

A saúde enquanto proposta dos planos nacionais de direitos humanos brasileiros

Jean Jeison Führ ()*

Examinada numa perspectiva histórica, a questão adquire um contorno mais autêntico. A substância dos direitos humanos se delineia de modo articulado e integrado ao processo de conhecimento da realidade e da problematização racionalmente conduzida entre situações e momentos de grande tensão entre objetivos políticos contraditórios (SAUL, 2000, p.88).

Introdução

O campo da saúde em sua configuração legal nacional deve abarcar uma série de ações de vínculo direto ou indireto com um conceito ampliado de sua natureza. Sua configuração legal fundamenta-se nos artigos números 196 a 200 da Constituição Brasileira e através das Leis Orgânicas da Saúde, as Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90 que criaram o Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº. 8.080/1990 regula as ações e os serviços em saúde executados em todo o território nacional. A Lei nº. 8.142/1990 foi necessária para tratar da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, uma vez que foram vetadas e suprimidas do texto original da Lei nº.8080/1990, pelo então presidente da república Fernando Collor de Mello.

Nestes parâmetros a saúde brasileira é tomada como um princípio fundamental, direito de todos e um dever do Estado Nacional Brasileiro em suas diferentes esferas. Possui como princípios doutrinários legais a universalidade, a integralidade, a igualdade, a participação da comunidade e a descentralização político administrativa. Muita produção teórica e conferencial posterior ampliou o princípio da igualdade para o prisma da equidade e o princípio da participação da comunidade para o prisma de uma real democratização dos aparatos de saúde pública brasileiros.

A saúde tomada como princípio fundamental do ser humano, seja em termos de uma

(*) Mestre em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS); com graduação em sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Saúde Pública (AVM Faculdades Integradas) e graduando em Ciências Jurídicas pela Universidade Feevale. E-mail: jeansrock4@gmail.com.

condição elementar, um direito do cidadão, um dever do Estado ou ainda como um bem a ser comercializado (como é concebida em algumas abordagens), não deveria mais ser conceituada na sua forma reducionista de oposição à condição de doença. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu que “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença”. Esse avanço no conceito de saúde circunscreve percepções sobre os determinantes sociais, ambientais e culturais que influem sobre o estado de bem-estar físico, mental e social dos sujeitos. Esta complexidade leva a considerar a necessidade de ações intersetoriais que possibilitem condições de vida saudáveis.

Uma ação que intenciona constituir fortes conotações intersetoriais, não somente com o campo da saúde e seus recortes, mas também com outros campos e setores sociais e institucionais, foram as publicações das três edições do Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH). A seguir apresentaremos uma síntese sucinta de como a saúde foi percebida na conjuntura em que cada PNDH foi elaborado.

I Plano Nacional de Direitos Humanos e a Saúde

O governo de Fernando Henrique Cardoso, sem muito alarde junto à opinião pública, articulou o lançamento do I Plano Nacional de Direitos Humanos (I PNDH) em 1996. O documento foi formulado após seis seminários regionais (São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Belém, Porto Alegre e Natal) onde 210 entidades sociais estavam representadas por 334 participantes que cujas propostas estão centradas na efetivação dos direitos civis e políticos:

Considerando a tradição brasileira na área, podemos ser levados a suspeitar de que tudo isso não passou de retórica governamental. No entanto, várias dessas iniciativas implicaram a destinação de recursos e a criação de instrumentos e meios de execução de direitos procedentes dos distintos grupos discriminados, muitas delas estimuladas pelo I Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), 1996. Essa articulação foi executada, preferencialmente, por três modalidades de ação governamental: a) criação de conselhos de cidadania; b) parcerias com a sociedade civil organizada; c) programas de atendimento especial a grupos sociais discriminados (ADORNO, 2003, p.116).

Se formos analisar o I PNDH através de um recorte estreito do direito à saúde e de todas as suas implicações como dever do Estado para com a sociedade civil e seus cidadãos, não levando em conta o papel de outros determinantes sociais perante um conceito ampliado da saúde, teremos poucas ocorrências quanto à saúde no corpo do texto, talvez justamente porque o documento se centra muito mais em questões dos direitos políticos e civis.

A saúde foi secundarizada no I PNDH, se formos analisar o documento levando em conta toda a construção que foi a implantação do SUS enquanto direito do cidadão e dever do Estado na década constituinte que antecedeu a formulação do documento. Mesmo assim,

temos no corpo do documento generalizações do tema no prefácio redigido pelo próprio FHC e na introdução do documento que antecede as propostas elaboradas.

Nas propostas em si temos a saúde enquanto um direito humano para com: a) os profissionais de segurança (proposta 17) onde a defesa do seguro de vida e de saúde abre margem para inserção da iniciativa privada e seus planos de mercantilização de tais serviços; b) os presos e suas famílias (proposta 73) desenvolvendo programas assistenciais nesse sentido que são genericamente criticados pelos meios de comunicação e pela opinião pública em geral; c) os usuários de drogas para igualdade perante a lei (propostas 83 e 84) onde se generaliza ações macroestruturais com vistas a pesquisar e diminuir o impacto do consumo de drogas; d) os portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) para igualdade perante a lei (propostas 85 a 88) onde se explicitam ações diversas na prevenção, promoção e tratamento do vírus por parte dos aparatos estatais; e) as mulheres (proposta 127) estabelecendo também a igualdade de direitos em relação aos homens no que condiz ao acesso à saúde e outros determinantes sociais; f) a população indígena (proposta 157) reconhecendo as especificidades e diferenças do acesso à saúde deste recorte populacional.

Tabela 1: Síntese do Campo da Saúde no I PNDH:

Número	Proposta	“Eixo”
17	Estimular a implementação de programas de seguro de vida e de saúde para policiais (BRASIL, 2010, p.190).	Proteção do Direito à Vida
73	Desenvolver programas de assistência integral à saúde do preso e de sua família (BRASIL, 2010, p.193).	Penas Privativas de Liberdade
83	Incentivar estudos, pesquisas e programas para limitar a incidência e o impacto do consumo de drogas ilícitas (BRASIL, 2010, p.194).	Igualdade Perante a Lei
84	Apoiar ações para implementação do PANAD - Programa de Ação Nacional Antidrogas (BRASIL, 2010, p.194).	Igualdade Perante a Lei
85	Apoiar a participação das pessoas portadoras de HIV/AIDS e suas organizações na formulação e implementação de políticas e programas de combate e prevenção do HIV/AIDS (BRASIL, 2010, p.194).	Igualdade Perante a Lei
86	Incentivar campanhas de informação sobre HIV/AIDS, visando esclarecer a população sobre os comportamentos que facilitem ou dificultem a sua transmissão (BRASIL, 2010, p.194).	Igualdade Perante a Lei
87	Apoiar a melhoria da qualidade do tratamento das pessoas com HIV/AIDS, o que deve incluir a ampliação da acessibilidade e a diminuição do seu custo (BRASIL, 2010, p.194).	Igualdade Perante a Lei
88	Incentivar estudos, pesquisas e programas para limitar a incidência e o impacto do HIV/AIDS (BRASIL, 2010, p.194).	Igualdade Perante a Lei
127	Definir políticas e programas governamentais, nas esferas federal, estadual e municipal, para implementação das leis que asseguram a igualdade de direitos das mulheres e dos homens em todos os níveis, incluindo saúde, educação e treinamento profissional, trabalho, segurança social, propriedade e crédito rural, cultura, política e justiça (BRASIL, 2010, p.196).	Mulheres

157	Garantir às sociedades indígenas assistência na área da saúde, com a implementação de programas de saúde diferenciados, considerando as especificidades dessas populações (BRASIL, 2010, p.197).	População Indígena
-----	--	--------------------

Elaboração: Tabela elaborada pelo autor deste artigo com base em leitura e busca textual no PNDH I.

Na percepção de Sérgio Adorno (2007, p.119) apesar do documento não superar o impasse da defesa de garantias essenciais dos direitos humanos, entre elas a amplitude do direito humano à saúde e tudo o que se evidencia através dele, “o PNDH não foi relegado a segundo plano, mesmo porque a maior parte desses projetos e convênios visou a atender metas e prioridades nele estabelecidas”, que vieram a constituir a base programática do II PNDH. O II PNDH aprofundou questões dos direitos econômicos, sociais e culturais não abordados no I PNDH, entre eles o direito à saúde.

II Plano Nacional de Direitos Humanos e a Saúde

Muitas críticas foram realizadas ao I PNDH por parte de entidades sociais que ficaram a margem de sua elaboração ou por não se perceberem nas demandas específicas de suas causas. Numa forma de apresentação comum, os direitos humanos são fragmentados em modalidades de articulações genéricas: direitos civis, direitos políticos, direitos econômicos, direitos sociais, direitos culturais, direitos ambientais e assim sucessivamente. Não podemos perder de vista que este ponto de vista analítico, como nos lembra Saul (2000, p.88), foi a “perspectiva dominante do liberalismo no século 19 e contribui de modo decisivo na visualização dos direitos humanos como situados numa hierarquia valorativa decrescente”. Entretanto, ao percebermos as diferenças e avanços que o II PNDH percorreu se comparado ao I PNDH, esta forma de fragmentação dos direitos humanos parece se aplicar no que se avançou:

No segundo mandato de seu governo, o presidente FHC pretendeu superar algumas críticas que haviam sido endereçadas ao I PNDH, em particular o silêncio em relação aos direitos econômicos, sociais e culturais, além do esquecimento em face de algumas demandas de grupos específicos, como a proteção e a defesa dos direitos de homossexuais, idosos, pessoas portadoras de deficiências e indígenas, que haviam merecido pouca atenção do mandato anterior (ADORNO, 2003, p.119-120).

É inegável que o campo da saúde contou com significativos avanços em termos de proposição e garantias no corpo do texto do II PNDH em relação ao I PNDH. Além de reforçar as propostas que já se encontravam no corpo do texto do PNDH I (propostas 21, 80, 371, 373, 375, 376, 377, 379, 171 e 225 que correspondem respectivamente em equivalência as propostas sequenciais do documento anterior), o PNDH II acrescentou outras 50 propostas

que possuem um diálogo direto com responsabilidades do campo estatal em saúde. O PNDH II acrescentou uma gama de propostas que sob diferentes eixos e em especial enfoque sob o eixo da “garantia do direito à saúde, à previdência e à assistência social”, conferiram outro patamar no que se refere à concepção de saúde junto ao documento em questão. Além das menções à saúde realizadas novamente na introdução e no prefácio, temos menções a recortes da saúde destinadas: as crianças; aos adolescentes; as mulheres; a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros; os portadores de deficiência; os portadores de transtornos mentais; aos dependentes químicos; os portadores de HIV; os profissionais do sexo; os recém-nascidos; aos portadores de hanseníase etc.

Tabela 2: Síntese do Campo da Saúde no II PNDH:

Nº.	"Eixo"	Nexos da Proposta
21	Garantia do Direito à Vida	Policial - Atendimento Psicossocial
80	Garantia do Direito à Justiça	Atenção Integral - População Carcerária
139	Crianças e Adolescentes	Programas - Atividades Comunitárias - Adolescentes em Vulnerabilidade
171	Mulheres	Assegurar - Igualdade - Acesso à Saúde
175	Mulheres	Estatística sobre Doenças Profissionais
177	Mulheres	Implementação - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
178	Mulheres	Programas - Violências Sexual e Doméstica - População Afrodescendente –Indígena
225	Povos Indígenas	Assistência à Saúde - Especificidade - Medicina Preventiva - Segurança Alimentar
248	População LGBT	Promoção de Campanha - Profissionais de Saúde
281	Portadores de Deficiências	Promoção de Campanha - Profissionais de Saúde
328	Garantia do Direito à Saúde	Universalização - Democratização - Fortalecimento - Consolidação – SUS
329	Garantia do Direito à Saúde	Humanização - Integralidade - Equidade – SUS
330	Garantia do Direito à Saúde	Atenção Básica - Fortalecimento - Consolidação – PSF
331	Garantia do Direito à Saúde	Assistência Integral - Saúde da Mulher
332	Garantia do Direito à Saúde	Direitos Reprodutivos - Parto Humanizado - Mortalidade Materna - Gravidez Adolescente
333	Garantia do Direito à Saúde	Programa de Humanização do Parto - Acompanhamento Pré-Natal
334	Garantia do Direito à Saúde	Garantia de Acesso ao Aborto Legal
335	Garantia do Direito à Saúde	Planejamento Familiar - Métodos Anticoncepcionais
336	Garantia do Direito à Saúde	Ampliação - Assistência Domiciliar Terapêutica
337	Garantia do Direito à Saúde	Incentivo Aleitamento Materno - Mortalidade Infantil
338	Garantia do Direito à Saúde	Vigilância Epidemiológica - Acidentes -Violência Pública - Violência Doméstica
339	Garantia do Direito à Saúde	Assistência - Vítimas de Acidentes e Violência
340	Garantia do Direito à Saúde	Fortalecimento - Participação Social
341	Garantia do Direito à Saúde	Treinamento - Capacitação - Agentes Comunitários de Saúde
342	Garantia do Direito à Saúde	Programas - Redução dos Acidentes de Trabalho
343	Garantia do Direito à Saúde	Programas - Proteção à Saúde – Profissionais do Sexo
344	Garantia do Direito à Saúde	Assistência Farmacêutica Básica – SUS
345	Garantia do Direito à Saúde	Vigilância Sanitária - Medicamentos – Alimentos
346	Garantia do Direito à Saúde	Produção de Medicamentos Genéricos - População Brasileira
347	Garantia do Direito à Saúde	Programas de Assistência - Portadores de Anemia Falciforme
348	Garantia do Direito à Saúde	Obrigatoriedade - Teste de Anemia Falciforme - Recém Nascidos
349	Garantia do Direito à Saúde	Garantia - Exames Diagnósticos de Anormalidades no Metabolismo
350	Garantia do Direito à Saúde	Diagnóstico Precoce - Tratamento - Portadores de Hanseníase
351	Garantia do Direito à Saúde	Diagnóstico Precoce - Tratamento - Portadores de Tuberculose
352	Garantia do Direito à Saúde	Atenção Integral - Acessibilidade à Medicamentos - População Idosa
353	Garantia do Direito à Saúde	Atenção Integral - Crianças e Adolescentes
354	Garantia do Direito à Saúde	Atenção Integral - População Indígena - Consideração de Especificidades
355	Garantia do Direito à Saúde	Controle - Planos Privados de Saúde - Divulgação Direitos dos Pacientes
356	Garantia do Direito à Saúde	Vigilância Epidemiológica - Saúde do Trabalhador
357	Garantia do Direito à Saúde	Política Nacional de Saúde - Sistema Penitenciário
358	Garantia do Direito à Saúde	Assistência Integral à Saúde - Pré-Natal - Mulher Presidiária
359	Garantia do Direito à Saúde	Integração Interministerial - Ministério da Saúde
365	Saúde Mental	Desconstrução do Aparato Manicomial - Reorientação do Modelo de Saúde Mental
366	Saúde Mental	Normatização - Acompanhamento - Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
367	Saúde Mental	Esforço Interministerial Substituição dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

368	Saúde Mental	Promoção de Debates - Inimputabilidade de Pessoas com Transtornos Psíquicos
369	Saúde Mental	Tratamentos Alternativos - Atendimento Psicossocial - Eliminação Progressiva dos Manicômios
370	Saúde Mental	Política de Atenção Integral - Vítimas de Sofrimento Psíquico
371	Dependência Química	Promoção - Campanhas - Prevenção - Alcoolismo - Uso de Drogas
372	Dependência Química	Tratamento de Dependentes Químicos - Saúde Pública
373	Dependência Química	Implementação - Programa de Ação Nacional Antidrogas – PANAD
374	Dependência Química	Programas - Assistência - Orientação - Usuários de Drogas - Substituição do Inquérito Policial
375	HIV/AIDS	Participação de Portadores HIV/AIDS - Formulação de Políticas - Programas - Combate - Prevenção
376	HIV/AIDS	Campanhas - Informação sobre DST/HIV/AIDS - Esclarecimento População – Transmissão
377	HIV/AIDS	Melhoria - Tratamento - Assistência - Portador HIV / AIDS
378	HIV/AIDS	Assegurar especificidade - Diversidade Cultural e de Orientação Sexual - Raça - Etnia - Gênero
379	HIV/AIDS	Incentivar Pesquisas - Ética - Estudos sobre HIV/AIDS
438	Garantia do Direito a um de Meio Ambiente Saudável	Apoio - Programas - Saneamento Básica - Educação Sanitária
446	Garantia do Direito à Alimentação	Erradicação - Desnutrição Infantil - Ações Básica de Saúde
456	Garantia do Direito à Alimentação	Realizar - Estudos Científicos - Alimentos Transgênicos - Impacto Saúde Humana

Elaboração: Tabela elaborada pelo autor deste artigo com base em leitura e busca textual no II PNDH.

O II PNDH nasceu da acolhida que mereceu por parte da Câmara dos Deputados a conclusão da IV Conferência Nacional dos Direitos Humanos, ocorrida nos dias 13 e 14 de maio de 1999. O II PNDH surge então a partir da revisão e da incorporação de alguns direitos econômicos, sociais e culturais que não estavam presentes no I PNDH. Entre eles um enfoque muito mais abrangente do campo da saúde:

O II PNDH manteve as grandes linhas de orientação contidas no anterior, todavia acolheu ações específicas quanto à garantia do direito à educação, à saúde, à previdência e assistência social, ao trabalho, à moradia, ao meio ambiente saudável, à alimentação, à cultura e ao lazer. Previu campanhas de sensibilização da sociedade brasileira para com a cultura dos direitos humanos. Acolheu também o desejo por maior e melhor monitoramento das ações implementadas. Buscou assegurar dotação de recursos próprios para esse fim nos orçamentos federal, estadual e municipal. (ADORNO, 2003, p.120).

Temos que ressaltar aqui que mesmo sendo considerado por muitos como o mandato de Governo Federal que seguiu mais fielmente os ideários do neoliberalismo, o período FHC implementou importantes medidas no que se refere ao caráter preventivo e de promoção da saúde sob a égide pública. O que parece ser uma grande contradição, na verdade preconizava o que os relatórios do Banco Mundial sobre a área da saúde apontavam: cada investimento estatal gasto em prevenção/promoção da saúde reduziam astronômicos gastos excessivos em saúde assistencial/intensiva.

Desse modo, o II PNDH reflete a política nacional de atenção básica das Estratégias de Saúde da Família (ESF), que estavam sendo implantadas em caráter preventivo e de promoção da saúde. Implementação esta que se confrontava com as antigas lógicas assistenciais de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). O campo da saúde e da

educação no período FHC, de um modo geral, refletem até mesmo nos PNDH's a dualidade com que eram tratadas essas questões em seu governo:

As mudanças e as inovações introduzidas nos programas de saúde e de educação pelo governo FHC são pontos estratégicos para o exame de duas ordens de questões. Em primeiro lugar, permitem verificar o sentido social das reformas: preservou-se o caráter público e a incondicionalidade do acesso a esses programas, ou se procedeu à sua privatização, por meio de alguma modalidade de redução ou substituição da responsabilidade pública na sua provisão (DRAIBE, 2003, p.77).

Ainda segundo Draibe (2003, p.83), as inovações realizadas no período FHC, no que concerne a garantia do direito humano à saúde seguramente “não foram exaustivas nem suficientes para enfrentar as dificuldades e completar o aperfeiçoamento do SUS enquanto único e abrangente (já que o mesmo também abarca a iniciativa privada / complementar em saúde e outras atividades onde atua como órgão fiscalizador através da Vigilância Sanitária) aparato estatal em disponibilizar o acesso a sanitariedade para com os cidadãos brasileiros.

Na insuficiência também ficaram as ações que foram propostas no II PNDH. Apesar de terem contado com recursos orçamentários próprios no Plano Plurianual (PPA) de 2002-2003, diferente do que aconteceu com o I PNDH, segundo Adorno (2003, p.120) de um “total de 153 ações previstas”, apenas “72 programas governamentais, em distintos setores da administração direta federal, que, de algum modo, atendiam aos objetivos pretendidos” no documento de Direitos Humanos que fora redigido.

III Plano Nacional de Direitos Humanos e a Saúde

Se foram insuficientes as ações realmente implementadas através dos programas formulados em decorrência do II PNDH, não foram por outro lado insuficientes às críticas que mereceram algumas proposições da primeira redação do III PNDH. As críticas da mídia impressa e eletrônica geraram tanta polêmica junto à opinião pública, que o Decreto nº. 7.037, lançado em dezembro de 2009, e que sancionava inicialmente o III PNDH, foi alterado substancialmente em itens considerados “controversos”. Itens como a criação da Comissão Nacional de Verdade; a união civil de pessoas do mesmo sexo; o direito de adoção por casais homoafetivos; a interdição de símbolos religiosos em estabelecimentos públicos da União; o suposto “controle” da mídia; a adoção de mecanismos de mediação judicial de conflitos urbanos rurais; e no campo da saúde: a descriminalização do aborto; tiveram sua redação modificada através da publicação do Decreto nº.7.177 de 12 de maio de 2010 que alterou nesses temas a redação inicial. O tema polêmico da descriminalização do aborto presente no

III PNDH e que está intimamente implicado com o campo da saúde, na forma como havia sido inicialmente redigido, chegou a tomar proporções de tema programático nos debates eleitorais que se seguiram à publicação do documento. Na redação decretada inicialmente se propunha a seguinte redação: “Apoiar a aprovação de lei que descriminaliza o aborto, considerando a autonomia das mulheres, para decidir sobre seus corpos”; enquanto que a redação oficial decretada posteriormente se propôs apenas: “Considerar o aborto como tema de saúde pública, com a garantia do acesso aos serviços de saúde”.

Numa análise pormenorizada dos PNDH’s se percebe que muitas das críticas da opinião pública que motivaram as modificações na redação do III PNDH não se fundamentam na análise das proposições que já se encontravam no II PNDH:

No caso da descriminalização do aborto, o PNDH-1 nada disse. No PNDH-2, o tema comparece, porém sob uma formulação muito próxima de sua atual inscrição legal. Fala-se em direitos reprodutivos como conceito a ser disseminado e estimulado em campanhas de pré-natal e parto humanizado, bem como na prevenção da mortalidade materna e da gravidez na adolescência. Ao mesmo tempo, considerou o aborto como “tema de saúde pública, com garantia do acesso aos serviços de saúde nos casos previstos em lei” (ADORNO, 2010, p.14).

Portanto, no II PNDH a concepção do aborto como um tema que deveria ser debatido ao se explicitar os direitos reprodutivos, ou seja, a crise com as diversas congregações religiosas contrárias à legalização do aborto já se encontrava deflagrado no documento que antecedeu ao III PNDH. A real modificação que o III PNDH promoveu no que concerne ao tema do aborto e sua descriminalização, conforme Adorno (2010, p.14), foi o deslocamento “da esfera da saúde pública (portanto, de uma esfera pública de cuidados coletivos) para a esfera de decisão individual e subjetiva nem sempre considerada pela opinião pública como fonte legítima de direitos”. A controvérsia fomentada pelos meios de comunicação de massa, em torno da questão do aborto, acabou por reforçar junto à opinião pública reações depreciativas no senso comum, que costumam associar os direitos humanos a uma utopia militante. Este imaginário constituído, somado ao de outros itens polemizados de forma simplista em relação ao III PNDH, suprimiu do horizonte que o documento era fruto de amplo debate entre a sociedade civil organizada que se fez presente e ativas nas instâncias de formulação do plano em conjunto com representantes do Governo Federal, e não uma imposição deste último para com a sociedade civil em geral como se fez crer:

O PNDH-3 cuidou de aprofundar e ampliar o elenco de direitos. Ele responde, em grande medida, as demandas nascidas de cinquenta conferências temáticas realizadas desde 2003 (segurança alimentar, educação, saúde, igualdade racial, direitos da mulher, crianças e adolescentes, habitação, meio ambiente, entre outras) e as conclusões da XI Conferência

Nacional de Direitos Humanos (realizada em dezembro de 2008), precedida de amplo processo consultivo por meio de conferências prévias (“Conferência Livres”), conferências estaduais e distritais, que elegeram 1.200 delegados e indicaram 800 observadores e convidados (ADORNO, 2010, p.13).

Tabela 3: Síntese do Campo da Saúde no III PNDH:

Nº Eixo	Diretriz	Objetivo Estratégico	Alínea	Nexos com Saúde
2	4	1	d)	Reforma Agrária - Meio Ambiente - Produção Alimentar
2	4	2	d)	Contaminação Alimentar - Agrotóxicos
2	4	3	a)	Geração de Renda - Problemas Socioambientais
2	4	3	b)	Proteção Agrodiversidade - Pesquisas - Transgênicos
2	4	3	c)	Poluição Ambiental - Orgânicos Persistentes - Metais Pesados
2	4	3	d)	Tecnologias de Gerenciamento - Resíduos Sólidos
2	4	4	g)	Desenvolvimento Urbano - Impacto em Políticas de Saúde
2	5	1	g)	Participação Sindical - Licenciamento Ambiental de Empresas
2	5	1	h)	Populações Carentes - Contaminação Ambiental
2	5	3	a)	Acessibilidade Universal dos Serviços Públicos
3	7	1	a)	Universalizar Registro Civil
3	7	1	b)	Promover Registro Civil
3	7	1	c)	Normatizar Registro Civil
3	7	2	b)	Transferência de Renda - Nutrição
3	7	2	e)	Segurança Alimentar - Nutrição
3	7	4	a)	Atendimento Domiciliar - Prevenção
3	7	4	b)	Tratamento Alternativo - Medicina Tradicional
3	7	4	c)	Planos de Saúde - Pacto Intergeracional
3	7	4	d)	Reconhecimento - Parteiras
3	7	4	e)	Educação Sexual - Adolescência
3	7	4	f)	Planejamento Reprodutivo - Jovens
3	7	4	g)	Atenção Integral - Saúde da Mulher
3	7	4	h)	Saúde Pré - Saúde Neonatal
3	7	4	i)	Acompanhamento Primeira infância
3	7	4	j)	Mortalidade Materna - Recorte Étnico Racial / Regional
3	7	4	k)	Laqueaduras / Vasectomias - Reversão
3	7	4	l)	Medicamentos Uso Contínuo - Idosos
3	7	4	m)	Diagnóstico Precoce / Acompanhamento - Portadores HIV/AIDS
3	7	4	n)	Saúde Reprodutiva - Portadores HIV/AIDS
3	7	4	o)	Capacitação Agentes Comunitários de Saúde - Hemorredes
3	7	4	p)	Acompanhamento Profissional - Transexuais
3	7	4	q)	Saúde Preventiva - Profissionais do Sexo
3	7	4	s)	Política Reforma Psiquiátrica - Acompanhamento Familiar
3	7	4	v)	Inserção Social - Portadores Hanseníase
3	7	4	w)	Reconhecer violações estatais - Portadores Hanseníase
3	7	4	x)	Pensão Especial - Portadores Hanseníase
3	7	5	e)	Currículo Escolar - Alimentação Adequada - Atividades Físicas / Esportivas
3	8	3	b)	Programas Assistenciais - Educação Familiar em Saúde
3	8	4	b)	Programas Especializados de Atendimento - Violência Sexual
3	8	4	c)	Atendimento Psicossocial - Violência Sexual
3	8	5	a)	Saúde Mental - Crianças / Adolescentes
3	8	5	b)	Redução de Danos - Desintoxicação Química de Dependentes
3	8	6	f)	Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo - Sinase
3	9	1	b)	Qualidade de Vida - População Negra
3	9	1	d)	Relatórios - Assistência Integrada de Saúde - População Negra
3	9	1	e)	Políticas Afirmativas - Igualdade Racial
3	9	2	e)	Relatórios - Assistência Integrada de Saúde - População Indígena
3	9	2	f)	Conhecimentos Tradicionais / Medicinais - Povos Indígenas
3	9	2	l)	Rede de Proteção aos Direitos da Criança Indígena
3	9	3	c)	Relatórios - Assistência Integrada de Saúde - Saúde da Mulher
3	9	3	g)	Aborto - Questão de Saúde Pública
3	10	1	f)	Relatórios - Assistência Integrada de Saúde - Comunidades Tradicionais
3	10	3	f)	Capacitação Continuada - Cuidadores de Idosos
3	10	3	g)	Humanização - Instituições de Longa Permanência - População Idosa
3	10	3	h)	Programas de Capacitação - Operadores de Direitos da Pessoa Idosa
3	10	3	i)	Relatórios - Assistência Integrada de Saúde - População Idosa
3	10	5	f)	Acrescentar Campo sobre Identidade de Gênero em Prontuários de Saúde
3	10	5	h)	Relatórios - Assistência Integrada de Saúde - População LGBT
4	11	3	c)	Saúde Mental - Profissionais de Segurança Pública

4	11	3	e)	Reintegração de Profissionais de Segurança Pública - Portadores de Deficiência
4	11	4	f)	Violência de Trânsito
4	11	4	g)	Tratamento do Uso de Drogas - Redução de Danos
4	11	5	c)	Sistema Integrado de Notificação de Violência - Rede Educação / Assistência Social
4	11	5	d)	Promoção de Campanhas / Pesquisas - Combate à Violências Diversas
4	11	5	g)	Combate à Violência da Mulher Indígena
4	11	5	h)	Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência da Mulher - Lei Maria da Penha
4	11	5	n)	Capacitação de Profissionais da Saúde - Violência contra Portadores de Deficiência
4	14	3	g)	Qualificação de Agentes Oficiais de Perícia - Identificação da Tortura
4	15	3	c)	Publicação Anual - Indicadores de Morte Violenta - Crianças e Adolescentes
4	16	1	e)	Política Nacional Saúde Mental - Usuário Drogas/Álcool - Sistema Penitenciário
4	16	1	f)	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Sistema Penitenciário
4	16	1	g)	Plano Nacional de Saúde - Sistema Penitenciário
4	16	1	k)	Reintegração Social - Inclusão em Políticas Públicas Sociais
4	16	3	a)	Saúde Mental - Desinstitucionalização
4	16	3	b)	Cumprimento de Medidas de Segurança - Fora do Sistema Penitenciário
4	16	3	c)	Reintegração Social - Internados em Medidas de Segurança
4	17	2	b)	Fiscalização - Violações dos Direitos Humanos
4	17	2	g)	Acessibilidade ao cumprimento - Aborto Legal
5	21	1	a)	Capacitação - Interdisciplinar - Direitos Humanos
4	11	5	l)	Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa

Elaboração: Tabela elaborada pelo autor deste artigo com base em leitura e busca textual no III PNDH.

O III PNDH, então, não pode ser considerado como uma imposição governamental. É, antes disso, uma continuidade de aprofundamento das propostas que já se encontravam nas edições anteriores do PNDH. Conforme postula Adorno (2010, p.10) , ao “sancionar o Decreto 7.037, de 21 de dezembro de 2010, o presidente Lula agiu como chefe de Estado, tal como seu predecessor o fizera representando todos os poderes constitucionais. Era o que se esperaria de seu papel constitucional” e não fruto de uma intransigência governamental, como se tentou postular. As produções científicas quantitativas e qualitativas que servem de referência e síntese dos estudos sobre o aborto no Brasil, apontam que o mesmo é uma questão importante de saúde pública no país. O aborto conforme as estatísticas e os dados indicados se configura como um direito humano reprodutivo que vem sendo negado a determinadas parcelas da população brasileira:

No Brasil, as estimativas mais recentes indicam 728.100 a 1.039.000 abortamentos a cada ano. Embora se verifique decréscimo destes números na última década, a taxa atual de 3,7 abortamentos por 100 mulheres em idade reprodutiva ainda é, muitas vezes, superior aos valores observados nos países da Europa Ocidental, onde o abortamento é legal, seguro e acessível (BRASIL, 2008, p.8).

Conforme Brasil (2009, p.16), o perfil predominante das usuárias que admitem ter induzido o aborto são “mulheres de 20 a 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com misoprostol”. É claro que o aborto não se delimita apenas nessa configuração de perfil feminino. Entretanto este perfil denota que o aborto não é

fruto apenas de uma inconsequente escolha subjetiva, mas sim uma determinante social para com a classe trabalhadora que fica à margem do aborto legal em função da criminalização do tema por parte da sociedade através de forte influência das diversas congregações cristãs e da mídia televisiva e impressa.

Considerações Finais

Mesmo enfocando as proposições do campo da saúde junto aos PNDH's que foram até então formulados, não podemos deixar de apontar sucintamente em nossa apresentação a perspectiva histórica em que os documentos foram decretados. A contradição dos objetivos políticos que entraram em tensão, principalmente durante a publicação dos decretos que sancionaram o III PNDH e suas distintas redações, demonstram o quanto ainda se precisa avançar para que a democracia e a participação social sejam efetivados como Direitos Humanos básicos junto a realidade brasileira:

Na verdade, as mudanças introduzidas pelo Decreto 7.177, de 2010, revelam, à plena e clara luz do dia de hoje brasileiro, que esse tipo de formulação deve ser encarada como uma proclamação, um discurso legal historicamente datado, espacial e politicamente situado, comprometida especialmente com a proteção de interesses de determinados grupos (BARBOSA, 2011, p.137).

Os três diferentes PNDH's refletem específicos momentos sociais brasileiros que datam historicamente interesses políticos conflitantes que estavam em jogo durante a formulação e publicação dos mesmos. O campo da saúde assim como o campo da participação social foram sendo paulatinamente aprofundados a cada PNDH constituído. Enquanto no I PNDH a saúde é percebida superficialmente; no II PNDH a saúde é desenvolvida e aprimorada com um especial interesse que descamba na formulação de um III PNDH que propõe diferentes responsabilidades estatais para com a efetivação transversal da saúde enquanto direito humano fundamental da população brasileira.

As críticas contundentes a algumas propostas do III PNDH, ou as críticas de alguns grupos perante a participação e efetivação nas formulações do I e II PNDH, fazem parte das disputas "democráticas" brasileiras. O campo dos Direitos Humanos assim como outros campos em suas transversalidades são terrenos em disputa política. As articulações sociais em defesa de várias proposições realizadas junto a cada um dos PNDH's ainda não conseguiram efetivar programas ou projetos governamentais eficazes junto a diferentes instâncias estatais. Para além do aborto, questões como a igualdade de direitos sanitários à população carcerária, indígena e feminina, só para citar alguns exemplos presentes nos três PNDH's, ainda estão longe de sua real efetivação enquanto direitos humanos universais, integrais, igualitários,

participativos e descentralizados como nossa Constituição e Leis Complementares em saúde preveem.

Referências

- ADORNO, Sérgio. História e desventura: o 3º Programa Nacional de Direitos Humanos. **Novos Estudos – CEBRAP**, n.86, mar. 2010, p.5-20.
- ADORNO, Sérgio. Lei e ordem no segundo governo FHC. **Tempo soc.**, v.15, n.2, 2003, p. 103-140.
- BARBOSA, Antonio Barbosa. Ilusão ou Desilusão? O Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH 3 de 2009 com as mudanças introduzidas pelo Decreto 7.177 de 12 de maio de 2010. **Direitos Fundamentais & Justiça**, n.25, abr./jun. 2011, p.124-138.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciências e Tecnologia. **Aborto e saúde pública: 20 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Magnitude do Aborto no Brasil**. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)** / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH/PR, 2010.
- DRAIBE, Sônia. A política social no período FHC e o sistema de proteçõesocial. **Tempo soc.**, v.15, n.2, 2003, p. 63-101.
- SAUL, Renato. A nova economia e o déficit institucional dos direitos humanos. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n.57/58, jun./nov. 2000, p. 87-115.

Resumo: Transcorrido meio século desde a Conferência Internacional sobre os Direitos Humanos realizada em Viena, o Brasil se somou a outros 27 estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU) e começou a desenvolver Planos de Ação para os Direitos Humanos. O presente artigo pretende perceber como o direito humano à saúde foi desenvolvido nos Planos Nacionais de Direitos Humanos (PNDH's) que até o presente momento articularam diferentes conjunturas e instâncias do Governo Federal e de grupos organizados da sociedade civil brasileira. Durante a apresentação de sínteses sobre como o campo da saúde foi ou não proposto em suas diferentes facetas e complexidades perante os três Planos Nacionais de Direitos Humanos, procederemos a uma pequena análise das implicações que os mesmos engendraram junto à opinião pública brasileira.

Palavras-chave: saúde; PNDH; direitos humanos; campo.

Abstract: Half a century after the International Conference on Human Rights held in Vienna, Brazil joined 27 other member states of the United Nations (UN) and began to develop Action Plans for Human Rights. This article intends to understand how the human right to health was

developed in the National Human Rights Plans (PNDH's) that until now have articulated different conjunctures and instances of the Federal Government and organized groups of Brazilian civil society. During the presentation of syntheses on how the field of health was or was not proposed in its different facets and complexities before the three National Human Rights Plans, we will proceed with a small analysis of the implications that they engendered with the Brazilian public opinion.

Keywords: health; PNDH; human rights; camp.

Recebido em: 10/1/2024.

Aceito em: 3/6/2024.