles virus and the nervous system. Em: **Handbook of Clinical Neurology**. [s.l.] Elsevier, 2014. v. 123p. 577–590.

HARDWICK, N.; MURRAY, R. Regularity of OPCAT visits by NPMs in Europe. **Australian Journal of Human Rights**, v. 25, n. 1, p. 66–90, 2 jan. 2019.

HATHAWAY, O. A. Do Human Rights Treaties Make a Difference? **The Yale Law Journal**, v. 111, p. 108, 1935.

HATHAWAY, O. A. Do Human Rights Treaties Make a Difference? **The Yale Law Journal**, v. 111, p. 1935–2042, 2002.

HILL, D. W. Avoiding Obligation: Reservations to Human Rights Treaties. **Journal of Conflict Resolution**, v. 60, n. 6, p. 1129–1158, set. 2016.

HILL, K. et al. Prevalence of mental health and suicide risk in prisons in low- and middle-income countries: a rapid review. **The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology**, v. 33, n. 1, p. 37–52, 2 jan. 2022.

HIRSI ALI, A. **Infiel: a história de uma mulher que desafiou o islã**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

HOFFMAN, S. J.; RØTTINGEN, J.-A. Assessing the Expected Impact of Global Health Treaties: Evidence From 90 Quantitative Evaluations. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 1, p. 26–40, jan. 2015.

HRABAR, D. BRIDGING THE NON-PROTECTION OF CHILDREN'S RIGHTS THROUGH THE OPTIONAL PROTOCOL TO THE CRC ON COMMUNICATIONS PROCEDURE AND A FUTURE EUROPEAN COURT. **Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske**, v. 3, p. 22, 2017.

HSIEH, A.; AMON, J. J. Ratification of human rights treaties: the beginning not the end. **The Lancet**, v. 374, n. 9688, p. 447, ago. 2009.

HSU, C.-Y.; CHANG, S.-S.; YIP, P. S. F. Subjective wellbeing, suicide and socioeconomic factors: an ecological analysis in Hong Kong. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 28, n. 1, p. 112–130, fev. 2019.

HUMBER, N. et al. A national case–control study of risk factors among prisoners in England and Wales. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 48, n. 7, p. 1177–1185, jul. 2013.

JANCIC, O. C. The UN Convention on the Rights of the Child: 25 Years After. Em: **Rights of the Child in a Changing World**. Switzerland: Springer International Publishing, 2016. v. 13p. 36.

KANT, I. **Crítica da razão pura**. Tradução: Manuela Pinto Dos Santos; Tradução: Alexandre Fradique Morujão. 5.ed ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001.

KANT, I. **Crítica da razão prática**. Tradução: Artur Morão. 9. ed ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

KANT, I. **Crítica da faculdade do juízo**. 3. ed ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

KASTLER, F. DEZ ANOS DA CONVENÇÃO-QUADRO DE CONTROLE DO TABACO: A FUNÇÃO NORMATIVA DA OMS EM SOCORRO DA SAÚDE GLOBAL? **R. Dir. sanit.**, p. 23, 2016.

KEITH, L. C. The United Nations International Covenant on Civil and Political Rights: Does It Make a Difference in Human Rights Behavior? **Journal of Peace Research**, v. 36, n. 1, p. 95–118, jan. 1999.

KILIC, S. Chi-square Test. **Journal of Mood Disorders**, v. 6, n. 3, p. 180, 2016.

KIM, T. K. T test as a parametric statistic. **Korean Journal of Anesthesiology**, v. 68, n. 6, p. 540, 2015.

KURUVILLA, S. et al. The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): a roadmap based on evidence and country experience. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, n. 5, p. 398–400, 1 maio 2016.

LASSALLE, F. A **Essência Da Constituição**. 9th ed ed. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2015.

LI, J. et al. Regional differences and spatial patterns of health status of the member states in the “Belt and Road” Initiative. **PLOS ONE**, v. 14, n. 1, p. e0211264, 30 jan. 2019.

LI, Z. et al. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. **Social Science & Medicine**, v. 72, n. 4, p. 608–616, fev. 2011.

LIBERATI, A. et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, p. 28, 2009.

LIM, S. S. et al. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1813–1850, out. 2016.

LIMENTANI, G. B. et al. Beyond the t-Test: statistical equivalence testing. **Analytical Chemistry**, v. 77, n. 11, p. 221A-226A, 2005.

LISPECTOR, C. **Felicidade clandestina: contos**. 1. ed ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LUPU, Y. Legislative Veto Players and the Effects of International Human Rights Agreements: VETO PLAYERS AND HUMAN RIGHTS TREATIES. **American Journal of Political Science**, v. 59, n. 3, p. 578–594, jul. 2015a.

LUPU, Y. Legislative Veto Players and the Effects of International Human Rights Agreements: VETO PLAYERS AND HUMAN RIGHTS TREATIES. **American Journal of Political Science**, v. 59, n. 3, p. 578–594, jul. 2015b.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683–1694, jun. 2016.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1799–1809, jun. 2018.

MBUAGBAW, L. et al. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2016, n. 3, 1 dez. 2015.

MCGINLEY, A.; MCMILLAN, T. The prevalence, characteristics, and impact of head injury in female prisoners: a systematic PRISMA review. **Brain Injury**, v. 33, n. 13–14, p. 1581–1591, 6 dez. 2019.

MCGROGAN, D. Human Rights Indicators and the Sovereignty of Technique. **European Journal of International Law**, v. 27, n. 2, p. 385–408, maio 2016.

MENEZES, W.; BEZERRA MARCOS, H. J. O Direito Internacional e a Pandemia. **Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Uberlândia**, v. 48, n. 2, 8 dez. 2020.

MERRY, S. Measuring the world: indicators, human rights, and global governance. Em: MALITO, D.; BHUTA, N.; UMBACH, G. (Eds.). **The Palgrave Handbook of Indicators in Global Governance**. 1st ed. 2018 ed. Cham: Springer International Publishing : Imprint: Palgrave Macmillan, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. 1a edição ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2009.

MOLLER, A.-B. et al. Early antenatal care visit: a systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 10, p. e977–e983, out. 2017.

MONGE, C. O DIREITO FUNDAMENTAL À PROTEÇÃO DA SAÚDE THE FUNDAMENTAL RIGHT TO HEALTH PROTECTION. v. 6, n. 1, p. 26, 2019.

MORAES, L. C. DE et al. A ordem civilizadora da barbárie: o sistema prisional feminino no brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 3, p. e197932769, 11 mar. 2020.

MORETTIN, P. A.; BUSSAB, W. DE O. **Estatística basica**. São Paulo: Saraiva, 2010.

MURRAY, R. et al. **The Optional Protocol to the UN Convention Against Torture**. New York: Oxford ; Oxford University Press, 2011.

NERUDA, P. **Últimos poemas (bilíngue)**. [s.l.] Coleção L&PM Pocket, 1997.

NGUYEN, S. Treaty Design for Protecting Human Rights: Evidence from the Convention Against Torture and Its Optional Protocol. **Annual Meeting of the American Political Science Association**, p. 44, 2013.

NICHELE, C. DA S. T.; FERREIRA, A. P. Tratados internacionales de derechos humanos: efectos sobre la salud de la mujer. **Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud**, v. 18, n. 3, p. 55–66, 1 dez. 2020.

NICHELE, C. DA S. T.; FERREIRA, A. P. Influence of international commitments against torture on prison indicators: measuring human rights. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e49611125288, 13 jan. 2022.

NICHELE, C. DA S. T.; HORTA, M. A. P.; FERREIRA, A. P. Saúde da mulher: papel dos pactos internacionais na evolução da proteção aos direitos humanos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 34, p. 1–14, 2021a.

NICHELE, C. DA S. T.; HORTA, M. A. P.; FERREIRA, A. P. Effects of the Optional Protocols to the Convention on the Rights of the Child on the causes of child death: a

statistical study on a global scale. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 10, n. 4, p. 48–65, 16 nov. 2021b.

NIELSEN, R. A.; SIMMONS, B. A. Rewards for Ratification: Payoffs for Participating in the International Human Rights Regime? **International Studies Quarterly**, v. 59, n. 2, p. 197–208, jun. 2015.

NONNENBERG, M. J. B.; MENDONÇA, M. J. C. DE. Determinantes dos investimentos diretos externos em países em desenvolvimento. **Estudos Econômicos (São Paulo)**, v. 35, n. 4, p. 631–655, dez. 2005.

NOWAK, M.; BIRK, M.; MONINA, G. (EDS.). **The United Nations Convention against Torture and its Optional Protocol: a commentary**. Second edition ed. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2019.

NUNNENKAMP, P.; SPATZ, J. Determinants of FDI in developing countries: has globalization changed the rules of the game? **Transnacional Corporations**, v. 11, n. 2, 2002.

O'HARE, B. A.-M.; DEKUMAR, D.; ALLEN, S. Using international human rights law to improve child health in low-income countries: a framework for healthcare professionals. **BMC International Health and Human Rights**, v. 16, n. 1, p. 11, dez. 2016.

OHCHR. **Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment**, 2021a.

OHCHR, O. OF THE U. N. H. C. FOR H. R. **Ratification of 18 International Human Rights Treaties. Status of Ratification.**, 2019.

OHCHR, O. OF THE U. N. H. C. FOR H. R. **Convention on the Rights of the Child.** , 9 fev. 2021b. Disponível em: <https://indicators.ohchr.org/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** , 2019. Disponível em:

www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5702:oms-divulgacao-nova-classificacao-internacional-de-doencas-cid-11&Itemid=875. Acesso em: 21 ago. 2019

ONU. **Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women.** . 1979. ONU. **Optional Protocol to the Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women**, 1999. Acesso em: 15 jun. 2021.

OOMS, G.; KEYGNAERT, I.; HAMMONDS, R. The right to health: from citizen's right to human right (and back). **Public Health**, v. 172, p. 99–104, jul. 2019.

PALMA, D. C. DE A.; SANTOS, E. S. DOS; IGNOTTI, E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. e00092819, 2020.

PALMER, A. et al. Does ratification of human-rights treaties have effects on population health? **The Lancet**, v. 373, n. 9679, p. 1987–1992, jun. 2009.

PATTERSON, R. F.; HUGHES, K. Review of Completed Suicides in the California Department of Corrections and Rehabilitation, 1999 to 2004. **Psychiatric Services**, v. 59, n. 6, p. 676–682, jun. 2008.

PIERSON, J. Abortion as a Human Right in the United States: Exploring the Role of CEDAW Cities in Challenging the Hyde Amendment. **Columbia University Libraries**, 2018.

PINHEIRO, F. M. L. A TEORIA DOS DIREITOS HUMANOS. **THEMIS - Revista da Escola Superior da Magistratura do Estado do Ceará**, v. 6, n. 2, p. 12, 2008.

PIOVESAN, F. A CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA DE 1988 E OS TRATADOS INTERNACIONAIS DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos e o Brasil: Workshop. **Anais...Superior Tribunal de Justiça**: 2000. Disponível em: <https://www.stj.jus.br/publicacaoainstitucional/index.php/API/article/view/3516/3638>. Acesso em: 21 ago. 2019.

PLATÃO. **Mênnon**. 2. ed ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Loyola ; Ed. PUC-Rio, 2003.

PLATÃO. **Fedro: texto integral**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2004.

POLLANEN, M. S. The pathology of torture. **Forensic Science International**, v. 284, p. 85–96, mar. 2018.

PRÁ, J. R.; EPPING, L. Cidadania e feminismo no reconhecimento dos direitos humanos das mulheres. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, p. 33–51, abr. 2012.

REZEK, F. **Direito internacional público: curso elementar**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

ROSER, M. Human Development Index (HDI). **Our WorldIn Data**, 2014.

RUDOLF, B. Freedom from Violence, Full Access to Resources, Equal Participation, and Empowerment: The Relevance of CEDAW for the Implementation of the SDGs. Em: KALTENBORN, M.; KRAJEWSKI, M.; KUHN, H. (Eds.). **Sustainable Development Goals and Human Rights**. Interdisciplinary Studies in Human Rights. Cham: Springer International Publishing, 2020. v. 5p. 73–94.

SANTANA, T. D. B. et al. AVANÇOS E DESAFIOS DA CONCRETIZAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE DA MULHER: REFLEXÃO TEÓRICA. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 61, 9 dez. 2019.

SANTOS, F. DA S. et al. As condições do sistema penitenciário brasileiro em contraste com os direitos fundamentais da mulher encarcerada. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e732974602, 8 jun. 2020.

SCHNITMAN, G. et al. TAXA DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO E INDICADORES SOCIOECONÔMICOS NAS CAPITAIS BRASILEIRAS. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 46, 29 ago. 2011.

SCHOBER, P.; BOER, C.; SCHWARTE, L. A. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. **Anesthesia & Analgesia**, v. 126, n. 5, p. 1763–1768, maio 2018.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 359–367, jun. 2007.

SILVA, T. L. et al. SPATIAL ANALYSIS OF SUICIDE IN NORTHEASTERN BRAZIL AND ASSOCIATED SOCIAL FACTORS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 31, p. e20210096, 2022.

SINCLAIR, I. M. **The Vienna Convention on the Law of Treaties**. 2nd ed ed. Manchester [Greater Manchester] ; Dover, N.H: Manchester University Press, 1984.

SMITH-CANNOY, H. et al. When everyone agrees: human rights norms on women and children and their effects on health. **The International Journal of Human Rights**, v. 24, n. 10, p. 1537–1571, 25 nov. 2020.

SÓFOCLES. **Édipo Rei e Antígona**. 3. ed. São Paulo: Martin Claret, 2018.

SOLANO, P. et al. Conceptualizations of suicide through time and socio-economic factors: a historical mini-review. **Irish Journal of Psychological Medicine**, v. 35, n. 1, p. 75–86, mar. 2018.

SOUSA, F. B. DE et al. Sistema prisional brasileiro: infraestrutura, rebeliões e administração de crises. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. e633974342, 1 jun. 2020.

SOUSA, M. E. A.; TAVARES, M. DE F. L.; DA ROCHA, R. M. Dimensões dos direitos fundamentais no Plano Nacional de Políticas para Mulheres. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 8, n. 2, p. 09–30, 24 jul. 2019.

SPIEGEL, M. R.; STEPHENS, L. J. **Estatística**. 4a. edição ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
SSENYONJO, M. Responding to Human Rights Violations in Africa. **International Human Rights Law Review**, v. 7, n. 1, p. 1–42, 19 jun. 2018.

STOFFELS, R. A. The role of the CEDAW Committee in the implementation of public policies on gender issues: analysis through a study of the protection of girls' rights in Spain. **The International Journal of Human Rights**, v. 23, n. 8, p. 1317–1336, 14 set. 2019.

STÜRUP-TOFT, S.; O'MOORE, E. J.; PLUGGE, E. H. Looking behind the bars: emerging health issues for people in prison. **British Medical Bulletin**, v. 125, n. 1, p. 15–23, 1 mar. 2018.

SVEAASS, N.; MADRIGAL-BORLOZ, V. The preventive approach: OPCAT and the prevention of violence and abuse of persons with mental disabilities by monitoring places of detention. **International Journal of Law and Psychiatry**, v. 53, p. 15–26, jul. 2017.

TAIT, C. A. et al. Can the health effects of widely-held societal norms be evaluated? An analysis of the United Nations convention on the elimination of all forms of discrimination against women (UN-CEDAW). **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 279, dez. 2019.

TAJRA, F.; PONTES, R.; CARVALHO, F. Direito à saúde da mulher e da criança no Brasil. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 18, n. 2, p. 4–7, 2016.

TASIOULAS, J.; VAYENA, E. Getting human rights right in global health policy. **The Lancet**, v. 385, n. 9978, p. e42–e44, abr. 2015.

TASIOULAS, J.; VAYENA, E. The place of human rights and the common good in global health policy. **Theoretical Medicine and Bioethics**, v. 37, n. 4, p. 365–382, ago. 2016.

THE WORLD BANK. **World Bank Country and Lending Groups – country classification**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>. Acesso em: 27 nov. 2019.

TOBIN, J. (ED.). **The UN Convention on the Rights of the Child: a commentary**. First edition ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.

TROEGER, C. et al. Estimates of global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of diarrhoeal diseases: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 17, n. 9, p. 909–948, set. 2017.

TYLER, N. et al. An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: prevalence, comorbidity, and gender differences. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 54, n. 9, p. 1143–1152, set. 2019.

UEBEL, R. R. G. A geopolítica do coronavírus em tempos de incertezas. **Diálogos Internacionais**, v. 7, n. 70, abr. 2020.

UN. Convention on The Prevention and Punishment of the Crime of Genocide. **Assembly Resolution**, 11 dez. 1946.

UN. United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. **Assembly Resolution**, 26 jun. 1987.

UN. Resolution 44/25. Convention on the Rights of the Child. **Assembly Resolution**, 2 set. 1990.

UN. Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on a communications procedure. **Assembly Resolution 66/138**, 2012.

UN GENERAL ASSEMBLY. Declaração Universal dos Direitos Humanos adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. **Universal Declaration of Human Rights**, 1948.

UNITED NATIONS. 17955. Pact of San José, Costa Rica, 22 nov. **Assembly Resolution**, 1969.

UNITED NATIONS. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. **Assembly Resolution 39/46**, 10 dez. 1984 a.

UNITED NATIONS. Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. **Resolution A/RES/57/199**, 18 dez. 2002 a.

UNITED NATIONS. **The real wealth of nations: pathways to human development**. 20th anniversary ed ed. New York, NY: United Nations Development Programme, 2010.

UNITED NATIONS, U. N. Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. **Resolution 39/46**, 10 dez. 1984 b.

UNITED NATIONS, U. N. Optional Protocol to the Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. **Resolution 39/46**, 18 dez. 2002 b.

UNITED NATIONS, U. N. **Human Development Index (HDI)**, 2022. Disponível em: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>. Acesso em: 25 jul. 2022.

UNODC. **Data United Nations Office on Drugs and Crime: Prison**. [s.l.] United Nations, 2019. Disponível em: <https://dataunodc.un.org/>. Acesso em: 21 ago. 2021.

UNODC, U. N. O. ON G. AND CR. **Mortality in prison**. [s.l.] United Nations, 2021. Disponível em: <https://dataunodc.un.org/dp-prisons-mortality>. Acesso em: 25 jul. 2022.

UPRETI, M.; JACOB, J. The Philippines' Criminal Restrictions on Abortion and the CEDAW Committee's Role in Strengthening Calls for Reform. **Canadian Woman Studies**, v. 33, p. 1–2, 2020.

VALENTINA DE MORAES, M.; THAIS STEIN, F. A PROTEÇÃO MULTINÍVEL DO DIREITO À SAÚDE SOB A ÓTICA DO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL E DA CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS: ANÁLISE COMPARATIVA. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito**, v. 30, n. 1, 14 maio 2020.

VOS, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 390, n. 10100, p. 1211–1259, set. 2017.

WEISSBRODT, D. The Concept and Present Status of the International Protection of Human Rights: Forty Years After the Universal Declaration. By B. G. Ramcharan. Dordrecht, Boston, London: Martinus Nijhoff Publishers, 1989. Pp. xi, 611. Index. Dfl.295; \$159.50; £94.50. **American Journal of International Law**, v. 84, n. 3, p. 790–791, jul. 1990.

WELLER, P. OPCAT monitoring and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. **Australian Journal of Human Rights**, v. 25, n. 1, p. 130–149, 2 jan. 2019.

WHITE, M. The role and scope of OPCAT in protecting those deprived of liberty: a critical analysis of the New Zealand experience. **Australian Journal of Human Rights**, v. 25, n. 1, p. 44–65, 2 jan. 2019.

WHO. Convention on Tobacco Control. **Assembly Resolution**, 27 fev. 2005.

WHO. **World Health Organization Countries Classification**, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/countries>. Acesso em: 15 jun. 2021.

WHO, W. H. O. **Strategies toward ending preventable maternal mortality**. EPMM, 2015.

WHO, W. H. O. Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. **World Health Organization, Geneva.**, 2018.

WHO, W. H. O. **Global Health Observatory data repository**. [s.l: s.n.]. Acesso em: 20 ago. 2019.

WILLIAMS, J. et al. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries. **Journal of Global Health**, v. 8, n. 2, p. 020409, dez. 2018.

WILSON, A.; DAAR, A. S. A Survey of International Legal Instruments to Examine Their Effectiveness in Improving Global Health and in Realizing Health Rights. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 41, n. 1, p. 89–102, 2013.

WOLF, A. H.; WATSON, J. Navigating the Boundaries of Prevention: The Role of Opocat in Deportations with Diplomatic Assurances. **Netherlands Quarterly of Human Rights**, v. 27, n. 4, p. 525–566, dez. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030): Every Woman Every Child**. [s.l: s.n.].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Advancing the right to health: the vital role of law**. Geneva: World Health Organization, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cos effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE) – Alphabetical List of WHO Member States**. [s.l: s.n.]. Disponível em: TTPS://www.who.int/choice/demography/by_country/en/. Acesso em: 27 nov. 2019a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Observatory data repository – Global strategy for women's, children's and adolescents' health**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GSWCAHDATA?lang=en>. Acesso em: 27 nov. 2019b.

WRIGHT, C. et al. The Global Burden of Meningitis in Children: Challenges with Interpreting Global Health Estimates. **Microorganisms**, v. 9, n. 2, p. 377, 13 fev. 2021.

WÜNSCH, M. S. O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO DIREITO INTERNACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS E O RECONHECIMENTO DO DIREITO À SAÚDE. p. 21, 2019.

YANG, F.; LIU, X.; ZHA, P. Trends in Socioeconomic Inequalities and Prevalence of Anemia Among Children and Nonpregnant Women in Low- and Middle-Income Countries. **JAMA Network Open**, v. 1, n. 5, p. e182899, 28 set. 2018.

ZHONG, S. et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Public Health**, v. 6, n. 3, p. e164–e174, mar. 2021.

ANEXO
(EXCERTO DAS PUBLICAÇÕES)

Artículo Original/ Original Article

Tratados internacionales de derechos humanos: efectos sobre la salud de la mujer

Cíntia da Silva Telles Nichele¹ , Aldo Pacheco Ferreira¹ 

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro (RJ), Brasil

**Cómo referenciar este artículo/
How to reference this article:**

Telles Nichele CDS, Pacheco Ferreira A.
Tratados internacionales de derechos humanos: efectos sobre la salud de la mujer. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2020; 18(3): 55-66

RESUMEN

Este artículo examina los efectos de los tratados internacionales de derechos humanos relacionados con la salud de la mujer. Para ello, tuvo como objetivo analizar la relación entre la ratificación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) y del Protocolo facultativo de esa Convención (OP-CEDAW) y los resultados de la violencia sexual contra la mujer por pareja y no pareja, de la tasa de mortalidad materna y de la esperanza de vida de la mujer al nacer. Utilizó un método cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. En cuanto a la violencia sexual contra la mujer, se comparó el grado de adherencia a los tratados y la prevalencia de este tipo de violencia. En cuanto a la tasa de mortalidad materna y la esperanza de vida al nacer, las correlaciones se construyeron utilizando el método de mínimos cuadrados lineales. El estudio involucró al universo de países, los cuales fueron agrupados según la división regional de la OMS. Como resultado, se encontró que estos tres indicadores han mejorado con el tiempo en todas las regiones en el período posterior a la ratificación de ambos tratados. Sin embargo, no fue posible asociar tales avances con el aumento en el número de países que se han unido a los tratados. Por tanto, se debe reconocer que la ratificación de un tratado representa solo el comienzo del compromiso con los derechos humanos para la salud.

Palabras clave: salud de la mujer, derechos humanos, cooperación internacional, salud pública, no discriminación.

International human rights treaties: effects on women's health

ABSTRACT

This article examines the effects of international human rights treaties related to women's health. The objective was to analyze the relationship between the ratification of the Convention on the elimination of all forms of discrimination against women (CEDAW) and the Optional Protocol to that Convention (OP-CEDAW) and the results of sexual violence against women by partner and non-partner, maternal mortality rate and life expectancy for women at birth. It used a quantitative, descriptive and cross-sectional method. Regarding sexual violence against women, the degree of adherence to the treaties and the prevalence of this type of violence were compared. Regarding the maternal mortality rate and life expectancy at birth, the correlations were constructed using the linear least squares method. The study involved the universe of countries, which were grouped according to the regional division of the WHO. As a result, these three indicators were found to have improved over time in all regions in the period after the ratification of both treaties. However, it was not been possible to associate such advances with the increase in the number of countries that have joined

Fecha de recepción: Julio 2020. Fecha de aceptación: Octubre 2020

*Autor correspondiente: Aldo Pacheco Ferreira. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Email: aldopachecoferreira@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons



Saúde da mulher: papel dos pactos internacionais na evolução da proteção aos direitos humanos

Women's health: the role of international pacts in the evolution of human rights protection

Salud de la mujer: papel de los pactos internacionales para la evolución de la protección de los derechos humanos

Cíntia da Silva Telles Nichele 

Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil

Marco Aurelio Pereira Horta 

Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil

Aldo Pacheco Ferreira 

Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Avaliar se a adesão aos pactos internacionais relativos aos direitos humanos das mulheres influenciou o estado de saúde delas, especialmente no que diz respeito ao assessoramento sobre o planejamento da família. **Métodos:** Estudo ecológico, analítico e quantitativo realizado no segundo semestre de 2019 a partir de oito indicadores da estratégia global para a saúde da mulher da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimados entre 1993 a 2018. As mensurações envolveram 190 países que aderiram à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) e 115 países que aderiram ao Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (OP-CEDAW). Realizou-se análise descritiva da evolução dos indicadores da OMS e das adesões aos tratados nesse período. Posteriormente, organizaram-se os dados nas categorias de países conforme a renda (alta, média alta, média baixa e baixa) para fins de comparação. Calculou-se a significância estatística da diferença entre as médias dos indicadores de saúde das mulheres nos cinco anos antes do país ratificar o tratado, na data da ratificação e nos cinco anos seguintes. **Resultados:** O planejamento familiar foi estatisticamente significativo para ambos os pactos, CEDAW (p -valor=0,05) e OP-CEDAW (p -valor=0,007). A anemia em mulheres grávidas e a cobertura de cuidados pré-natais foram significativas em relação ao OP-CEDAW (p -valor=0,03 e 0,01, respectivamente). **Conclusão:** A maioria dos indicadores de saúde das mulheres analisados parece não ter sofrido a influência da adesão aos pactos, com exceção do planejamento familiar, o único indicador impactado positivamente pelos dois tratados.

Descritores: Saúde da Mulher; Direitos Humanos; Cooperação Internacional; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To assess whether adherence to international pacts related to women's human rights has influenced their health status, especially with regard to advice on family planning. **Methods:** A quantitative ecological and analytical study was conducted in the second half of 2019 based on 8 World Health Organization (WHO) global strategy indicators for women's health estimated between 1993 and 2018. Measurements involved the 190 countries that adhered to the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) and the 115 countries that adhered to the Optional Protocol to Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (OP-CEDAW). Descriptive analysis of the evolution of WHO indicators and adherence to treaties in that period was carried out. Then, the data were organized into the categories of countries according to their income (high, upper-middle, lower-middle, and low) for comparison purposes. We calculated the statistical significance of the difference between the mean values for women's health indicators in the five years before the country ratified the treaty, on the date of ratification, and five years later. **Results:** Family planning was statistically significant for both pacts, CEDAW (p -value=0.05) and OP-CEDAW (p -value=0.007). Anemia in pregnant women and coverage of antenatal care were also significant in relation to OP-CEDAW (p -value=0.03 and 0.01, respectively). **Conclusion:** Most of the women's health indicators



Este artigo está publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho seja corretamente citado.

Recebido em: 13/04/2020

Aceito em: 30/10/2020

Effects of the Optional Protocols to the Convention on the Rights of the Child on the causes of child death: a statistical study on a global scale

Efeitos dos Protocolos Opcionais da Convenção sobre os Direitos da Criança nas causas de morte infantil: um estudo estatístico em escala global

Efectos de los Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño sobre las causas de la muerte infantil: un estudio estadístico a escala mundial

Cíntia da Silva Telles Nichele¹
Marco Aurelio Pereira Horta²
Aldo Pacheco Ferreira³

Abstract

The Convention on the Rights of the Child (CRC) and the Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on a Communications Procedure (OPCP) make commitments and guarantees in relation to child health. The aim of the study is to verify the effects of these commitments on the causes of child death. To analyze these effects, we apply the one-way analysis of variance. For each group, we calculated the averages of child deaths in their respective countries for the years 2002, 2007, 2012, and 2017. The p-value resulting indicated whether there was a difference between the means of child deaths in those years that were compared. We also observed the time series for each cause of death over the years 2000 to 2017. The CRC has an expressive adhesion. OPCP has a smaller number of acceptors in all regions compared to CRC. The acceptance of OPCP did not significantly alter the results of the number of deaths in the accepting countries in any of the 13 causes of child death observed. In the non-accepting group, significant differences were found concerning five causes of child death: HIV/AIDS, diarrhoeal diseases, measles, meningitis/encephalitis, and acute lower respiratory infections (p-values 0.01, 0.01, 0.003, 0.002, and 0.003, respectively). Our results suggest that the group of countries that have accepted the OPCP are more committed to issues of child deaths causes studied. In all of them the annual death numbers were considerably lower in this group.

Keywords

Child Health. International Cooperation. Human Rights. Analysis of Variance.

Resumo

A Convenção sobre os Direitos da Criança e o Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança Relativo a um Procedimento de Comunicações (PFPC) estabelecem

¹ Master in Public Health, Sérgio Arouca National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, RJ, Brazil; D.Sc. Student, Department of Human Rights, Health and Cultural Diversity, Sérgio Arouca National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. <https://orcid.org/0000-0001-6685-1017>. E-mail: cintiatelles.ensp@gmail.com

² PhD in Public Health and Environment, Sérgio Arouca National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, RJ, Brazil; researcher, Oswaldo Cruz Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. <https://orcid.org/0000-0003-4117-5379>. E-mail: marco.horta@fiocruz.br

³ PhD in Biomedical Engineering; Coordinator of Graduate Programs in Engineering, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brazil; researcher and professor, Department of Human Rights, Health and Cultural Diversity, Sérgio Arouca National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, RJ, Brazil. <https://orcid.org/0000-0002-7122-5042>. E-mail: aldoferreira@ensp.fiocruz.br

Influence of international commitments against torture on prison indicators: measuring human rights

Influência dos compromissos internacionais contra a tortura em indicadores prisionais: medindo os direitos humanos

**Influencia de los compromisos internacionales contra la tortura en los indicadores penitenciarios:
medición de los derechos humanos**

Received: 01/01/2022 | Reviewed: 01/06/2022 | Accept: 01/11/2022 | Published: 01/13/2022

Cíntia da Silva Telles Nichele

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6685-1017>

Oswaldo Cruz Foundation - Sérgio Arouca National School of Public Health, Brazil

E-mail: cintiatelles.ensp@gmail.com

Aldo Pacheco Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7122-5042>

Oswaldo Cruz Foundation - Sérgio Arouca National School of Public Health, Brazil

E-mail: aldoferreira@ensp.fiocruz.br

Abstract

The Optional Protocol to the Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment created torture prevention mechanisms to enhance the protection of the human rights of persons in custody. The intention was to guarantee adequate treatment to the population most vulnerable to this type of aggression. However, does the pact generate positive effects for the countries that adhere to it? The study aims to assess the influence of the protocol on prison indicators. We used the two-sample t-test statistical method to compare the means of the indicators of countries that ratified the protocol and countries that did not, to verify whether the difference between the results was statistically significant. For this, we consider 5% significance. The results showed the adult female population of non-ratifying countries is larger than that of ratifying countries. However, concerning male adults and the juvenile population, there was no statistical difference. Regarding prisoners without a sentence, there was also no difference in the average percentages between the two groups of countries. Mortality from external causes and suicide reached statistically higher rates in ratifying countries. For other causes (natural causes, homicide, accidental or other causes, and total deaths) the differences between the rates found were not significant.

Keywords: International cooperation; Human rights abuses; Prison violence; Statistical analysis.

Resumo

O Protocolo Facultativo à Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes criou mecanismos de prevenção à tortura para ampliar a proteção dos direitos humanos das pessoas sob custódia. A intenção era garantir o tratamento adequado à população mais vulnerável a esse tipo de agressão. Mas será que o pacto de fato gera efeitos positivos aos países que o aderem? O objetivo do estudo é avaliar a influência do protocolo nos indicadores prisionais. Utilizou-se o método estatístico do teste t de duas amostras para comparar as médias dos indicadores dos países que ratificaram o protocolo e dos países que não o fizeram para verificar se a diferença entre os resultados era estatisticamente significativa. Para tanto, consideramos 5% de significância. Os resultados mostraram que a população adulta feminina dos países não ratificantes é maior do que a dos ratificantes. No entanto, em relação aos adultos do sexo masculino e à população jovem não houve diferença estatística. Sobre os presos sem sentença também não houve diferença nos percentuais médios entre os dois grupos de países. A mortalidade por causas externas e por suicídio atingiu taxas estatisticamente mais altas nos países que o ratificaram. Nas demais causas (causas naturais, homicídio, acidentais ou outras causas, e total de mortes) as diferenças entre as taxas encontradas não foram significativas.

Palavras-chave: Cooperação internacional; Violações dos direitos humanos; Violência na prisão; Análise estatística.

Resumen

El Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes creó mecanismos de prevención de la tortura para mejorar la protección de los derechos humanos de las personas detenidas. La intención era garantizar un tratamiento adecuado a la población más vulnerable a este tipo de agresiones. Pero, ¿el pacto genera realmente efectos positivos para los países que se adhieren a él? El objetivo del