

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 - US (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

IMUNIZAÇÃO E EQUIDADE NO SUS: BARREIRAS AO ACESSO À VACINA DO HPV PARA MULHERES REFUGIADAS NO BRASIL

IMMUNIZATION AND EQUITY IN THE SUS: BARRIERS TO ACCESS TO THE HPV VACCINE FOR REFUGEE WOMEN IN BRAZIL

Ariane dos Santos Barreto da Silva ¹

Giovano Eloi de Melo ²

Resumo

A vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) constitui estratégia essencial de prevenção ao câncer de colo do útero, sendo ofertada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, mulheres refugiadas enfrentam significativos obstáculos para acessar essa política pública, o que compromete o princípio da equidade previsto na Constituição Federal. Quais são os principais fatores que impedem o acesso efetivo dessas mulheres à vacinação no Brasil? Como o direito à saúde pode ser fortalecido para garantir a inclusão desse grupo vulnerável? Este artigo tem como objetivo analisar as barreiras enfrentadas por mulheres refugiadas para a imunização contra o HPV no Brasil, à luz do direito à saúde e da perspectiva interseccional. A metodologia adotada é qualitativa, de cunho exploratório, com base em revisão bibliográfica e análise documental de fontes institucionais e acadêmicas. Os resultados evidenciam que a ausência de políticas públicas específicas, a exigência de documentos nacionais, as barreiras linguísticas e culturais, a falta de campanhas informativas acessíveis e a invisibilidade estatística comprometem a efetividade do SUS. A partir da análise, propõem-se recomendações normativas e operacionais para promover a inclusão dessas mulheres nas ações de imunização. Conclui-se que somente com medidas intersetoriais e sensíveis à diversidade será possível garantir o pleno exercício do direito à saúde.

Palavras-chave: Saúde pública, Equidade, Refugiadas, Hpv, Interseccionalidade

Abstract/Resumen/Résumé

Vaccination against the human papillomavirus (HPV) is a key strategy for preventing cervical cancer and is offered free of charge by the Brazilian Unified Health System (SUS). However, refugee women face significant barriers in accessing this public policy, undermining the constitutional principle of equity. This article aims to analyze the obstacles encountered by refugee women regarding HPV vaccination in Brazil, based on the right to health and the intersectional perspective. The methodology is qualitative and exploratory, grounded in literature review and documental analysis from institutional and academic sources. The results show that the lack of specific public policies, the requirement of national documents, language and cultural barriers, the absence of accessible informational

¹ Mestranda em Direito da Saúde; Bolsista CAPES

² Mestrando em Direito da Saúde

campaigns, and statistical invisibility undermine the effectiveness of the SUS. Based on this analysis, normative and operational recommendations are proposed to promote the inclusion of these women in immunization policies. It is concluded that only through intersectoral and diversity-sensitive measures will it be possible to ensure the full realization of the right to health.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Public health, Equity, Refugee women, Hpv, Intersectionality

1.Introdução

A vacinação contra o papilomavírus humano (HPV), disponibilizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), constitui um dos pilares da estratégia brasileira de saúde pública voltada à prevenção do câncer do colo do útero — neoplasia maligna que permanece como uma das principais causas de mortalidade entre mulheres em idade reprodutiva no país e no mundo. O HPV, agente etiológico associado não apenas ao câncer do colo uterino, mas também a lesões genitais, anais e orofaríngeas, representa um grave problema de saúde pública, cujo enfrentamento demanda políticas preventivas consistentes e universalizadas. Em que medida a universalização da vacinação se efetiva diante das múltiplas vulnerabilidades sociais? As mulheres refugiadas conseguem acessar, em condições de igualdade, as campanhas preventivas de saúde no Brasil?

Apesar de integrar o calendário vacinal nacional e de configurar um direito garantido normativamente, o acesso à vacina do HPV revela profundas disparidades em sua efetivação concreta, sobretudo entre grupos populacionais historicamente marginalizados. Mulheres refugiadas, em particular, enfrentam um cenário marcado por múltiplas formas de exclusão institucional e simbólica. Obstáculos como a exigência de documentação formal brasileira, o desconhecimento sobre os próprios direitos, as barreiras linguísticas e culturais, e a ausência de campanhas informativas acessíveis atuam como vetores de iniquidade, inviabilizando o pleno exercício do direito à saúde. A esse respeito, dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR, 2024) apontam que o Brasil abriga mais de 65 mil mulheres refugiadas, muitas das quais em idade fértil e em situação de vulnerabilidade acentuada, ainda que invisibilizadas pelas estatísticas oficiais de cobertura vacinal.

O direito à saúde, consagrado no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e reiterado por diversos instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos — como o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais —, impõe ao Estado brasileiro o dever de formular e executar políticas públicas capazes de assegurar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. No entanto, a concretização desse direito tem sido continuamente tensionada por desigualdades estruturais que afetam, de forma interseccional, segmentos sociais como mulheres, imigrantes, pessoas racializadas e economicamente empobrecidas. Em tal cenário, as mulheres refugiadas emergem como sujeitos paradigmáticos da vulnerabilidade sanitária,

justamente porque experimentam a sobreposição de múltiplas formas de exclusão — de gênero, raça, classe e nacionalidade.

A partir dessa realidade, a presente pesquisa propõe-se a analisar os entraves que dificultam o acesso de mulheres refugiadas à vacinação contra o HPV no Brasil, situando o problema à luz do princípio da equidade e do marco teórico da interseccionalidade. Compreender os fatores que contribuem para a inefetividade dessa política pública não apenas amplia a reflexão acadêmica acerca da relação entre saúde e direitos humanos, mas também oferece subsídios para o redesenho de ações estatais mais justas, inclusivas e sensíveis à diversidade social que compõe o tecido da sociedade brasileira contemporânea.

2. Problema de pesquisa

O acesso à saúde em contextos de vulnerabilidade tem sido historicamente atravessado por desigualdades estruturais, institucionais e simbólicas. Quando se trata de mulheres refugiadas no Brasil, essas desigualdades assumem contornos ainda mais complexos e preocupantes. Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) seja regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade — previstos no artigo 196 da Constituição Federal e operacionalizados pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) —, a concretização desses princípios revela-se, na prática, profundamente desigual.

A vacinação contra o papilomavírus humano (HPV), incorporada ao calendário vacinal do SUS como medida de prevenção primária ao câncer do colo do útero, deveria ser acessível a todas as mulheres em idade elegível, independentemente de sua nacionalidade, condição migratória ou status documental. No entanto, as mulheres refugiadas enfrentam entraves que revelam uma falha sistêmica na aplicação dos direitos assegurados em norma. A exigência de documentos civis brasileiros para cadastro e atendimento, a ausência de tradutores e intérpretes nas unidades de saúde, a escassez de campanhas informativas em línguas estrangeiras e o desconhecimento dos próprios direitos são apenas algumas das barreiras que limitam esse acesso.

O SUS, em sua estrutura normativa, não distingue entre cidadãos nacionais e estrangeiros, tampouco permite discriminação por origem. No entanto, a ausência de normativas infralegais específicas para o acolhimento de populações refugiadas reflete uma omissão estatal diante de uma

realidade crescente: o aumento expressivo do fluxo migratório feminino, especialmente de mulheres em idade fértil. De acordo com o ACNUR (2024), o Brasil abriga mais de 65 mil mulheres refugiadas, número que cresce anualmente e evidencia a urgência de políticas públicas estruturadas e sensíveis à interseccionalidade.

Importante destacar que o mero reconhecimento formal do direito à saúde não é suficiente para assegurar o seu pleno exercício, especialmente em contextos de vulnerabilidade extrema. Como aponta Santos (2011), a distância entre o direito proclamado e o direito efetivado é alimentada por estruturas de poder que naturalizam a exclusão e invisibilizam determinadas populações. No caso das mulheres refugiadas, essa invisibilidade se manifesta não apenas na ausência de políticas públicas específicas, mas também na falta de dados estatísticos que permitam mensurar sua real situação no sistema de saúde brasileiro.

A escolha da vacinação contra o HPV como objeto de análise não é aleatória, mas estratégica, pois envolve dimensões de gênero, sexualidade e direitos reprodutivos historicamente negligenciados, ainda mais quando associados a mulheres em situação de deslocamento forçado. Assim, esta pesquisa parte da premissa de que compreender as barreiras enfrentadas por mulheres refugiadas para acessar a imunização é fundamental não apenas para garantir a saúde individual, mas também para fortalecer o compromisso constitucional com a dignidade humana, a igualdade material e a justiça social.

A teoria da interseccionalidade, proposta por Kimberlé Crenshaw (1991), permite compreender como múltiplas formas de opressão — gênero, raça, classe, status migratório — interagem para agravar a exclusão dessas mulheres. Assim, a pergunta que orienta esta pesquisa não é apenas “se” o SUS assegura o acesso à vacina do HPV, mas “como” e “em que medida” ele o faz — e, sobretudo, onde e por que falha. O problema de pesquisa, portanto, busca investigar de forma crítica: como o Sistema Único de Saúde assegura (ou falha em assegurar) o acesso à vacina do HPV para mulheres refugiadas no Brasil, diante das barreiras estruturais e socioculturais que enfrentam?

Trata-se de uma indagação que não pode ser respondida apenas com dados quantitativos ou normativos, mas exige uma análise crítica e interdisciplinar da realidade concreta enfrentada

por essas mulheres, a partir da interface entre saúde pública, direitos humanos, feminismo interseccional e políticas migratórias.

3. Fundamentação teórica

3.1 O Direito Fundamental à Saúde e o Compromisso Universalista do SUS

A saúde, enquanto direito humano fundamental, encontra previsão expressa no artigo 6º da Constituição Federal de 1988 e é reforçada no artigo 196, que estabelece ser a saúde um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A promulgação da Constituição Cidadã inaugurou no Brasil um modelo de proteção social fortemente inspirado nas teorias do Welfare State europeu, mas incorporando especificidades da realidade latino-americana de desigualdades históricas profundas. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como instrumento de concretização do direito à saúde, sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) regula a organização e o funcionamento do SUS, mas a efetividade de seus princípios enfrenta inúmeros desafios práticos. No que tange à população migrante e refugiada, esses desafios são ainda mais acentuados pela ausência de políticas públicas adaptadas às especificidades desse grupo.

Embora o Brasil tenha editado a Portaria Interministerial nº 1/2016, prevendo diretrizes para o atendimento de pessoas em situação de migração internacional, na prática a sua implementação tem se mostrado desigual e insuficiente. Conforme adverte Santos (2011), o reconhecimento jurídico de direitos sociais não é suficiente para a sua concretização: é necessário que haja uma vontade política efetiva de transformar direitos formais em direitos materiais, sobretudo para grupos historicamente vulnerabilizados.

Assim, no que concerne às mulheres refugiadas, a garantia constitucional do direito à saúde permanece, muitas vezes, como promessa não realizada, sujeita a múltiplas barreiras de acesso material, simbólico e institucional.

3.2 Interseccionalidade como Ferramenta de Análise das Desigualdades em Saúde

A interseccionalidade, conceito cunhado por Kimberlé Crenshaw (1991), constitui um marco teórico indispensável para a compreensão das múltiplas formas de opressão que atravessam a experiência de mulheres refugiadas no Brasil. Tal abordagem propõe que gênero, raça, classe social e status migratório não operam isoladamente, mas se inter-relacionam para produzir formas complexas e cumulativas de vulnerabilização.

A aplicação da perspectiva interseccional ao acesso à saúde pública no Brasil permite evidenciar que a exclusão de mulheres refugiadas não é fruto de um único fator discriminatório, mas da interpenetração de diversas dimensões de desigualdade. Segundo relatório da Organização Internacional para as Migrações (OIM, 2023), mulheres migrantes e refugiadas enfrentam maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde do que seus pares masculinos, em razão de estigmas culturais, barreiras linguísticas, violência de gênero e ausência de documentação regular.

Essa realidade encontra eco na teoria crítica do direito, que aponta a necessidade de se reconhecer que a produção jurídica, longe de ser neutra, frequentemente reproduz estruturas sociais de poder e exclusão (SILVA, 2019). No caso brasileiro, a ausência de mecanismos específicos que assegurem o acesso das refugiadas à vacinação contra o HPV representa a persistência de um padrão de cidadania restrita e excludente.

3.3 As Barreiras Culturais e Linguísticas como Determinantes Sociais de Saúde

O acesso à informação adequada é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) como determinante essencial para a adesão a práticas de saúde preventiva, como a vacinação. Helman (2003) destaca que a compreensão popular sobre saúde e doença é profundamente influenciada pelos sistemas culturais de crença, de forma que intervenções biomédicas — como as campanhas de vacinação — podem ser rejeitadas ou mal interpretadas se não houver sensibilidade cultural por parte das autoridades sanitárias.

No Brasil, a escassez de campanhas de vacinação contra o HPV voltadas a mulheres refugiadas, especialmente em línguas acessíveis e formatos culturalmente sensíveis, compromete gravemente a efetividade do programa nacional de imunizações. A ausência de intérpretes nas unidades básicas de saúde, por sua vez, dificulta o acolhimento humanizado e o vínculo com os serviços de saúde, em violação aos princípios estabelecidos na Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS.

Além disso, o Relatório Técnico da FIOCRUZ (2023) sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres refugiadas aponta que a falta de conhecimento sobre o funcionamento do SUS, associada à desconfiança em instituições públicas — muitas vezes baseada em experiências traumáticas em seus países de origem —, agrava a hesitação vacinal nesse grupo populacional.

Portanto, as barreiras culturais e linguísticas devem ser compreendidas não como obstáculos incidentais, mas como fatores estruturais que reproduzem desigualdades e exigem resposta pública específica e adequada.

3.4 Invisibilidade Estatística e Direitos Humanos

A invisibilidade das mulheres refugiadas nos sistemas de informação em saúde configura grave violação dos direitos humanos, em especial do direito ao desenvolvimento progressivo das políticas públicas baseadas em evidências.

Atualmente, o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) não coleta dados desagregados por nacionalidade ou status migratório, o que impede a identificação de lacunas na cobertura vacinal e a adoção de medidas corretivas direcionadas. Conforme alertam Silva e Elias (2021), a invisibilidade estatística produz efeitos materiais profundos, pois aquilo que não é registrado dificilmente é priorizado pelas políticas públicas.

A coleta e análise de dados sensíveis, com respeito à proteção de dados pessoais e aos princípios éticos, é fundamental para garantir que o direito à saúde — e, no caso específico, o direito à imunização contra o HPV — seja plenamente assegurado para todas as mulheres, independentemente de sua origem ou status migratório.

3. Metodologia

A presente investigação adota uma abordagem qualitativa, de natureza exploratória, com o objetivo de compreender os múltiplos fatores que dificultam o acesso de mulheres refugiadas à vacina contra o papilomavírus humano (HPV) no Brasil. A escolha pela pesquisa qualitativa justifica-se pela complexidade do fenômeno analisado, o qual não se reduz a dados numéricos ou análises estatísticas, mas exige a interpretação crítica de aspectos culturais, sociais, jurídicos e institucionais que se entrelaçam para produzir desigualdades estruturais.

A investigação foi conduzida por meio de revisão bibliográfica e análise documental, envolvendo a leitura crítica de artigos científicos, relatórios institucionais, normativas legais e diretrizes sanitárias. As fontes selecionadas compreendem documentos emitidos por organismos nacionais e internacionais, tais como o Ministério da Saúde do Brasil, o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Além disso, foram analisadas obras acadêmicas nas áreas do Direito da Saúde, Direitos Humanos, migração forçada, interseccionalidade e políticas públicas.

O método de análise adotado foi fundamentado no marco teórico da interseccionalidade, conforme delineado por Kimberlé Crenshaw (1991), que possibilita examinar como as distintas camadas de opressão — gênero, raça, classe, nacionalidade, status migratório — se articulam para gerar efeitos cumulativos de exclusão social. Essa abordagem é especialmente pertinente ao se analisar o acesso a políticas públicas de saúde por mulheres refugiadas, cuja vivência é marcada pela sobreposição de múltiplas vulnerabilidades.

A opção por este recorte metodológico também se relaciona com o entendimento de que o direito à saúde não pode ser compreendido de forma abstrata ou descolada da realidade social. Assim, ao invés de uma análise normativa formal, buscou-se compreender os mecanismos pelos quais as garantias constitucionais — como a universalidade e a equidade — são (ou deixam de ser) operacionalizadas nos cotidianos institucionais do SUS, especialmente no que tange à imunização contra o HPV. Tal abordagem dialoga com autores como Helman (2003), ao reconhecer que o comportamento em saúde é culturalmente construído e mediado por experiências individuais e coletivas.

Dessa forma, o método adotado permitiu identificar padrões de omissão estatal, lacunas normativas e práticas institucionais que, ainda que não formalmente discriminatórias, geram efeitos

concretos de exclusão. Mais do que mapear as barreiras, o objetivo foi compreender seus fundamentos, suas implicações e os caminhos possíveis para superá-las, com base em evidências e no diálogo interdisciplinar entre o Direito, a Saúde Pública e os Estudos Sociais da Migração.

4. Resultados

A análise crítica dos documentos oficiais, relatórios institucionais e da literatura especializada permite identificar um cenário persistente de desigualdade estrutural no acesso à vacinação contra o papilomavírus humano (HPV) pelas mulheres refugiadas no Brasil. Essa desigualdade não decorre de omissões pontuais, mas é reflexo de um modelo sanitário que, embora universal em sua concepção, falha na prática em alcançar populações marcadas por múltiplas vulnerabilidades sociais, culturais e jurídicas.

A exigência de documentos civis brasileiros — como CPF, RG ou Cartão Nacional de Saúde —, como pré-requisito para o acesso aos serviços básicos de saúde, configura-se como um dos principais entraves para a efetivação do direito à imunização. Essa exigência revela uma contradição entre a normativa constitucional e infraconstitucional, que estabelece o princípio da universalidade do SUS, e a prática cotidiana nos serviços de saúde, onde o desconhecimento técnico e o despreparo institucional reproduzem critérios de exclusão velados. Ainda que a Portaria Interministerial nº 1/2016 autorize expressamente o uso de documentos emitidos por organismos internacionais — como o protocolo de solicitação de refúgio expedido pelo ACNUR —, a falta de padronização nacional para sua aceitação mantém muitas mulheres em condição de invisibilidade sanitária.

Tal barreira documental não deve ser compreendida apenas como uma falha burocrática, mas como um indicativo de que a estrutura estatal ainda está fortemente centrada em um modelo de cidadania nacionalista, que invisibiliza sujeitos migrantes e refugiados. Trata-se de uma forma de exclusão institucional que, embora não seja declaradamente discriminatória, gera efeitos concretos de desigualdade, violando o princípio da equidade e a dignidade da pessoa humana, ambos pilares constitucionais.

A essas barreiras somam-se os entraves comunicacionais e culturais, igualmente estruturantes da exclusão. As mulheres refugiadas, em sua maioria, não falam português como

língua materna, e frequentemente desconhecem o funcionamento do sistema público de saúde brasileiro. A ausência de intérpretes, a inexistência de materiais informativos em outros idiomas e a falta de capacitação intercultural por parte dos profissionais da saúde revelam o despreparo das instituições para lidar com a diversidade. Tal falha compromete o vínculo entre usuária e serviço, desincentiva a procura por atendimento e contribui para a baixa adesão à vacinação. Segundo Helman (2003), o processo saúde-doença é mediado por elementos simbólicos e culturais, o que torna indispensável que campanhas de prevenção considerem os valores, crenças e práticas das comunidades envolvidas. A desconsideração dessa dimensão reforça o caráter assimilacionista de muitas políticas públicas, que esperam que a pessoa migrante se adapte ao sistema, e não que o sistema se adapte à diversidade.

A falta de sensibilidade cultural é ainda mais problemática no caso da vacinação contra o HPV, pois envolve questões ligadas à sexualidade, gênero e controle do corpo feminino — temas frequentemente envolvidos em tabus e normas religiosas. É necessário reconhecer que a simples oferta da vacina não é suficiente para garantir sua efetividade. A promoção da saúde requer um processo de educação continuada, dialógica e empática, que leve em conta o contexto de vida das mulheres refugiadas e respeite suas trajetórias.

Além disso, a ausência de dados desagregados por nacionalidade, idioma ou status migratório nos sistemas de informação do SUS configura-se como uma grave lacuna estrutural. O Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) não oferece mecanismos para que gestores locais saibam quantas mulheres refugiadas receberam ou não a vacina, dificultando o planejamento e a execução de políticas públicas baseadas em evidências. Como alertam Silva e Elias (2021), aquilo que não se mede, não se prioriza. A invisibilidade estatística perpetua a negligência institucional, pois impede o reconhecimento do problema e, conseqüentemente, a alocação de recursos.

Em contrapartida, experiências internacionais demonstram que é possível construir modelos de atenção à saúde voltados à equidade migratória. No Canadá, por exemplo, o sistema de saúde inclui variáveis de status migratório e origem cultural em seus registros administrativos, o que permite identificar lacunas de acesso e agir de forma coordenada para supri-las. Na Alemanha, equipes multidisciplinares com intérpretes e agentes comunitários são incorporadas às clínicas que atendem refugiados, com resultados positivos na cobertura vacinal e nos indicadores

de saúde reprodutiva. Tais modelos poderiam servir de inspiração para o Brasil, sobretudo se articulados com iniciativas já existentes, como o projeto MigraSUS.

Importa destacar, ainda, que a responsabilidade pela promoção da saúde de mulheres refugiadas não pode ser atribuída exclusivamente ao Estado. A sociedade civil organizada, as universidades públicas e as redes comunitárias desempenham um papel estratégico na produção de ações locais de acolhimento, educação em saúde e combate à xenofobia institucional. Projetos de extensão universitária, parcerias com organizações internacionais e programas de formação de agentes de saúde interculturais podem contribuir significativamente para a transformação do cenário atual.

A análise dos resultados, portanto, aponta para um cenário de desigualdade estrutural que não poderá ser superado apenas por meio de boas intenções normativas. É necessária uma reestruturação profunda das práticas de gestão, acolhimento e monitoramento em saúde, acompanhada de vontade política e investimento público. Somente com uma abordagem interseccional e com o reconhecimento da diversidade como princípio organizativo das políticas públicas será possível transformar o SUS em um sistema verdadeiramente universal e inclusivo, capaz de atender, sem discriminações, todas as mulheres — inclusive aquelas que, vindas de outros territórios e contextos, escolheram o Brasil como abrigo.

4.1 Recomendações de Políticas Públicas

A análise crítica das barreiras enfrentadas por mulheres refugiadas para acessar a vacina do HPV no Brasil evidencia não apenas falhas operacionais, mas lacunas estruturais no desenho e na execução das políticas públicas de saúde. Tais falhas comprometem os princípios fundantes do Sistema Único de Saúde — universalidade, integralidade e equidade — e colidem com os compromissos internacionais assumidos pelo Estado brasileiro, como a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas e os tratados de proteção aos direitos das pessoas em mobilidade internacional.

Diante disso, propõe-se a adoção de um conjunto articulado de medidas normativas, administrativas e pedagógicas que não apenas corrijam as distorções identificadas, mas promovam um real avanço na proteção do direito à saúde de mulheres refugiadas, em consonância com os

marcos do Direito Sanitário, do Direito Internacional dos Direitos Humanos e da doutrina da interseccionalidade.

a) Adaptação normativa e flexibilização documental

A primeira medida indispensável refere-se à necessidade de adequação normativa da legislação sanitária infraconstitucional, especialmente das regras de cadastramento no SUS. É fundamental que os protocolos do sistema reconheçam documentos emitidos por organismos internacionais, como o protocolo de solicitação de refúgio e a carteira de identidade de refugiado emitida pelo ACNUR. A negativa de acesso com base na ausência de documentos civis brasileiros afronta o princípio da dignidade da pessoa humana (art. 1º, III, da CF/88) e perpetua a exclusão institucional. Tal flexibilização já ocorre em alguns municípios brasileiros por meio de resoluções locais, mas carece de uniformidade e respaldo federal.

b) Inclusão de dados desagregados por nacionalidade e status migratório nos sistemas de informação em saúde

A ausência de dados específicos sobre mulheres refugiadas no sistema de informação do SUS (como o e-SUS e o SI-PNI) compromete não apenas o monitoramento da cobertura vacinal, mas também impede a elaboração de políticas baseadas em evidências. Países como o Canadá e a Alemanha já adotam sistemas de registro que permitem identificar desigualdades entre grupos migrantes, o que tem orientado ações públicas eficazes. A coleta e o uso de dados é, portanto, instrumento de justiça social e também de accountability estatal.

b) Criação de campanhas multilíngues e interculturais

A superação das barreiras comunicacionais exige a produção de campanhas informativas adaptadas aos diversos contextos culturais e linguísticos presentes no território nacional. Conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (2022), a comunicação em saúde deve considerar as especificidades do público-alvo. Propõe-se, portanto, a elaboração de materiais educativos em múltiplos idiomas, com linguagem clara, acessível e visualmente adaptada. A utilização de mídias digitais, redes sociais, rádios comunitárias e espaços de socialização nos territórios pode ampliar o alcance e combater a desinformação.

c) Formação intercultural de profissionais da saúde

O contato entre profissionais do SUS e mulheres refugiadas revela frequentemente despreparo institucional, tanto do ponto de vista técnico quanto ético. A formação continuada deve incorporar conteúdos sobre direitos humanos, diversidade cultural, relações étnico-raciais e gênero, possibilitando uma prática mais sensível, empática e não discriminatória. A formação intercultural não é apenas desejável, mas essencial para que o princípio da humanização do atendimento em saúde — previsto na Política Nacional de Humanização — se materialize efetivamente.

d) Fortalecimento e institucionalização de iniciativas como o MigraSUS

A experiência do projeto MigraSUS, implantado em algumas regiões do país com apoio da sociedade civil e organismos internacionais, demonstra que a presença de intérpretes, agentes comunitários de saúde e mediadores culturais nas Unidades Básicas de Saúde contribui significativamente para a adesão vacinal e o fortalecimento do vínculo entre migrantes e o SUS. Tais iniciativas, entretanto, ainda são pontuais e carecem de institucionalização e financiamento continuado. A expansão e nacionalização desse modelo deve ser assumida como diretriz estratégica de saúde pública voltada à equidade.

5. Considerações finais

A vacinação contra o HPV é direito garantido, mas a realidade de mulheres refugiadas no Brasil revela hiatos entre norma e prática. A barreira ao acesso não decorre apenas de falhas individuais, mas de ausência de políticas públicas adaptadas a contextos diversos, como a necessidade de simplificar o procedimento de acesso ao SUS, produzir material informativo em vários idiomas, capacitar os profissionais para o devido acolhimento e incluir dados de refugiados nos sistemas de informação em saúde.

Somente com uma abordagem que reconheça e enfrente as desigualdades estruturais será possível assegurar o direito à imunização de forma efetiva e universal. A efetividade do direito à saúde, nesse sentido, passa pela capacidade do Estado brasileiro de reconhecer a diversidade social como um elemento intrínseco à universalização dos serviços de saúde pública.

A partir da análise empreendida no presente estudo, foi possível constatar que, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha avançado em termos normativos, a sua concretização no atendimento às mulheres refugiadas permanece fragilizada diante de barreiras institucionais, culturais e administrativas. Os principais fatores que impedem o acesso efetivo dessas mulheres à vacinação no Brasil são a exigência de documentação formal brasileira, a ausência de campanhas de vacinação adaptadas culturalmente, a carência de intérpretes nos serviços de saúde e a inexistência de dados desagregados que permitam identificar lacunas na cobertura vacinal.

Em que medida a universalização da vacinação se efetiva diante das múltiplas vulnerabilidades sociais? As evidências demonstram que, para mulheres refugiadas, o ideal universalista da saúde pública brasileira ainda encontra limites práticos, sendo necessário repensar estratégias específicas para promover uma inclusão efetiva. As mulheres refugiadas, atravessadas por múltiplas formas de opressão — de gênero, raça, nacionalidade e classe —, não conseguem acessar as campanhas preventivas em condições de igualdade.

Assim, o fortalecimento do direito à saúde para mulheres refugiadas requer a adoção de políticas públicas que reconheçam a interseccionalidade como princípio orientador da ação estatal. Recomenda-se a implementação de flexibilização documental, o investimento em campanhas multilíngues e interculturais, a formação continuada dos profissionais da saúde para o acolhimento sensível e a institucionalização de iniciativas como o MigraSUS. Ainda, torna-se imperativo o aprimoramento dos sistemas de informação em saúde, incorporando dados sobre nacionalidade e status migratório, para que seja possível elaborar políticas públicas baseadas em evidências.

Apesar dos avanços normativos que reconhecem o direito à saúde como direito fundamental universal, constata-se que a falta de políticas públicas específicas para a população refugiada escancara um déficit histórico de inclusão social no Brasil. As mulheres refugiadas, situadas na interseção de diversas vulnerabilidades, acabam por enfrentar obstáculos adicionais que não são suficientemente contemplados pelas estratégias tradicionais de imunização. A lacuna existente entre a previsão formal e a implementação concreta de direitos evidencia a necessidade de uma mudança paradigmática nas políticas públicas de saúde.

Ademais, é imprescindível reconhecer que a efetividade da equidade em saúde pressupõe a ruptura com práticas administrativas que perpetuam lógicas assimilacionistas e excludentes. O

simples tratamento igualitário de sujeitos desiguais não é suficiente para a promoção da justiça sanitária. A equidade exige, ao contrário, ações afirmativas que considerem as especificidades culturais, linguísticas, sociais e jurídicas dos diferentes grupos sociais, especialmente daqueles em situação de maior vulnerabilidade, como as mulheres refugiadas em idade fértil. O respeito à diversidade é condição sine qua non para a concretização do direito à saúde em sua plenitude.

Por fim, o fortalecimento de políticas públicas voltadas à imunização de mulheres refugiadas requer não apenas vontade política, mas também o compromisso ético das instituições públicas e da sociedade civil organizada. A colaboração entre os diferentes setores — governo, universidades, organismos internacionais e organizações não governamentais — é fundamental para que sejam criadas soluções duradouras e efetivas. Sem uma abordagem intersetorial, sensível às intersecções de gênero, raça, nacionalidade e classe, qualquer tentativa de universalizar o direito à saúde continuará a reproduzir as mesmas exclusões historicamente construídas.

Referências

ACNUR. Mulheres refugiadas: proteção e saúde. Disponível em: <https://www.acnur.org/portugues/informacoes-sobre-refugio/mulheres-refugiadas/>. Acesso em: 24 out. 2024.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 24 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 24 out. 2024.

CRENSHAW, Kimberlé. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, v. 43, p. 1241-1299, 1991.

FIOCRUZ. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres refugiadas no Brasil: relatório técnico. Brasília, 2023.

HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MALDONADO, Maria Teresa. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)104.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)104.pdf). Acesso em: 24 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). HPV Vaccine Communication and Gender Equity. Geneva: WHO, 2022.

PORTELLA, A. P.; REIS, D.; AGUIAR, R.; DINIZ, S. G. Gravidez saudável e parto seguro: são direitos da mulher. Informativo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. São Paulo, 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A luta pelo direito à saúde: perspectivas do Sul. 2011.

SILVA, Fernando; ELIAS, Paulo. Desigualdades e acesso à saúde: o papel da informação estatística. Revista Brasileira de Saúde Coletiva, 2021.