

VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE I

LITON LANES PILAU SOBRINHO

LUIZ GERALDO DO CARMO GOMES

TEREZA RODRIGUES VIEIRA

Todos os direitos reservados e protegidos. Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria - CONPEDI

Presidente - Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini - FMU - São Paulo

Diretor Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba - UFSC - Santa Catarina

Vice-presidente Norte - Prof. Dr. Jean Carlos Dias - Cesupa - Pará

Vice-presidente Centro-Oeste - Prof. Dr. José Querino Tavares Neto - UFG - Goiás

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Leonel Severo Rocha - Unisinos - Rio Grande do Sul

Vice-presidente Sudeste - Profa. Dra. Rosângela Lunardelli Cavallazzi - UFRJ/PUCRio - Rio de Janeiro

Vice-presidente Nordeste - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - UNICAP - Pernambuco

Representante Discente: Prof. Dr. Abner da Silva Jaques - UPM/UNIGRAN - Mato Grosso do Sul

Conselho Fiscal:

Prof. Dr. José Filomeno de Moraes Filho - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Caio Augusto Souza Lara - SKEMA/ESDHC/UFMG - Minas Gerais

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo - UFERSA - Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Fernando Passos - UNIARA - São Paulo

Prof. Dr. Edinilson Donisete Machado - UNIVEM/UENP - São Paulo

Secretarias

Relações Institucionais:

Prof. Dra. Claudia Maria Barbosa - PUCPR - Paraná

Prof. Dr. Heron José de Santana Gordilho - UFBA - Bahia

Profa. Dra. Daniela Marques de Moraes - UNB - Distrito Federal

Comunicação:

Prof. Dr. Robison Tramontina - UNOESC - Santa Catarina

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho - UPF/Univali - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva - UFS - Sergipe

Relações Internacionais para o Continente Americano:

Prof. Dr. Jerônimo Siqueira Tybusch - UFSM - Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Paulo Roberto Barbosa Ramos - UFMA - Maranhão

Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto - UPM - São Paulo

Relações Internacionais para os demais Continentes:

Profa. Dra. Gina Vidal Marcilio Pompeu - UNIFOR - Ceará

Profa. Dra. Sandra Regina Martini - UNIRITTER / UFRGS - Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Claudia da Silva Antunes de Souza - UNIVALI - Santa Catarina

Educação Jurídica

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr - Unicuritiba - PR

Prof. Dr. Rubens Beçak - USP - SP

Profa. Dra. Livia Gaigher Bosio Campello - UFMS - MS

Eventos:

Prof. Dr. Yuri Nathan da Costa Lannes - FDF - São Paulo

Profa. Dra. Norma Sueli Padilha - UFSC - Santa Catarina

Prof. Dr. Juraci Mourão Lopes Filho - UNICHRISTUS - Ceará

Comissão Especial

Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim - UFRJ - RJ

Profa. Dra. Maria Creusa De Araújo Borges - UFPB - PB

Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta - Fumec - MG

Prof. Dr. Rogério Borba - UNIFACVEST - SC

D597

Direito e saúde I [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Liton Lanes Pilau Sobrinho; Luiz Geraldo do Carmo Gomes; Tereza Rodrigues Vieira. – Florianópolis: CONPEDI, 2025.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-5274-182-0

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Direito Governança e Políticas de Inclusão

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Direito. 3. Saúde. VIII Encontro Virtual do CONPEDI (2; 2025; Florianópolis, Brasil).

CDU: 34



VIII ENCONTRO VIRTUAL DO CONPEDI

DIREITO E SAÚDE I

Apresentação

O VIII Encontro Virtual do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), realizado entre os dias 25 e 28 de junho de 2025, sob a temática “Direito, Governança e Políticas de Inclusão”, reafirmou seu papel como espaço privilegiado para a promoção do diálogo científico interdisciplinar na área jurídica.

O Grupo de Trabalho 73 – Direito e Saúde I, sob a coordenação dos professores Liton Lanes Pilau Sobrinho (Universidade do Vale do Itajaí), Luiz Geraldo do Carmo Gomes (Universidade Estadual do Norte do Paraná, Universidade Estadual de Maringá, Centro Universitário Cidade Verde) e Tereza Rodrigues Vieira (Universidade Paranaense – UNIPAR), reuniu pesquisadores de diferentes regiões e instituições do país para debater temas atuais e sensíveis que atravessam o campo do Direito e da Saúde.

Com um total de 14 artigos apresentados, o GT demonstrou não apenas a riqueza temática do campo, mas também o compromisso dos pesquisadores com a construção de uma sociedade mais justa, ética e atenta às vulnerabilidades humanas. Os trabalhos discutiram desde as barreiras estruturais no acesso à saúde até questões de bioética, judicialização e os desafios da regulação em tempos de inovação tecnológica e crises sanitárias.

O primeiro artigo, “A (Im)possibilidade de Rescisão Unilateral dos Contratos de Plano de Saúde: Considerações Jurídicas a partir do Dever Legal de Proteção”, escrito por Tatiane Guimarães Lima Cajaiba, Ariel Ribeiro Rêgo e Rita de Cássia Simões Moreira Bonelli, abordou criticamente o desequilíbrio contratual entre usuários e operadoras de saúde, destacando o papel protetivo do Estado diante da vulnerabilidade dos consumidores.

Em seguida, Urá Lobato Martins trouxe uma valiosa contribuição ao discutir, em seu trabalho “Atuação do Estado no Âmbito da Saúde Mental a partir da ADPF nº 635”, os impactos psíquicos sofridos pelos profissionais da segurança pública e a necessária atuação do Estado na proteção da saúde mental como dimensão dos direitos fundamentais.

O artigo “Direito à Saúde e o Ministério Público: Atuação Ministerial em Defesa da Atenção Básica”, de Jaqueline Prazeres de Sena, Gustavo Luis de Moura Chagas e Robert Erik Cutrim Campos, destacou a relevância da atuação ministerial como instrumento de promoção da saúde pública, sobretudo em contextos de negligência estrutural e ineficiência do Estado.

Ariane dos Santos Barreto da Silva e Giovano Eloi de Melo, no trabalho “Imunização e Equidade no SUS: Barreiras ao Acesso à Vacina do HPV para Mulheres Refugiadas no Brasil”, lançaram luzes sobre as intersecções entre saúde, gênero, imigração e vulnerabilidade, revelando lacunas importantes na cobertura vacinal de grupos historicamente excluídos.

No campo da judicialização da saúde, dois trabalhos se destacaram por sua densidade teórica e atualidade. Lilian Benchimol Ferreira, Maria Cristina Almeida Pinheiro de Lemos e Narliane Alves de Souza e Sousa, em “Judicialização da Saúde e Autonomia do Executivo na Gestão do SUS”, abordaram os limites e possibilidades da atuação do Judiciário frente à gestão pública da saúde. Já Francisco Pizzette Nunes e Jorge Miguel Nascimento Guerra, com “Judicialização da Saúde: Uma Análise do Ativismo Judicial Político”, refletiram sobre a politização das demandas judiciais e os riscos à separação dos poderes.

No contexto da pandemia, Bruno Lima Barbalho e William Paiva Marques Júnior analisaram a ADPF nº 709 no trabalho “O Agravamento do Estado de Coisas Inconstitucional em Meio à Crise Sanitária”, destacando o papel do STF frente ao colapso do sistema prisional e a inércia institucional.

Ainda no campo contratual, Marcelo Benacchio, Mikaele dos Santos e Renata Terra Manzan propuseram, em “Obscuridade nas Cláusulas dos Contratos de Assistência à Saúde e a Jurisprudência do STJ”, uma análise crítica dos limites interpretativos e das falhas de transparência nos contratos do setor.

Com sensibilidade e profundidade, Mariana Fernandes Barros Sampaio trouxe à tona a urgência do enfrentamento à violência obstétrica e a importância da formação médica crítica no artigo “Romper o Silêncio: A Violência Obstétrica e o Papel da Educação Superior em Medicina na Construção de Políticas Públicas”.

A interface entre direito, saúde e tecnologia foi tema do trabalho de Isadora Silvestre Coimbra, intitulado “Inteligência Artificial e a Regulação na Área da Saúde”, em que a autora discutiu os desafios regulatórios e os riscos éticos no uso de IA na área da saúde.

Na seara bioética, Edith Maria Barbosa Ramos, Bruna Sousa Mendes Silva e Amailton Rocha Santos exploraram os dilemas do fim da vida no artigo “Ortotanásia e Consentimento

Informado”, enquanto Joel Sousa do Carmo, em “Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e o Acompanhamento Escolar Especializado”, problematizou a responsabilidade do custeio das medidas de inclusão.

A discussão sobre igualdade de gênero e saúde pública foi contemplada no artigo redigido por Marlei Ângela Ribeiro dos Santos e Thais Janaina Wenczenovicz, em “Políticas de Igualdade de Gênero no Direito Administrativo Sanitário”, que apontaram os desafios para a implementação efetiva dessas políticas.

Por fim, o artigo “Vulnerabilidade e Autonomia do Paciente: uma análise da formação do termo de consentimento livre e esclarecido à luz da bioética principialista e da legislação vigente”, produzido por Rivanne Santos Lins e Ana Thereza Meireles Araújo, encerrou o rol de apresentações do grupo, ressaltando a necessidade de reforçar a autonomia e o esclarecimento no processo de decisão terapêutica.

Coordenação do GT – Direito e Saúde I:

Dr. Luiz Geraldo do Carmo Gomes

Realizou o terceiro estágio pós-doutoral, financiado pelo CNPq/FA – Fundação Araucária, na Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP, desenvolvendo pesquisa sobre Democracia das Sexualidades (2023/2024). Concluiu o segundo pós-doutoramento em Ciência Jurídica na Universidade Estadual do Norte do Paraná – UENP (2020/2021) e o Postdoctoral Research Fellowship in Law na School of Law da University of Limerick, Irlanda (2019/2020). É Doutor em Função Social do Direito pela Faculdade Autônoma de Direito de São Paulo – FADISP (2014/2018) e Mestre em Ciências Jurídicas pela Universidade Cesumar (2012/2014), instituição onde também obteve a graduação em Direito (2007/2011). Professor de Direito na Universidade Estadual de Maringá – UEM onde também atua como pesquisador e editor gerente da Revista de Ciências Jurídicas – UEM (2023 - presente). Atua como coordenador do Centro de Gestão Jurídica e Segurança e da Pós-Graduação na área do Direito, docente e pesquisador bolsista no Centro Universitário Cidade Verde – UniCV (2021 - presente), além de ser professor e editor-chefe da Revista Jurídica Ivaí, do Centro Universitário Fatecie - UniFatecie (2021 - presente). É líder dos grupos de pesquisa "Direito, Estado e Bioética", da UENP, e "Pesquisas Empíricas em Direitos Humanos e Justiça", da UEM. Suas áreas de investigação incluem sexualidades, gênero e direitos. Autor do livro "Famílias no Armário: Parentalidades e Sexualidades Divergentes". E-mail: Lgcarmo@icloud.com

Dra. Tereza Rodrigues Vieira

Pós Doutora em Direito pela Université de Montreal, Canadá; Mestra e Doutora em Direito pela PUC-SP/Doutorado Sandwich na Université Paris; Especialista em Bioética pela Faculdade de Medicina da USP; Docente do Mestrado em Direito Processual e Cidadania e dos cursos de Medicina e Direito na UNIPAR, Universidade Paranaense; E-mail: terezavieira@uol.com.br .

Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho

Estágio pós-doutoral em Direito na Universidade de Sevilha - ES (Espanha). Doutor em Direito pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS (2008). Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC (2000). Graduado em Direito pela Universidade de Cruz Alta (1997). Professor titular da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Professor e pesquisador no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica (Mestrado e Doutorado) da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI). Professor Colaborador no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai (URI) de Santo Ângelo. Pesquisador Gaúcho (Edital 09/2023). Secretário de Comunicação do CONPEDI. Membro da Comissão de Avaliação Quadrienal da CAPES (2013-2016). Pesquisador com ênfase em Direito Internacional Ambiental, Direito Constitucional, Direito do Consumidor, Governança, Sustentabilidade e Sustentabilidade Humanista. E-mail: litonlanes@gmail.com

POLÍTICAS DE IGUALDADE DE GÊNERO NO DIREITO ADMINISTRATIVO SANITÁRIO: DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO BRASIL E DA ESPANHA

GENDER EQUALITY POLICIES IN HEALTH ADMINISTRATIVE LAW: CHALLENGES AND PERSPECTIVES FROM BRAZIL AND SPAIN

Marlei Angela Ribeiro dos Santos
Thais Janaina Wenczenovicz

Resumo

A igualdade de gênero é um princípio fundamental nos ordenamentos jurídicos democráticos. No âmbito do Direito Administrativo Sanitário, a incorporação de políticas públicas voltadas para a equidade entre os gêneros tem se tornado uma questão central tanto no Brasil quanto na Espanha. A escrita possui o objetivo analisar os desafios e perspectivas das questões administrativas sanitárias nos dois países por suas especificidades e experiências, considerando o tema da saúde imprescindível no contexto social e normativo. A metodologia se dá pela investigação bibliográfica acrescida de dados de fontes oficiais e jurídicas. Está dividida em duas partes: Administração Sanitária Espanhola: Políticas de Igualdade de gênero e o Direito; Administração Sanitária no Brasil: Direitos sociais e sua amplitude até os Povos Indígenas. A Espanha tem avançado significativamente na incorporação da igualdade de gênero em suas políticas de saúde. A estrutura administrativa sanitária espanhola é baseada no Sistema Nacional de Saúde (SNS), garantindo o acesso universal à saúde. No Brasil, a igualdade de gênero também está inclusa no desenvolvimento das políticas sanitárias. O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco fundamental na garantia social, na promoção da equidade de gênero no acesso à saúde. Entretanto, desafios persistem, especialmente no que diz respeito à implementação efetiva em áreas remotas para atendimento às populações vulnerabilizadas como os povos indígenas. A diversidade cultural dos povos indígenas exige abordagens diferenciadas que respeitem essas particularidades.

Palavras-chave: Brasil, Espanha, Direito administrativo sanitário, Igualdade de gênero, Povos indígenas

Abstract/Resumen/Résumé

Gender equality is a fundamental principle in democratic legal systems. In the context of Administrative Health Law, the incorporation of public policies aimed at gender equity has become a central issue in both Brazil and Spain. The aim of this article is to analyze the challenges and perspectives of administrative health issues in both countries due to their specificities and experiences, considering the theme of health as essential in the social and normative context. The methodology is based on bibliographical research plus data from official and legal sources. It is divided into two parts: Spanish Health Administration: Gender Equality Policies and the Law; Health Administration in Brazil: Social Rights and their

Extension to Indigenous People. Spain has made significant progress in incorporating gender equality into its health policies. The Spanish health administrative structure is based on the National Health System (SNS), guaranteeing universal access to health care. In Brazil, gender equality is also included in the development of health policies. The Unified Health System (SUS) is a fundamental milestone in social security and in promoting gender equity in access to health care. However, challenges persist, especially with regard to effective implementation in remote areas to serve vulnerable populations such as indigenous people. The cultural diversity of indigenous people requires differentiated approaches that respect these particularities.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Administrative health law, Brazil, Gender equality, Indigenous people, Spain

1. Introdução

A igualdade de gênero é considerada um princípio fundamental nos ordenamentos jurídicos democráticos e elemento essencial na construção de sociedades equitativas. No contexto de gestão, a administração sanitária, essa questão é relevante em face do impacto direto das políticas de saúde na qualidade de vida da população e na garantia de direitos fundamentais. A incorporação de equidade de gênero no planejamento e na execução de políticas públicas, fortalece a cidadania, contribuindo a redução de desigualdades históricas que afetam principalmente, mulheres e grupos vulnerabilizados.

Tanto no Brasil quanto na Espanha, observam-se esforços na incorporação da perspectiva de gênero em políticas de saúde, embora com desafios e abordagens distintas. O contexto histórico, social e normativo de cada país influencia diretamente na formulação e na implementação das políticas públicas, tornando-se essencial a identificação de boas práticas, essa ferramenta de observância é relevante no enfrentamento de obstáculos da temática. Compreender como a igualdade de gênero é promovida nos sistemas administrativos sanitários das duas nações permite uma análise crítica sobre os avanços já alcançados e as lacunas existentes.

A escrita tem como objetivo central examinar os desafios e perspectivas da administração sanitária no Brasil e na Espanha sob a ótica da igualdade de gênero, levando em consideração as especificidades de cada sistema e suas experiências na construção de políticas públicas para a equidade. A metodologia adotada baseia-se na pesquisa bibliográfica investigativa, acrescida de dados oficiais e jurídicos, permitindo uma abordagem sobre a Administração Sanitária com relação às políticas de igualdade de gênero e sua relação com o Direito. A escrita está dividida em duas partes: Administração Sanitária Espanhola: Políticas de Igualdade de gênero e o Direito; Administração sanitária no Brasil: Direitos sociais e sua amplitude até os Povos Indígenas. A Espanha tem se destacado na incorporação da equidade de gênero em suas políticas de saúde com o Sistema Nacional de Saúde (SNS), um modelo que garante o acesso universal e promove estratégias para a inclusão e redução das desigualdades. A segunda parte da escrita aborda a administração sanitária no Brasil, enfatizando a garantia dos direitos sociais, com o Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil a equidade do gênero está contemplada em atividades sanitárias, mas existem desafios, principalmente na implementação de políticas administrativas em áreas remotas e no atendimento às populações indígenas. A diversidade cultural e a vulnerabilidade de abordagens diferenciadas, demandam

particularidades socioculturais para promoção adequada às necessidades de um país multicultural em uma vasta dimensão geográfica.

2. Administração Sanitária Espanhola: Políticas de Igualdade de Gênero e o Direito

Durante o século XVIII e XIX, a Revolução Industrial fez surgir grandes desafios sanitários nos mais diversos espaços da Europa, especialmente nas cidades em crescimento. As condições precárias de habitação e trabalho favoreceram surtos de cólera, tuberculose e febre tifoide. Em resposta, surgiram os primeiros serviços de saúde pública.

Os séculos XVIII e XIX trouxeram renovadas preocupações com as questões da higiene e da saúde pública. A tônica colocava-se já não apenas na cura da doença, mas também na sua prevenção, procurando-se tornar o espaço público mais saudável, desenvolvendo para isso políticas públicas que contribuíssem para “higienizar” ambientes e comportamentos (RODRIGUES, 2013).

O direito à saúde na Espanha do século XX é garantido pela Constituição de 1978, que estabelece a saúde como um direito fundamental e um dever do Estado. O sistema de saúde espanhol na atualidade é considerado um dos melhores do mundo, integrado pela assistência médica pública universal e gratuita para qualquer cidadão (ESPANHA, 1978). A administração sanitária espanhola desempenha papel fundamental na promoção da igualdade de gênero por diversas políticas públicas e legislações que garantem o acesso equitativo à saúde para todas as pessoas. O ordenamento jurídico espanhol está baseado em princípios constitucionais e normativas internacionais que sobre direitos igualitários entre homens e mulheres desaguando na importância do sistema de saúde. A população global da Espanha foi estimada em 48,6 milhões de pessoas em 2023, de acordo com os últimos dados 1960-2023 Dados 2024-2025 do censo Previsão da Trading Economics (TRADING ECONOMICS, 2025).

A Lei 14/1986, de 25 de Abril sobre Saúde Geral, estabelece o Sistema Nacional de Saúde como conjunto de serviços de saúde da Administração do Estado e das Comunidades Autônomas, integrando funções de saúde que competem aos poderes públicos no cumprimento à proteção da saúde social. Também, a Lei Geral de Saúde estabelece a universalidade da cobertura como característica básica do sistema de saúde espanhol ao determinar que os cuidados de saúde são acessados por toda a população. Primordialmente, estabelece a equidade como princípio geral do Sistema Nacional de Saúde, garantindo que o acesso e os benefícios à saúde serão proporcionados em condições igualdade por todas as pessoas. Motivo pelo qual caracteriza-se pela sua ampla descentralização estendendo à todas as Comunidades Autônomas competências sanitárias previstas no ordenamento jurídico. Atuação que ao mesmo tempo que amplia também impõe responsabilidade no desenvolvimento e prestação de serviço, exigindo o

desenvolvimento de ações na coordenação e aplicação adequada de estratégias e medidas em todo o território.

A União Europeia (UE) atua para a melhoria da saúde através de políticas e atividades, em conformidade com Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE). A ação da UE em matéria de saúde está centrada na melhora da saúde pública, prevenção de doenças e perigos para a saúde, incluindo as atividades de investigação. A ação comunitária complementa as políticas nacionais e a União incentiva a cooperação entre os Estados-Membros no domínio da saúde. A lei 14/1986, de 25 de abril, do Sistema Nacional de Saúde forma um conjunto de serviços de saúde da Administração do Estado e das Comunidades Autónomas que integram todas as funções e serviços de saúde, competindo aos poderes públicos o devido cumprimento do direito da proteção da saúde. Junto com isso, estabelece a universalidade da cobertura como uma das características básicas do sistema espanhol para determinar que os cuidados de saúde pública sejam estendidos a toda a população. Determinando a equidade como princípio geral do Sistema Nacional de Saúde, na garantia de que o acesso e os serviços de saúde serão prestados em condições de efetiva igualdade na medida que todas as Comunidades Autónomas dispõem de competências sanitárias previstas no ordenamento jurídico. Essa dinâmica descentralizada facilita uma melhor adaptação às necessidades de saúde propiciando o desenvolvimento de ações que garantam a aplicação adequada de estratégias e medidas comuns em todo o território.

A administração sanitária espanhola considera a igualdade entre mulheres e homens como princípio jurídico universal reconhecido em diversos textos internacionais sobre direitos humanos, entre os quais destaca-se a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW) (ONU,1979), da qual a Espanha faz parte atribuindo-lhe a obrigação administrativa de observância das questões de gênero imprescindivelmente na saúde pública. A governança da Espanha tem normatizado várias situações com perspectiva de gênero, buscando garantir a igualdade de oportunidades no mercado de trabalho, reforçando o compromisso com a equidade na representatividade de cargos públicos e privados e equiparação salarial entre homens e mulheres, em conformidade com os princípios da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da legislação e diretivas europeias. Também a Constituição Federal da Espanha determina igualdade entre homens e mulheres sem qualquer discriminação com base no nascimento, raça, sexo, religião, opinião ou qualquer outra condição ou circunstância pessoal ou social (ESPANHA, 1978).

O Plano de Qualidade do Sistema Nacional de Saúde é guia de atuação sanitária e tem previsão na Lei 16/2003 sobre Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde. O Plano de

Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS) dirige-se ao cidadão e promove cuidados de saúde de excelência centrados no doente e nas suas necessidades. Apoia os profissionais de saúde na promoção da excelência clínica e na adoção de boas práticas baseadas no melhor conhecimento científico disponível. Seguindo a isso, os Direitos das Vítimas de Violência de Género estão estabelecidos na Lei Orgânica 1/2004, sobre Medidas Integrais de Proteção contra a Violência de Género (B.O.E. n.º 313, de 29 de dezembro de 2004), que garante às mulheres que foram vítimas de violência de género, uma série de direitos com a finalidade de acabar com a dependência do relacionamento violento e recuperar o projeto de vida da mulher. Esses direitos são universais, no sentido de que todas as mulheres que sofreram qualquer ato de violência de género têm direitos garantidos, independentemente da sua origem, religião ou qualquer outra condição ou circunstância pessoal ou social.

A Europa de um modo geral é referência em normatização advindas de demandas sociais ao exemplo do Protocolo Para Avaliação Do Risco De Violência Contra A Mulher Por Seu Parceiro ou ex-Parceiro de 2001, promovido pela Câmara Municipal de Barcelona e pelo Consórcio de Saúde de Barcelona, com desejo de promover a coordenação e cooperação entre as diferentes instituições envolvidas na luta para erradicar a violência sexista em Barcelona, como condição necessária para cuidados das mulheres que vivem situações de violência, e aos seus filhos e filhas, considerando a dimensão preventiva (ESPANHA, 2001).

A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável das Nações Unidas de 2015 é influência de nível internacional que reflete na Europa, impondo compromissos de ordem internacional para alcançar a igualdade de todas as mulheres e menina, e transversalmente nos demais objetivos (ONU,2015). Outra iniciativa em nível administrativo é o Plano Estratégico para a Igualdade de Oportunidades 2018-2021 da Espanha que determina o tratamento entre mulheres e homens deve implicar a ausência de qualquer discriminação, direta ou indireta, em razão do sexo, de modo que a integração deve resultar em oportunidades entre mulheres e homens em todas as políticas públicas (ESPANHA, 2018). Impõe que deve ser desenvolvida a monitorização e avaliação das políticas públicas, medidas regulatórias e programas orçamentais, com o objetivo de promover a igualdade entre mulheres e homens e combater a discriminação. Ainda, a transparência de todas as fases do plano é imposição para devido monitoramento e avaliação. Modernização e inovação ativamente no plano administrativo.

Em 2020 medidas transversais entre normas influenciaram na declaração do Real Decreto-Lei 12/2020 (ESPANHA, 2020), sobre medidas urgentes em matéria proteção e assistência às vítimas de violência de género em convergência Com o Manual de Políticas e Estratégias Para a Qualidade dos Cuidados de Saúde da Uno. (ONU, 2020). A Importância do

tema saúde das mulheres e dos homens envolveu determinantes sociais e desigualdades, considerando que por serem injustas e evitáveis devem ser objeto de ação dos poderes públicos. Portanto, investigar, recolher e divulgar informações sobre as desigualdades na saúde baseadas no género é imprescindível. Com essa finalidade o Relatório de Saúde e Género 2005 adota medidas para acompanhamento dos progressos alcançados e os aspectos que devem se programados ao longo do tempo.

Baseado no Compromisso Estratégico para a Igualdade entre mulheres e homens 2016-2019 (EU, 2016), alinhando-se ao Pacto Europeu para a igualdade gênero 2011-2020 (EU, 2011), a Espanha promove ação aos profissionais de saúde na detecção precoce de violência de género e propor as medidas necessárias na formação contínua de profissionais de saúde para o atendimento e a recuperação de mulheres vítimas de abuso em atenção primária, assim como a atenção especializada reforçada pelo Real Decreto n.º 1030/2006, de 15 de setembro. O Protocolo común de atuação sanitária de Violência de Género de 2012, derivado da Lei Orgânica 1/2004 (ESPANHA, 2004) sobre Medidas Integrais de Proteção contra a Violência de Género, da Administração da Saúde, no âmbito do Conselho Inter territorial do Sistema Nacional de Saúde, demonstra uma normatização hígida com base no Decreto n.º 1030/2006, que estabelece a carteira dos serviços comuns do SNS e o procedimento para a sua atualização dos serviços de saúde com acompanhamento do Observatório Estadual da Violência contra a Mulher (ESPANHA, 2006).

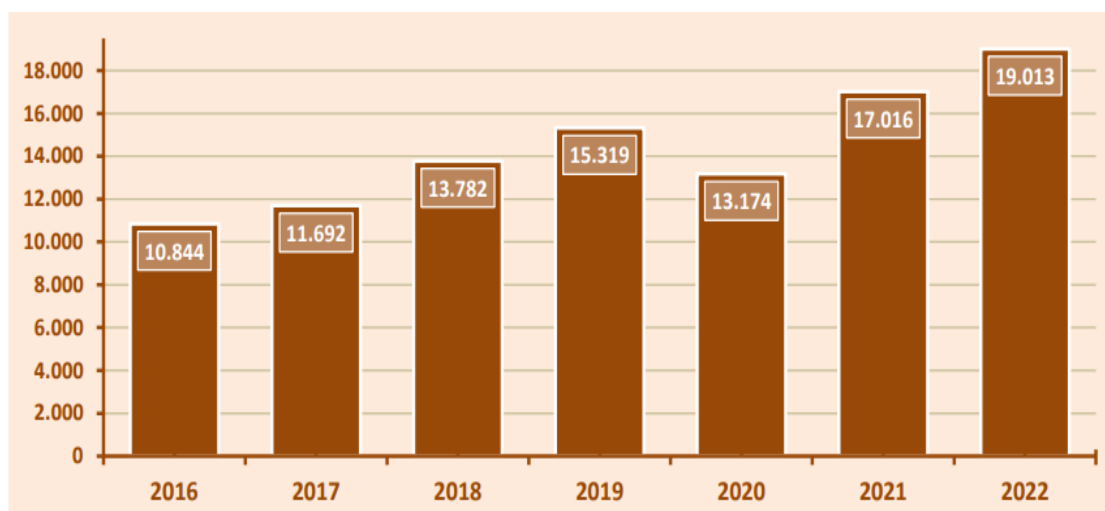
A violência de género prossegue e representa um problema grave na sociedade, o que evidencia a desigualdade que existe entre mulheres e homens. A violência contra as mulheres constitui uma violação dos direitos fundamentais e a expressão mais clara da discriminação baseada no sexo. Por esse motivo a descentralização das ações tem profunda atuação na Espanha por suas Comunidades Autônomas, ao exemplo do Protocolo Quadro De Atuação Profissional Para Casos de Violência de Género em Castela e León aprovado pelo Decreto 2/2007, para a promoção do tratamento integral de assistência às mulheres vítimas de violência.

Assim, a Espanha adota diversas iniciativas de integração em perspectiva de género nas políticas de saúde. Um dos avanços de destaque é o Observatório de Saúde e Género, que monitora as desigualdades de género no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, respaldada pela Lei da Igualdade de 2007 (Lei Orgânica 3/2007), estabelece princípios para a eliminação da discriminação de género em todos os setores, incluindo a saúde. Desafios sociais fazem parte da atuação administrativa espanhola que se afigura comprometida na promoção da igualdade de género e na formação profissional fortalecendo políticas de atendimento, inclusão e

equidade. A Espanha em 2023, garantiu a diversidade sexual pela Lei 4/2023, para a igualdade real das pessoas trans e garantia dos direitos das pessoas LGTBI, incluindo o acesso ao sistema de saúde de forma igualitária.

Um grande desafio em contexto de gênero na Espanha é a mutilação genital feminina, que é uma prática especialmente prejudicial para a saúde física, psicológica, sexual e reprodutiva de mulheres e meninas. Prática essa, advinda de culturas que se fixaram no território europeu, fazendo com que medidas fossem necessárias para intervenção da violação dos direitos humanos das mulheres e das meninas com Protocolo Comum Para Desempenho Em Saúde Antes da Mutilação Genital Feminina de 2012 (ESPANHA, 2012).

Imagem 1 - Fatos conhecidos registrados. Dados anuais, sobre violência sexual contra mulher.



Fonte: Informe Sobre Delitos Contra La Libertad Sexual, 2022.

Durante o ano de 2022 foi registrado um aumento no número total de crimes contra a liberdade sexual. Motivo pelo qual o tema é imprescindível na atuação administrativa de gestão da saúde pelo Informe Sobre Delitos Contra La Libertad Sexual na Espanha, 2022, formando uma rede de informações e observância das ocorrências sociais e equipamentos estatais no combate dessa violação humana (ESPANHA, 2022).

A questão de gênero é uma temática em ascensão e tem estado em pauta em nível global sobre as atividades extremamente feminizadas culturalmente de trabalhos não remunerados e remunerados na área de cuidados, como é exatamente a situação do sistema de saúde, segundo dados de 2023 da Organização Women in Global Health, mulheres são maioria na área da saúde, mas não lideram: “na saúde global 70% dos profissionais da linha de frente

da área da saúde são mulheres, mas elas representam apenas 25% dos cargos de liderança” (FORBES, 2023).

3. Administração sanitária no Brasil: Direitos sociais e sua amplitude até os Povos Indígenas

A administração sanitária no Brasil é formada em nível federal pelo Ministério da Saúde, e com atuação pelos governos locais que suplementam a estrutura federal e tecnicamente pela Agência Nacional de Saúde-ANS. Além dessa estrutura o sistema de saúde compõe um conjunto de ações e políticas públicas voltadas para a promoção da saúde social, atuando na prevenção de doenças e controle de fatores de risco sanitário. Essa gestão é realizada por diversos órgãos e instituições governamentais descentralizada, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) o principal responsável pela implementação de gestão e normatização geral, ficando os demais entes governamentais na medida de suas territorialidades incumbidos de implementar e melhorar a gestão do atendimento de saúde. A administração sanitária no Brasil está estruturada em três níveis: federal, estadual e municipal. O Ministério da Saúde administra e coordena as ações do âmbito nacional, enquanto as Secretarias Estaduais e Municipais de executam e adaptam as políticas de acordo com as especificidades locais.

A saúde na CF/88 está consagrada nos direitos sociais e garantida como natureza fundamental, atribuindo a esse direito a aplicação imediata com base na CF/88. [...]Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...] (BRASIL,1988).

A distinção é de que o termo “direitos fundamentais” se aplica para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados na esfera do direito constitucional positivo de determinado Estado, ao passo que a expressão “direitos humanos” guardaria relação com os documentos de direito internacional, por referir-se àquelas posições jurídicas que se reconhecem ao ser humano como tal, independentemente de sua vinculação com sua determinada ordem constitucional, e que, portanto, aspiram à validade universal, para todos os povos e tempos, de tal sorte que revelam um inequívoco caráter supranacional. (SARLET, 1998, p. 31).

Além disso, a igualdade de gênero é um princípio constitucional. A Constituição Federal de 1988, no artigo 5º, estabelece que "homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição. Além disso, prevê a proteção do mercado de trabalho da mulher, garantindo condições justas e proibindo a discriminação por motivo de gênero.

[...]Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: I - homens

e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição [...] (BRASIL, 1988).

A Lei Maria da Penha, Lei n. 11.340/2006, assegura assistência à saúde para mulheres vítimas de violência doméstica e familiar. Estabelecendo que o poder público deve garantir atendimento especializado, com serviços de assistência médica, psicológica e social para a vítima. A lei prevê que as vítimas tenham acesso prioritário a serviços de saúde, incluindo acompanhamento especializado nos hospitais e unidades de saúde, bem como a realização de exames médicos e tratamentos necessários.

[...]Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. Art. 3º Serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária[...] (BRASIL, 2006).

A rede que compõe o Sistema Único De Saúde- SUS do Brasil é ampla e atua tanto em ações quanto nos serviços de saúde. Disponibiliza tratamento de a atenção primária, média e alta complexidade, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológicas, sanitária, ambiental e assistência farmacêutica também são de amplo acesso no SUS.

Em período anterior a CF-88, o sistema público de saúde prestava assistência apenas aos trabalhadores vinculados à Previdência Social, com acesso aos serviços hospitalares, cabendo o atendimento aos demais cidadãos às entidades filantrópicas. Após 1988 com a publicação da Constituição que garantiu vários direitos sociais, esse direito foi ampliado a toda a população independente de filiação ao sistema de Previdência Social. Determina a CF-88 que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

[...] Artigo 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes [...] (BRASIL, 1988).

A administração sanitária brasileira está baseada em princípios fundamentais de aplicação que são: universalidade; equidade; integralidade. O sistema é inicialmente

desenvolvido pelos órgãos federais: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que possui a atribuição de fiscalizar produtos, serviços relacionados à saúde, medicamentos, alimentos e cosméticos; e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com atuação em ações de saneamento básico e controle de doenças. Complementando a atuação federal, os Órgãos e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde coordenam e implementam políticas de saúde conforme as necessidades locais e regionais. A saúde da mulher no sistema de sanitário brasileiro engloba o cuidado integral em todas as fases da vida. Esse cuidado deve incluir um conjunto de ações de prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, garantindo acesso equitativo e de qualidade aos serviços de saúde, respeitando suas diversidades humanas e geográficas promovendo a equidade em saúde.

O cuidado integral inclui a saúde ginecológica, os direitos sexuais e reprodutivos, a saúde materna de todo o ciclo gravídico e puerperal, a dignidade menstrual, a atenção ao climatério e à menopausa, a saúde mental e cuidados em situações de violência. O sistema de saúde está focado para reduzir a mortalidade materna, prevenir doenças e agravos, promover a autonomia e o bem-estar das mulheres e combater a violência de gênero. A atenção da saúde das mulheres é aplicada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM. Elaborada em parceria com diversos setores da sociedade, em especial movimentos de mulheres, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional (BRASIL, PNAISM, 2025).

A saúde sexual da mulher é compreendida no sistema de saúde para que ao longo de suas vidas, vivenciem e expressem sua sexualidade de maneira saudável, evitando riscos como doenças transmissíveis, gestações não planejadas, coerção, violência e discriminação. As principais estratégias para a saúde sexual da mulher no Brasil incluem o acesso a uma ampla gama de serviços, tais como: cuidados de saúde; educação em saúde; métodos contraceptivos; cuidado durante a gestação, o parto e o puerpério; prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis; atendimento a pessoas vítimas de violência sexual; interrupção gestacional nos casos previstos em lei. O histórico brasileiro é engendrado em situações complicadas em relação à população negra, periférica e feminina, vítimas de uma trajetória cultural da formação universalista brasileira. Nesse aspecto, mulheres indígenas e negras, em um contexto geral são vulnerabilizadas socialmente, enfrentando maiores obstáculos:

Mulheres indígenas e negras apresentaram dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, para além das políticas universais, devem ser construídas ações

de saúde voltadas para necessidades específicas dessas populações, a fim de tornar o sistema público de saúde mais equânime. Dados do Ministério da Saúde de 2023, trata que a maioria das mulheres pretas, indígenas e pardas eram solteiras, separadas/divorciadas ou viúvas (58,5%, 57,2% e 53,1%, respectivamente), enquanto a maior parte das parturientes brancas e amarelas eram casadas ou tinham união estável (56,0% e 52,7%, respectivamente) (BRASIL, 2023).

A população Brasileira foi estimada estatisticamente em 2022 em 203,1 milhões de pessoas com aumento de 6,5% frente ao censo anterior, realizado em 2010. Apresentando um crescimento de 12,3 milhões de pessoas em um período de 12 anos (IBGE, 2023). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, 2024, mais de 30% da população do Brasil está em 48 cidades com população acima de 500 mil habitantes. Esse fenômeno é um reflexo do processo de distribuição da população no território. Embora atualmente os centros urbanos já não apresentem crescimento, possuem o peso demográfico que é atribuído a um processo de concentração superando a marca dos 500 mil habitantes em muitas cidades brasileiras.

O estudo também mostrou a distribuição da população brasileira e dos municípios, de acordo com as classes de tamanho da população. Ao todo, 65,7 milhões de pessoas, ou 30,9% do total, estão distribuídas em 48 municípios com população maior que 500 mil habitantes, ou 0,9% dos municípios brasileiros. Outra parte considerável da população, cerca de 27,3% (58,0 milhões), está nos 339 municípios com população entre 100 mil e 500 mil, que correspondem 6,1% do total de municípios (IBGE, 2024).

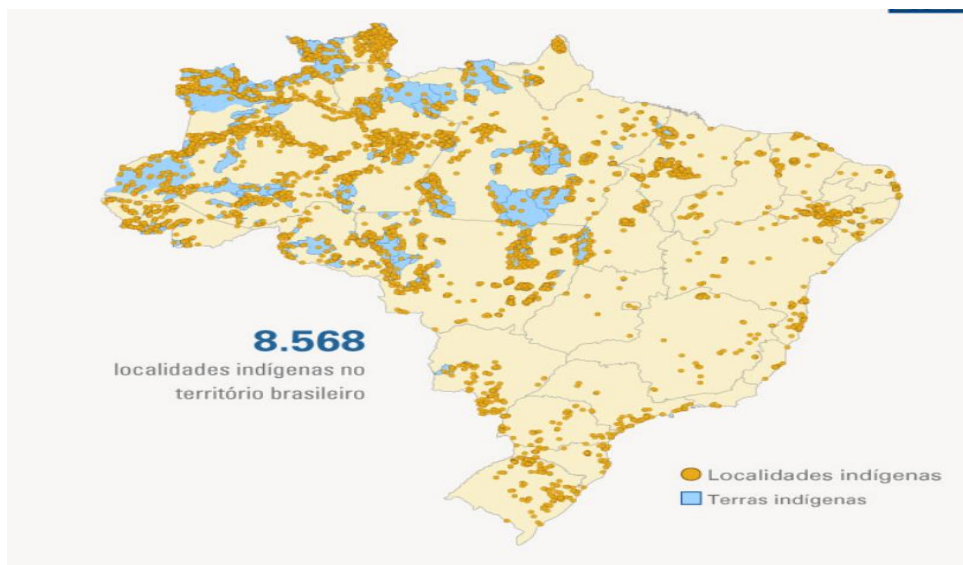
Tal situação evidencia a dificuldade de manutenção da sanidade em alguns locais devido à grande concentração de população em alguns espaços geográficos e outros tantos em distintas regiões geográficas com especificidades locais, como é o caso de estados do norte, nordeste brasileiro e região Amazônica. Todas demandam infraestrutura, distribuição de recursos, capacidades administrativas que na contemporaneidade tem sido agravada diante de doenças emergentes de alto contágio. As causas que afetam a população gerando deslocamentos, de forma geral também atingem populações e núcleos específicos como os Povos Indígenas que vivem em várias regiões dos Estados brasileiro. Dados do IBGE 2022 demonstram que:

Cerca de 53,97% (ou 914.746 pessoas) da população indígena residiam em áreas urbanas, enquanto 46,03% (ou 780.090 indígenas) moravam em áreas rurais. Já em 2010, os indígenas em áreas urbanas eram 324.834 (ou 36,22%) enquanto 572.083 (ou 63,78%) viviam em áreas rurais. De 2010 para 2022, a população indígena em áreas urbanas cresceu 181,6%, ou um ganho de mais 589.912 pessoas. Dos 5.570 municípios do país, 4.833 têm população indígena. No Amazonas, 59 (95,16%) dos 62 municípios que abrigam 28,44% da população indígena do país tiveram perda percentual de população indígena em áreas rurais. Cenário semelhante de perdas de população indígena em áreas rurais ocorreu em Roraima (11 dos 15 municípios) e no Acre (15 dos 22 municípios) (IBGE, 2022).

A secretária de comunicação social da Presidência da República divulgou em 2024 que Brasil tem mais de 8,5 mil localidades indígenas espalhadas no território brasileiro e que

entre 2010 e 2022 a população indígena cresceu 88,9%, motivo pelo qual se apresentam desafios significativos em tema de saúde, saneamento, coleta de lixo e educação para essas populações peculiares culturalmente em distintas localidades (BRASIL, 2024).

Imagem 2 - Percentual de localidades indígenas no Brasil (2022).



Fonte: Presidência da República brasileira. Dados IBGE de 2022.

Aperfeiçoamentos significativos são observados na prestação de saúde no Brasil, refletindo em melhorias em se tratando de um país com dimensão geográfica ampla, altamente populosos em culturas e lugares. Além disso, existem desafios mais recentes relacionados às complexidades atuais. Várias questões afetam a saúde das pessoas e especialmente, crianças, como as altas taxas de partos cesáreos prematuridade; a mortalidade em crianças indígenas; a diminuição das taxas de vacinação; os óbitos por causas externas (violências e acidentes); a alimentação não saudável e suas consequências; o ainda presente trabalho infantil, entre outros.

O atendimento das populações Indígenas no Brasil é atribuição da Secretaria de Saúde Indígena-SESAI, órgão responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com prática pelo subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi) no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema de atendimento às populações indígenas é atribuição federal, de forma que as especificidades locais estatais e regionais são desenvolvidas em conjunto pelas administrações de abrangência. A Secretaria de Saúde Indígena é integrada por 22 mil profissionais de saúde, desses, 52% são indígenas, atuando em atenção primária à saúde e ações de saneamento, de maneira participativa, respeitando as especificidades epidemiológicas e socioculturais dos povos Indígenas (BRASIL, 2022).

A atenção à saúde das mulheres e das crianças indígenas é desenvolvida e organizada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena diretamente nos territórios indígenas. O cuidado às pessoas indígenas ocorre em razão da orientação de valorização e articulação com os saberes e práticas indígenas, reconhecendo o protagonismo das mulheres e das famílias indígenas no cuidado da sua saúde.

Imagem 3 - Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças Indígenas.



Fonte: Governo Federal. Ministério da Saúde, 2021.

Os Povos indígenas são possuidores de uma relação originária e milenar com territórios, ancestralidade e recursos naturais. Motivo pelo qual o Brasil reconhece o direito à demarcação de terras habitadas por esses povos. O processo de demarcação está regulamentado pelo Decreto n. 1775/96, é o meio administrativo para identificar e sinalizar os limites do território tradicionalmente ocupado pelos povos indígenas. O artigo 231 da CF/88 determina que as populações indígenas detêm a posse permanente e o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e lagos localizadas em seus territórios (BRASIL, 1988).

O Estatuto do Índio, Lei n. 6.001 de 1973 e o Decreto n.º 1775/1996), as terras indígenas podem ser classificadas nas seguintes modalidades: Terras Indígenas Tradicionalmente Ocupadas, terras habitadas pelos indígenas em caráter permanente, utilizadas conforme a cultura, bem-estar e reprodução física, segundo costumes e tradições dos povos indígenas que à habitam; Reservas Indígenas, terras doadas por terceiros, adquiridas ou desapropriadas pela União que se destinam à posse permanente dos indígenas; Terras Dominiais, são terras de propriedade das comunidades indígenas, havidas nos termos da legislação civil (BRASIL, 1973, 1996).

A saúde indígena no Brasil enfrenta desafios estruturais não apenas por razões culturais e territoriais, mas também devido a fatores externos, como o avanço do garimpo ilegal,

o desmatamento e a falta de demarcação de terras. Esses problemas afetam diretamente a qualidade de vida e a segurança das populações indígenas. O garimpo ilegal, contamina rios com mercúrio, causando doenças graves, problemas neurológicos e malformações congênitas. Além disso, os garimpeiros levam doenças para aldeias isoladas ocasionando surtos de malária, tuberculose.

Do ponto de vista jurídico, a proteção dos direitos indígenas no Brasil enfrenta desafios devido ao descumprimento tanto da legislação nacional quanto das convenções internacionais ratificadas pelo país. A Convenção Americana sobre Direitos Humanos e a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho garante o direito dos povos indígenas à terra, à autodeterminação e à preservação cultural (OIT, 1991). No entanto, a pressão dos setores econômicos e a fragilidade da fiscalização estatal, o avanço do agronegócio e da mineração, muitas vezes inviabilizam a implementação de políticas governamentais resultado em graves conflitos fundiários e a degradação de populações e territórios. A falta de demarcação de terras e as invasões constantes das terras demarcadas ocasiona não apenas violência contra os povos indígenas, mas também a destruição de ecossistemas essenciais para sua manutenção de saúde desses povos (MAPBIOMAS, 2023).

Imagem 4 - Garimpo ilegal em terra indígena causa destruição ambiental e morte humana.

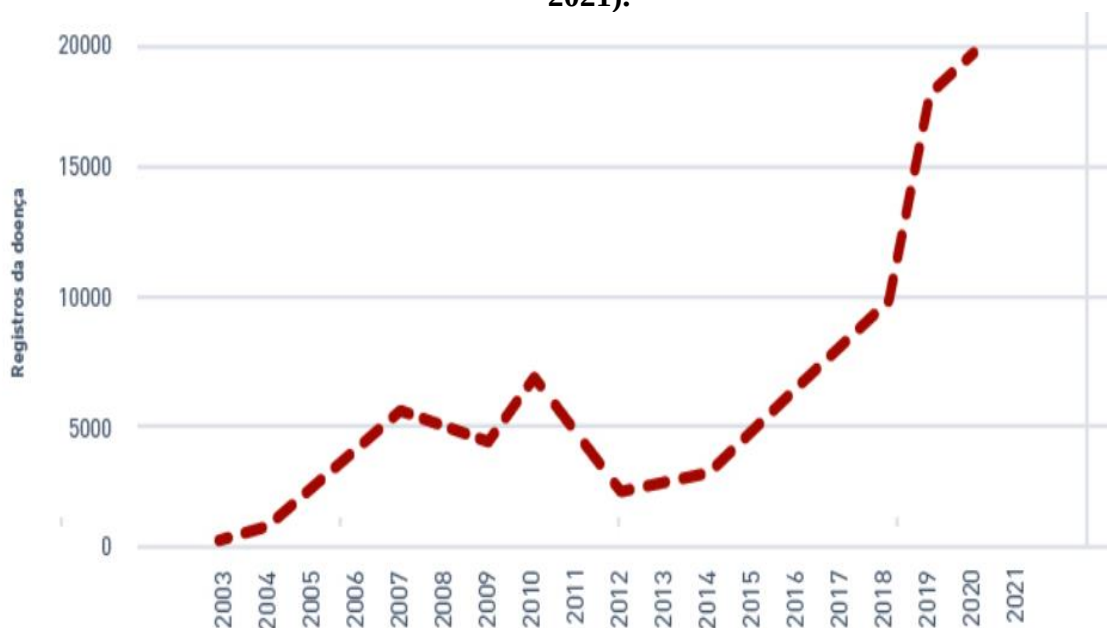


Fonte: CIMI, 2023.

A origem da situação humanitária indígena ocorrido com o Povo Indígena Yanomami é atribuída à invasão de territórios indígenas pelo garimpo ilegal que impossibilita a subsistência da comunidade, inviabilidade de suporte estatal, proliferação de doenças e agravamento da fome e desnutrição que foi o que ocorreu com o Povo Yanomami no Estado de

Roraima no Brasil entre 2019 e 2022, na Terra Indígena (TI) Yanomami. Além disso, o Conselho Missionário Indigenista- CIMI, registrou violências transversais ocasionadas pelo garimpo ilegal, os garimpeiros ocasionaram muitas doenças como: malária, pneumonia, verminoses e desnutrição, além de violência contra mulheres e crianças, assédio sexual e estupro (CIMI, 2023).

Imagem 5 - Índices dos casos de malária na terra Indígena Yanomami, Brasil (2003-2021).



Fonte: Instituto Socioambiental ISA, 2023.

Em 2023 o Ministério da Saúde declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional diante da desassistência sanitária dos Yanomami. A emergência em Saúde Pública de importância Nacional foi decretada pelo governo federal, novo presidente pela troca eleitoral em 2023, que recebeu uma situação de inconstitucionalidade estatal, após a morte de 570 crianças” no território Yanomami (BRASIL, 2023). O governo federal em 2021, pelo então presidente da república em contrário às demandas indígenas, motivo que resultou em desassistência indígena. A calamidade foi agravada pelo surto da COVID-19, resultando situação generalizada de crise humana que foi levada à Corte Internacional de Direitos Humanos, que proferiu a seguinte decisão:

LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS, en uso de las atribuciones que le confieren los artículos 63.2 de la Convención Americana, y los artículos 27 y 31 del Reglamento del Tribunal, RESUELVE: Por unanimidad, Requerir al Estado de Brasil la adopción de las medidas necesarias para proteger efectivamente la vida, la integridad personal, la salud y el acceso a la alimentación y al agua potable de los miembros de los Pueblos Indígenas Yanomami, Ye’Kwana y

Munduruku⁴⁰, desde una perspectiva culturalmente adecuada, con un enfoque de género y edad. Requerir al Estado la adopción de las medidas necesarias para prevenir la explotación y la violencia sexual contra las mujeres y niñas de los Pueblos Indígenas beneficiarios. Requerir al Estado la adopción de las medidas culturalmente apropiadas para prevenir la propagación y mitigar el contagio de enfermedades, especialmente del COVID-19, prestándoles a las personas beneficiarias una atención médica adecuada, de acuerdo con las normas internacionales aplicables (CIDH, 2022).

Além das especificidades sanitárias dos Povos Indígenas no Brasil, ainda as questões de gênero necessitam de atenção. Sobre a perspectiva de gênero e a área de cuidados caracteristicamente desenvolvida pela mulher. O Governo Federal Brasileiro se pronunciou em 2024, informando que: “51% dos servidores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), são mulheres e 53% dos cargos de gestão da Agência são ocupados por mulheres”. Ressaltando o cumprimento com a Agenda 2030. (ONU, 2015), nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, saúde e bem-estar e ODS 5, igualdade de gênero (BRASIL, 2024).

4. Considerações Finais

A promoção da igualdade de gênero no Direito Administrativo Sanitário é um objetivo essencial para a construção de sistemas de saúde justos e eficientes. Tanto no Brasil quanto na Espanha, avanços foram aprimorados pela implementação de políticas públicas voltadas à equidade, mas os desafios persistem, exigindo esforços contínuos de aprimoramento legislativo, institucional e social.

Na Espanha, a incorporação de diretrizes externas à igualdade de gênero no Sistema Nacional de Saúde faz parte do compromisso com a equidade, porém obstáculos como a sub-representação feminina em cargos de liderança e a necessidade de cooperação entre diferentes comunidades autônomas ainda representam desafios estruturais. No Brasil, a previsão constitucional da igualdade de gênero e a ampliação dos direitos sociais demonstram avanços importantes, apesar das barreiras de desigualdade regional, deficiências de recursos e resistências culturais, que dificultam a implementação das políticas de equidade no atendimento às populações vulneráveis, como é o caso dos povos indígenas no Brasil.

Motivo pelo qual torna-se necessária a adoção de estratégias que assegurem a efetivação dos direitos, além do desenvolvimento de políticas que ampliem a participação feminina na formulação e gestão sanitária. O fortalecimento da fiscalização, o aprimoramento dos mecanismos de monitoramento e avaliação das políticas públicas e a promoção de cultura institucional baseada na equidade são medidas fundamentais para garantir equidade.

A experiência da Espanha oferece oportunidades inovadoras na troca de informações o desenvolvimento de boas práticas ao Brasil, possibilitando a implementação de um sistema de saúde inclusivo a partir da adoção de práticas do modelo administrativo sanitário espanhol. Além disso, a colaboração com organismos internacionais e entidades da sociedade civil devem contribuir para a criação de políticas mais robustas e adaptadas às reais necessidades sociais.

Referências

BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar tem 53% dos cargos de gestão ocupados por mulheres**, 2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202403/08-03-2013-dia-internacional-da-mulher>. Acesso em: 20 de mar. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988- CF/88**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 de mar. 2025.

BRASIL. Decreto n.º 1775/1996. **Dispõe Sobre O Procedimento Administrativo De Demarcação Das Terras Indígenas E Dá Outras Providências**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1775.htm. Acesso em 19 de mar. 2025.

BRASIL. GOVERNO FEDERAL DO BRASIL. **Ministério da Saúde declara emergência em saúde pública em território Yanomami, 2023**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/ministerio-da-saude-declara-emergencia-em-saude-publica-em-territorio-yanomami>. Acesso em: 02 de mar. de 2025.

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Saúde, 2021. **Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças Indígenas**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/atencao-a-saude-das-mulheres-e-criancas-indigenas>. Acesso em 19 de mar. 2025.

BRASIL. **Lei Maria Da Penha LEI n. 11.340, de 2006**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acesso em: 01 de março de 2025.

BRASIL. lei n. 6.001 de 1973. **Dispõe sobre o Estatuto do Índio**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16001.htm. Acesso em 19 de mar. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde do Brasil, 2023**. Disponível em: <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/saude-brasil-2023-analise-da-situacao-de-saude-com-enfoque-nas-criancas-brasileiras.pdf>. Acesso em 19 de mar. 2025.

BRASIL. PNAISM. **Ministério da Saúde. Saúde da Mulher**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher>. Acesso em 19 de mar. 2025.

BRASIL. Presidência da República do Brasil. Garimpo causa destruição ambiental e humana em terra indígena. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/12/garimpo-ilegal-em-terra-indigena-causa-destruicao-e-nao-beneficia-a-comunidade>. Acesso em: 02 de mar. de 2025.

BRASIL. PRESIDENCIA DA REPÚBLICA. Brasil Tem Mais De 8,5 Mil Localidades Indígenas, Segundo Ibge. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2024/12/brasil-tem-mais-de-8-5-mil-localidades-indigenas-segundo-ibge>. Acesso em 19 de mar. 2025.

CIDH, Resolução da Corte Interamericana De Derechos Humanos* De 1 De Julho De 2022 Adoção De Medidas Provisionais aos Membros Dos Povos Indígenas Yanomami, Ye'kwana Y Munduruku Respecto De Brasil. 2022. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/medidas/yanomami_se_01.pdf. Acesso em: 01 de mar. de 2025.

CIMI. À ONU, Líder Yanomami Denuncia Invasão Do Garimpo, Estupro, Doenças E A Morte De 570 Crianças Indígenas, 2023. Disponível em: <https://cimi.org.br/2023/03/a-onu-lider-yanomami-denuncia-invasao-do-garimpo-estupro-doencas-e-a-morte-de-570-criancas-indigenas/>. Acesso em: 02 de mar. de 2025.

ESPAÑA. Circuito Barcelona contra a Violência Machista. Disponível em: <https://ajuntament.barcelona.cat/dones/es/bcn-antimachista/prevenir-y-actuar-contra-la-violencia-maschista/circuito-barcelona>. Acesso em 16 de mar. 2025.

ESPAÑA. Constituição da Espanha de 1978. Disponível em: <https://www.tribunalconstitucional.es/es/tribunal/normativa/Normativa/CEportugu%C3%A9s.pdf>. Acesso em 19 de mar. 2025.

ESPAÑA. Constituição da Espanha, 1978. Disponível em: https://www.tribunalconstitucional.es/es/tribunal/normativa/Normativa/CE_PT.pdf. Acesso em: 01 de mar. de 2025.

ESPAÑA. Informe Saúde e Gênero 2005. Disponível em: <https://observatoriosaludmujeres.sanidad.gob.es/transversalidadGenero/politicasDeGenero/informeSaludGenero/docs/InfomeSaludyGenero2005.pdf>. Acesso em 17 de mar. 2025.

ESPAÑA. Informe Sobre Delitos Contra La Libertad Sexual, Espanha, 2022. Disponível em: <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2022/INFORME-DELITOS-CONTRA-LA-LIBERTAD-SEXUAL-2022.pdf>. Acesso em: 20 de mar. 2025.

ESPAÑA. Lei 14/1986, de 25 de Abril sobre Saúde Geral. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>. Acesso em 17 de mar. 2025.

ESPAÑA. Lei 16/2003, de 28 de maio, sobre coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>. Acesso em 19 de mar. 2025.

ESPAÑA. **Lei 4/2023, de 28 de fevereiro, para a igualdade real e efetiva das pessoas trans e para a garantia dos direitos das pessoas LGBTI.** Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5366>. Acesso em: 20 de mar. 2025.

ESPAÑA. **Lei Orgânica 1/2004, de 28 de dezembro, sobre Medidas Integrales de Proteção contra a Violência de Género (B.O.E. n. 313, de 29 de dezembro de 2004).** Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>. Acesso em 17 de mar. 2025.

ESPAÑA. **Lei Orgânica 3/2007, de 22 de março, Para A Igualdade Efetiva Entre Mulheres e Homens.** Acesso em 17 de mar. 2025. Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-6115>. Acesso em 18 de mar. 2025.

ESPAÑA. **Plano de Qualidade para o Sistema Nacional da Saúde.** Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf> . Acesso em 17 de mar. 2025.

ESPAÑA. **Plano Estratégico De Igualdade de Oportunidade 2018-202.** <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaPlanificacionEvaluacion/PEPlanes.htm>. Acesso em 17 de mar. 2025.

ESPAÑA. **Plano Estratégico Para Igualdade De Oportunidades 2018-2021.** Disponível em: <https://cadenaser00.epimg.net/descargables/2018/02/28/55434a755de875a6500561a7567456a0.pdf>. Acesso em 16 de mar. 2025.

ESPAÑA. **Protocolo Comum Para Desempenho Em Saúde Antes Da Mutilação Genital Feminino.** Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf. Acesso em 20 de mar. 2025.

ESPAÑA. **Protocolo Común Para La Actuación Sanitaria Ante La Violencia De Género. 2012.** INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2012 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Disponível em: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/PSanitarioVG2012.pdf>. Acesso em 16 de mar. 2025.

ESPAÑA. **Protocolo Común Para La Actuación Sanitaria Ante La Violencia De Género. 2012.** Disponível em: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/PSanitarioVG2012.pdf>. Acesso em 17 de mar. 2025.

ESPAÑA. **Protocolo De Coordenação Para Cuidado Integral Para Mulheres Vítimas De Violência Género, Doméstico de Prevenção Salamanca.** Disponível em: <https://www.jcyl.es/web/jcyl/Familia/es/Plantilla100DetalleFeed/1246988963464/Publicacion/1284397606385/Redaccion>. Acesso em 16 de mar. 2025

ESPAÑA. **Protocolo-Quadro De Atuação Profissional Em Casos De Violência De Género em Castela E Leão.** Disponível em: file:///C:/Users/marle/Downloads/Protocolo_actuaci%C3%B3n_profesional_violencia_g%C3%A9nero.pdf. Acesso em 20 de mar. 2025.

ESPANHA. **Real Decreto 1030/2006, de 15 De setembro, Que Estabelece A Carteira De Serviços Comuns Do Sistema Nacional De Saúde e o Procedimento Para a Sua Atualização.** Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>. Acesso em 17 de mar. 2025.

ESPANHA. **Real Decreto-Lei 12/2020, de 31 de março, sobre Medidas Urgentes de Proteção e Assistência Às Vítimas De Violência De Género.** Disponível em: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-4209#:~:text=A%2D2020%2D4209-.Real%20Decreto%2Dley%2012%2F2020%2C%20de%2031%20de%20marzo,Ver%20texto%20consolidado>. Acesso em 17 de mar. 2025.

ESPANHA. **Sistema Nacional de Saúde.** Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/home.htm>. Acesso em 17 de mar. 2025.

EU. **Compromisso Estratégico para a Igualdade entre Mulheres e Homens 2016-2019.** Disponível em: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/24968221-eb81-11e5-8a81-01aa75ed71a1/language-es>. Acesso em 17 de mar. 2025.

EU. **Pacto Europeu para a Igualdade Género 2011-2020.** Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/ALL/?uri=CELEX%3A52011XG0525%2801%29>. Acesso em 17 de mar. 2025.

FORBES. **Mulheres São Maioria Na Área da Saúde, Mas Não Lideram.** Disponível em: <https://forbes.com.br/forbes-mulher/2023/03/mulheres-sao-a-maioria-na-area-da-saude-mas-nao-estao-na-lideranca>, 2023. Acesso em: 20 de mar. 2025.

IBGE. **Censo 2022: Mais Da Metade Da População Indígena Vive Nas Cidades.** Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/42277-censo-2022-mais-da-metade-da-populacao-indigena-vive-nas-cidades>. Acesso em: 20 de mar. 2025.

IBGE. **De 2010 A 2022, População Brasileira Cresce 6,5% E Chega A 203,1 Milhões.** Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37237-de-2010-a-2022-populacao-brasileira-cresce-6-5-e-chega-a-203-1-milhoes> . Acesso em 19 de mar. 2025.

IBGE. **População Estimada Do Brasil Chega A 212,6 Milhões De Habitantes Em 2024.** Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41111-populacao-estimada-do-pais-chega-a-212-6-milhoes-de-habitantes-em-2024>. Acesso em: 20 de mar. 2025.

ISA. Instituto Socioambiental-ISA. **O Que Você Precisa Saber Para Entender A Crise Na Terra Indígena Yanomami, 2023.** Disponível em: <https://www.socioambiental.org/noticias-socioambientais/o-que-voce-precisa-saber-para-entender-crise-na-terra-indigena-yanomami> . Acesso em: 02 de mar. de 2025.

MAPBIOMAS. Mapbiomas Alerta. **Relatório Anual De Desmatamento No Brasil (Rad | 2023).** Disponível em: <https://alerta.mapbiomas.org/2024/05/28/desmatamento-reduziu-nos-estados-da-amazonia-em-2023-veja-situacao-nos-outros-biomas/#:~:text=RAD%202023%3A%20Desmatamento%20reduziu%20nos,Amaz%C3%B4>

nia%3B%20veja%20situa%C3%A7%C3%A3o%20nos%20biomas&text=Na%20Amaz%C3%B4nia%2C%20a%20%C3%A1rea%20desmatada,crescimento%20de%2027%25%20no%20desmate. Acesso em: 02 de fev. de 2025.

OIT. Convenção nº 169 sobre Povos Indígenas e Tribais de 1991. Disponível em: <https://www.oas.org/dil/port/1989%20Conven%C3%A7%C3%A3o%20sobre%20Povos%20Ind%C3%ADgenas%20e%20Tribais%20Conven%C3%A7%C3%A3o%20OIT%20n%C2%BA%20169.pdf>.

ONU. Convenção Sobre A Eliminação De Todas As Formas De Discriminação Contra A Mulher 1979. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw1.pdf. Acesso em 16 de mar. 2025.

ONU. Manual de Políticas e Estratégias Para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>. Acesso em 20 de mar. 2025.

ONU. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável- Agenda 2030. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>. Acesso em: 19 de mar. 2025.

ONU. Objetivos de desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>. Acesso em 17 de mar. 2025.

RODRIGUES, Ana Paula Gato R. Polido. **Doutoramento em Saúde Pública Especialidade em Política, Gestão e Administração em Saúde** Da Assistência Aos Pobres Aos Cuidados De Saúde Primários Em Portugal: O PAPEL DA ENFERMAGEM 1926-2002. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/157627319.pdf>. Acesso em 16 de mar. 2025.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais.** Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 1998.

TRADING ECONOMICS. **Espanha População 2025.** Disponível em: <https://pt.tradingeconomics.com/spain/population#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20na%20Espanha%20dever%C3%A1,e%20as%20expectativas%20dos%20analistas>. Acesso em: Acesso em: 20 de mar. 2025.