



**PROTEÇÃO DE GRUPOS VULNERÁVEIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):  
QUALIFICAÇÃO DO ACOLHIMENTO COM BASE NOS STANDARDS DA CORTE  
INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS\***

**PROTECTION OF VULNERABLE GROUPS IN THE UNIFIED SYSTEM OF  
HEALTH (SUS): QUALIFICATION OF RECEPTION BASED ON THE STANDARDS  
OF THE INTER-AMERICAN COURT OF HUMAN RIGHTS**

Eliziane Fardin de Vargas<sup>1</sup>  
Júlia Carolina Budde<sup>2</sup>

**Resumo:** O artigo aborda o conceito de vulnerabilidade incorporado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) e, a partir disso, traça um paralelo com a perspectiva incorporada nas atuações do Sistema Único de Saúde (SUS), pretendendo identificar se as articulações realizadas junto ao programa “Humaniza SUS” permanecem atreladas aos padrões de proteção fixados pela Corte IDH. Para tanto, utiliza-se o método de abordagem dedutivo, do método de procedimento analíticos e da técnica de pesquisa documental e bibliográfica, no intento de responder ao seguinte problema de pesquisa: considerando o conceito de vulnerabilidade incorporado pela Corte IDH em suas decisões relativas a grupos em situação de vulnerabilidade, as políticas incorporadas pelo SUS no âmbito do “Humaniza SUS” estão alinhadas a estes standards de proteção?

**Palavras-chave:** Corte Interamericana de Direitos Humanos; desigualdade; humanização; Sistema Único de Saúde – SUS.

---

\* Este artigo foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, e é resultante das atividades do projeto de pesquisa “Fórmulas” de aferição da “margem de apreciação do legislador” (Beurteilungsspielraum des Gesetzgebers) na conformação de políticas públicas de inclusão social e de proteção de minorias pelo Supremo Tribunal Federal e pela Corte Interamericana de Direitos Humanos”, financiado pelo CNPq (Edital Universal – Edital 14/2014 – Processo 454740/2014-0) e pela FAPERGS (Programa Pesquisador Gaúcho – Edital 02/2014 – Processo 2351-2551/14-5). A pesquisa é vinculada ao Grupo de Pesquisa “Jurisdição Constitucional aberta” (CNPq) e desenvolvida junto ao Centro Integrado de Estudos e Pesquisas em Políticas Públicas – CIEPPP (financiado pelo FINEP) e ao Observatório da Jurisdição Constitucional Latino-Americana (financiado pelo FINEP), ligados ao Programa de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

<sup>1</sup> Doutoranda no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direitos Sociais e Políticas Públicas da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, na linha de pesquisa Dimensões Instrumentais das Políticas Públicas. Bolsista PROSUC/CAPES, modalidade I. Integrante do grupo de pesquisa “Jurisdição Constitucional aberta: uma proposta de discussão da legitimidade e dos limites da Jurisdição Constitucional - instrumentos teóricos e práticos”. Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/7125626353321424>>. Orcid: <[orcid.org/0000-0002-3192-659X](http://orcid.org/0000-0002-3192-659X)>. E-mail: <[elizianefvargas@mx2.unisc.br](mailto:elizianefvargas@mx2.unisc.br)>.

<sup>2</sup> Graduanda em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Bolsista de iniciação científica PROBIC/FAPERGS, com o projeto: “Aprimoramento dos programas de Humanização dos serviços de saúde com base nos parâmetros de proteção dos grupos vulneráveis fixados pelo Supremo Tribunal Federal e pela Corte Interamericana de Direitos Humanos”, coordenado pela Profa. Dra. Mônia Clarissa Leal. Integrante do Grupo de pesquisa “Jurisdição Constitucional aberta: uma proposta de discussão da legitimidade e dos limites da jurisdição constitucional – instrumentos teóricos e práticos” vinculado ao CNPq e coordenado pela professora Pós-Dr<sup>a</sup> Mônia Clarissa Hennig Leal. Secretária da Diversidade e da Cultura no Diretório Acadêmico Germano Fell do Curso de Direito da UNISC. E-mail: [budde\\_julia@yahoo.com.br](mailto:budde_julia@yahoo.com.br)/[budde1@mx2.unisc.br](mailto:budde1@mx2.unisc.br). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8934-543X>



**Abstract:** The article addresses the concept of vulnerability incorporated by the Inter-American Court of Human Rights (Court IDH) and, from this, draws a parallel with the perspective incorporated in the actions of the Unified System of Health (SUS), intending to identify whether the articulations carried out with the “Humaniza SUS” program remain linked to the protection standards established by the Inter-American Court. For this purpose, the deductive method of approach, the method of analytical procedure and the documentary and bibliographical research technique are used, in an attempt to answer the following research problem: considering the concept of vulnerability incorporated by the Inter-American Court in its decisions regarding vulnerable groups, are the policies incorporated by SUS within the scope of “Humaniza SUS” aligned with these protection standards?

**Keywords:** Inter-American Court of Human Rights; inequality; Humanization; Unified System of Health – SUS.

## 1. Introdução

A ideia da humanização se apresenta como política transversal do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a base do “Humaniza SUS”, desenvolvido a partir da “Política Nacional de Humanização” (PNH). Dentro desse contexto, envolvendo os atendimentos do Sistema Único de Saúde, têm-se uma especial preocupação com a diversidade cultural e com a desigualdade socioeconômica presente no território nacional, tendo em vista que esses fatores influenciam na situação de vulnerabilidade que determinados grupos vivenciam. Resta clara, assim, uma preocupação do SUS em incorporar protocolos e procedimentos que respeitem as diferenças e os direitos dos indivíduos pertencentes a esses grupos, sem discriminá-los, assegurando-lhes um igualitário acesso à saúde e atenção no atendimento.

No entanto, é preciso observar que protocolos e procedimentos, bem como a formação dos profissionais, necessitam estar alinhados ao conteúdo e aos parâmetros estabelecidos para a proteção desses grupos vulneráveis, para o que se faz necessário observar não apenas a legislação vigente, mas também a jurisprudência dos Tribunais encarregados de sua interpretação e aplicação. Daí a importância de se utilizar os parâmetros fixados nas decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos, enquanto “guardião da Convenção Americana de Direitos Humanos” em relação aos direitos dos grupos vulneráveis nos protocolos e procedimentos adotados pelo SUS, bem como na formação dos agentes de saúde, visto que estas sentenças são vinculantes para o Estado e seus órgãos.

Portanto, pergunta-se: considerando o conceito de vulnerabilidade incorporado pela Corte IDH em suas decisões relativas a grupos em situação de vulnerabilidade, as políticas incorporadas pelo SUS no âmbito do “Humaniza SUS” estão alinhadas a estes standards de



proteção?

Para tornar possível a elaboração da pesquisa utiliza-se método de abordagem dedutivo, do método de procedimento analíticos e da técnica de pesquisa documental e bibliográfica. Como objetivo geral que norteia a pesquisa, busca-se analisar o conceito de vulnerabilidade utilizado pela Corte IDH em suas decisões, para, a partir delas, analisar se as políticas incorporadas pelo SUS no âmbito do “Humaniza SUS” estão alinhadas a estes standards protetivos.

Como objetivos específicos, busca-se averiguar ao longo do estudo qual o conceito de vulnerabilidade fixado pela Corte IDH em suas decisões relativas a grupos em situação de vulnerabilidade, expondo as razões pelas quais esses parâmetros protetivos podem e devem servir como base para a construção das decisões internas do Estado brasileiro, assim como, devem ser considerados pelo Supremo Tribunal Federal quando chamado a realizar o controle de políticas públicas de saúde. Por fim, procura-se analisar se o conceito de vulnerabilidade incorporado no âmbito do “Humaniza SUS” está alinhado aos standards de proteção fixados pela Corte IDH.

## **2. A vinculação aos padrões protetivos mínimos de proteção à grupos vulneráveis e sua incorporado no âmbito do “Humaniza SUS”**

Para que seja possível analisar se as políticas incorporadas no âmbito do “Humaniza SUS” estão alinhadas com os standards de proteção da Corte IDH, faz-se necessária a análise de quais os grupos tidos como vulneráveis, de acordo com a perspectiva do SUS. Dessa forma, constituir-se-á a sustentação teórica acerca da proteção de grupos e/ ou pessoas em situação de vulnerabilidade, conceituados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, posteriormente, incluir-se-á ao estudo o acolhimento admitido nas decisões da Corte Interamericana de Direitos Humanos, a fim de identificar as similaridades e diferenças existentes no modelo de proteção estabelecido pelo Programa Humaniza SUS e pela jurisprudência da Corte IDH.

O programa “Humaniza SUS” é definido como uma complexa articulação na área da saúde pública, que pretende promover a valorização do usuário do Sistema Único de Saúde, especialmente aqueles que, por possuírem traços culturais, raciais e/ou identitários, correm riscos de sofrerem discriminação em razão desses traços diferenciais. Portanto, essa estratégia de acolhimento desenvolvida através da humanização do SUS é conceituada como:



Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010, p. 09)

Ocorre que, a política de humanização tem como desafios justamente a ampliação do acesso à saúde e corresponsabilização entre os três setores (trabalhadores, gestores e usuários) para que se obtenha a criação de um sistema em rede para superar a baixa transversalização, o que gera dificuldades na continuidade da ação clínica, por exemplo. Também, é imprescindível uma intensificação e qualificação da atenção básica para que, conseqüentemente, ela seja ampliada, bem como se faz necessário o fortalecimento dos processos de regionalização cooperativa e solidária em busca da ampliação do acesso à saúde com equidade, considerando a diversidade cultural e desigualdade socioeconômica. (BRASIL, 2010, p. 25)

Destaca-se, com relação aos materiais indicados em plataformas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, que essa necessária valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), também engloba o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos. Ainda, para uma gestão do SUS mais acolhedora, admite-se o aumento do grau de corresponsabilidade na promoção da saúde dos cidadãos, na intenção de se estabelecer uma gestão participativa, estabelecendo vínculos solidários. (BRASIL, 2010, p. 09)

No âmbito de atuação do “Humaniza SUS”, para uma gestão do SUS mais acolhedora, admite-se o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde, na intenção de se estabelecer uma gestão participativa, estabelecendo vínculos solidários e de participação. Além disso, se faz necessário não só um mapeamento e interação das demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde, mas também uma análise e atendimento de demandas e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde, além de uma mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, através de uma proposta de um trabalho coletivo. De acordo com isso, objetiva-se, pois, um SUS que seja mais acolhedor, mais ágil, mais resolutivo e que reconheça a diversidade do povo brasileiro, oferecendo a todos a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual. (BRASIL, 2010, p. 21-22)

Com relação aos diferentes grupos em situação de vulnerabilidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta diferentes aspectos acolhedores, considerando como grupos vulneráveis, no que diz respeito à proteção do seu direito a saúde: a população negra, mulheres,



os povos indígenas, a comunidade cigana/romani, a população ribeirinha, as pessoas com deficiência, as crianças e adolescentes, a população do campo e da floresta, a população de rua, as pessoas idosas, pessoas vítimas de violência sexual e a comunidade LGBTQIA+.

Esses grupos são expressamente reconhecidos e contemplados com ações específicas no âmbito do “Humaniza SUS”, sendo protegidos através de políticas de acolhimento específicas para contemplar cada especial situação de vulnerabilidade, de acordo com as necessidades particulares inerentes a cada um desses grupos. A exemplo de políticas e/ou programas de acolhimento humanizado em atenção a grupos vulneráveis, menciona-se: a proteção ao direito à saúde da população negra através das articulações instituídas pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009)<sup>3</sup>; a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002)<sup>4</sup>; a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2011)<sup>5</sup>; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (BRASIL, 2018)<sup>6</sup>; políticas de incentivo financeiro às Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), em atenção aos povos Ribeirinhos (BRASIL, 2020)<sup>7</sup>; a Política Nacional para a População em Situação de Rua, que engloba estratégia no campo da saúde como o Plano Operativo de Saúde para a População em Situação de Rua e a implantação do Programa Consultório na Rua (BRASIL, 2009)<sup>8</sup>; a Política de Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência (BRASIL, 2015)<sup>9</sup>; Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS (BRASIL, 2014)<sup>10</sup>; a Política Nacional de Saúde das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2002)<sup>11</sup>; a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

<sup>3</sup> Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009. (BRASIL, 2009, <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html)>)

<sup>4</sup> Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 254, de 31 de janeiro de 2002. (BRASIL, 2002, <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>)

<sup>5</sup> Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 2.866, de 02 de dezembro de 2011. (BRASIL, 2011, <<https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/politica-nacional-saude-integral-populacoes-campo-floresta>>)

<sup>6</sup> Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 4.384, de 28 de dezembro de 2018. (BRASIL, 2018, <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4384\\_31\\_12\\_2018.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4384_31_12_2018.html)>)

<sup>7</sup> Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 3.127, de 18 de novembro de 2020. (BRASIL, 2020, <[www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.127-de-18-de-novembro-de-2020-289207514](http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.127-de-18-de-novembro-de-2020-289207514)>)

<sup>8</sup> Instituídas pelo Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009 e pela portaria do Ministério da Saúde n. 3.305, de 24 de dezembro de 2009. (BRASIL, 2009, <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)>)

<sup>9</sup> Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 1.130, de 05 de agosto de 2015. (BRASIL, 2015, <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>)

<sup>10</sup> Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 485, de 1º de abril de 2014. (BRASIL, 2014, <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html)>)

<sup>11</sup> Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 1.060, de 05 de junho de 2002. (BRASIL, 2002, <[www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia](http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia)>)



(BRASIL, 2011)<sup>12</sup>; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)<sup>13</sup>, por fim; a Política Nacional de Saúde do Idoso (2006)<sup>14</sup>.

No que tange ao conceito de vulnerabilidade atribuído a esses grupos, na grande maioria das vezes essa vulneração decorre do contexto de desigualdade social e do histórico de repressão e subordinação aos quais esses grupos são expostos. Tal situação traz a necessidade da articulação de esforços para a superação dessas desigualdades que vulneram, adotando, com esse intento, práticas preventivas de saúde apoiadas no conceito de risco. Dessa forma, é considerada a chance de exposição das pessoas ao adoecimento e a outros agravos sociais como resultado de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e programáticos, o que pode atingir frontalmente a devida prestação do direito fundamental a saúde dessa parcela da população que sofrem com situações de vulnerabilidade. Para isso, ressalta-se que é necessária a adequação da área física, a compatibilização entre a oferta e a demanda dos serviços, a capacitação dos profissionais e a governabilidade das equipes locais, associadas ao modelo de gestão de redes para a definição de protocolos e de fluxos de atenção integral à saúde, uma complexa rede de cuidados e de proteção social, formada pelas políticas sociais básicas de saúde, educação, assistência social e de direitos humanos, articuladas com os sistemas de justiça e de segurança pública. (BRASIL, 2010, p. 20)

Portanto, uma vez estabelecido os grupos em situação de vulnerabilidade incorporados no âmbito do programa Humaniza SUS, é necessário verificar se estes se alinham aos standards de proteção fixados pela Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH). Para isso, considera-se por outro lado a Convenção Americana de direitos humanos ou Pacto de São José da Costa Rica, os quais são importantes instrumentos de consolidação do Sistema Interamericano de proteção aos direitos humanos (BORGES, 2018, p. 109). Tendo entrado em vigor em 18 de julho de 1978, a Convenção Americana não só prevê uma série de direitos e deveres, assim como, institui como órgãos do Sistema Interamericano a Comissão Interamericana de Direitos Humanos e a Corte Interamericana de Direitos Humanos. (BORGES, 2018, p. 107).

<sup>12</sup> Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011. (BRASIL, 2011, <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html)>)

<sup>13</sup> Tomou como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher elaborado em 1983.

<sup>14</sup> Instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. (BRASIL, 2006, <[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf)>)



Leal e Vargas (2022, p. 121) salientam que essa vinculação ao Sistema Interamericano de Direitos Humanos vai muito além do dever de realizar um controle de convencionalidade por parte do Poder Judiciário dos Estados membros. Esse dever de observância ao disposto na Convenção Americana de Direitos Humanos e nos standards jurisprudenciais da Corte IDH irradia-se igualmente para os demais Poderes e órgãos estatais, de modo que esses devem observar os padrões mínimos de proteção estabelecidos no âmbito do Sistema Interamericano, tomando-os como base norteadora para o desenvolvimento e expansão da proteção dos direitos em nível interno/nacional, de acordo com as necessidades do contexto regional.

Face a isso, é possível afirmar que os Poderes e órgãos de planejamento e gestão de políticas públicas — inclui-se aqui as políticas públicas de saúde e os programas como o “Humaniza SUS” —, devem ter em mente e considerar os padrões interamericanos durante o planejamento, implementação e execução das políticas públicas, saudando o dever convencionalmente assumido perante o Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos.

Dessa forma, segundo Leal e Lima (2021, p. 106), a importância da utilização das decisões da Corte IDH no que diz respeito à proteção de grupos vulneráveis se dá em razão de que:

A Corte IDH entende que possíveis variações culturais ou de legislação no âmbito interno não podem comprometer o dever de observância do direito de igualdade, pois a vedação de tratamento diferenciado em relação a determinados grupos se estende, inclusive, àqueles países em que prevalecem controvérsias legislativas acerca do reconhecimento dos direitos desses grupos vulneráveis. Tem-se, por conseguinte, uma perspectiva de proteção ampla do direito de igualdade e não-discriminação previstos na CADH, que busca levar em consideração as circunstâncias fáticas e reais sub judice, incorporando uma perspectiva material que reforça a possibilidade de proteção dos grupos em condição de vulnerabilidade. Assim, a Corte IDH manifesta-se não somente como guardiã do Sistema Interamericano, na condição de intérprete autêntica da Convenção Americana, mas também como protetora dos grupos em situação de vulnerabilidade.

Outrossim, com relação à necessidade de proteção de pessoas em situação de vulnerabilidade, é necessário observar que para que haja igualdade social há que se reconhecer uma proteção especial a aqueles que estão no corpo social, mas que sofrem opressões; não são inseridos (grupos vulneráveis) ou reconhecidos (minorias), em decorrência de algum traço que não é identificado como típico da sociedade (SIQUEIRA; CASTRO, 2017, p. 05).

A Corte IDH, neste contexto, assume um importante papel transformador, possuindo uma jurisprudência consolidada na proteção destes grupos, tendo como pilar central as vítimas,



visando a construção de um processo de fortalecimento dos direitos humanos amparado no reconhecimento de situações de vulnerabilidade e de violações sistemáticas que as perpetuam. (CANÇADO TRINDADE, 2018)

Com vistas nas medidas estruturantes estabelecidas pela Corte IDH em casos envolvendo o direito a saúde, e reconhecendo as vítimas de violência sexual como grupo em situação de vulnerabilidade, pode-se mencionar como exemplo nítido dessas medidas de proteção aos vulneráveis, aquelas estabelecidas no Caso Rosendo Cantú e outros vs. México (2010), quando fixa a responsabilidade do Estado em fortalecer e adequar a prestação dos serviços de saúde em casos de violência sexual, estabelecendo que:

O Estado deve continuar a prestar serviços de tratamento às mulheres vítimas de violência sexual por meio do Centro de Saúde Caxitepec, o que deve ser fortalecido com a disponibilização de recursos materiais e pessoais. O Estado deve assegurar que os serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual sejam prestados pelas instituições indicadas pelo México, entre outras, o Ministério Público de Ayutla de los Libres, mediante a disponibilização de recursos materiais e pessoais, cujas atividades devem ser fortalecidas por meio de ações de treinamento. (CORTE IDH, 2010, p. 95).

Voltando o olhar para situações de violência sexual no Brasil, através da Portaria n. 485/2014 foi implantado o “Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, de modo que, a partir desse, o sistema público de saúde passou a contar com um amplo sistema de acolhimento e prestação de serviços de saúde em casos de pessoas nessa situação, seja a vítima mulher, homem, idoso, criança, adolescente (BRASIL, 2014). Percebe-se que em relação ao padrão desenvolvido pela Corte IDH — que apenas prevê o tratamento de vítimas mulheres — a política nacional expandiu o seu viés protetivo para além dos casos envolvendo a violência sexual contra a mulher, ampliando a categoria e incluindo outras possíveis vítimas. Sendo assim, o exemplo brasileiro não só respeita o padrão mínimo de proteção instituído pela Corte IDH, bem como, expande essa proteção a mais grupos que possam sofrer esse tipo de violência.

Ainda com relação a medidas de acolhimento em matéria de saúde determinadas pela Corte IDH, importa trazer o Caso Ximenes Lopes vs. Brasil (2006), no qual o Estado brasileiro foi condenado devido a constatação da situação de maus tratos em instituição hospitalar, situação essa que ocasionou o falecimento de um paciente que tratava de problemas de saúde mental junto ao estabelecimento de saúde. Nesse caso a Corte IDH estabeleceu:



Que o Estado deve continuar a desenvolver um programa de formação e educação para médicos, psiquiátricos, psicológicos, pessoal de enfermagem, auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas relacionadas com os cuidados de saúde mental, em particular, sobre os princípios que devem reger o tratamento das pessoas com deficiência mental, de acordo com as normas internacionais sobre a matéria e as estabelecidas na Sentença de Mérito, Reparações e Custas (CORTE IDH, 2006, p. 84).

Esse foi um caso paradigmático para a história da prestação do direito à saúde no Brasil, uma vez que:

desagou em diversas políticas públicas que trouxeram avanços significativos para o tratamento de pacientes na área da saúde mental, o aprimoramento das instituições de acolhimento e o aperfeiçoamento dos profissionais da saúde no trato das relações com os pacientes. Nesse caso, houve a proteção do direito à saúde de forma indireta, através do direito à vida e à integridade pessoal, em particular das pessoas que sofrem de problemas psiquiátricos. (LEAL; MAAS, 2019, p. 356)

Destaca-se que no Brasil há políticas de atendimento de saúde especialmente voltado para pessoas com deficiência, as quais abrangem pessoas com deficiência mental — como era o caso da situação apreciada pela Corte IDH envolvendo o Brasil. Essas diretrizes de assistência integral à saúde das pessoas com deficiência foram instituídas através da Portaria n. 1.060/2002, do Ministério da Saúde, onde abarca a responsabilidade do SUS pela prestação igualitária do direito à saúde, sempre observando as necessidades particular de cada deficiência. Na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência é possível identificar que seus objetivos estão voltados à promoção da qualidade de vida, à prevenção de deficiências e ao fornecimento de uma atenção integral à saúde, as quais formam diretrizes de responsabilidade do Sistema Único de Saúde, voltadas ao cuidado das pessoas com deficiência, assegurando à reabilitação e demais procedimentos que se fizerem necessários. (BRASIL, 2002)

Em relação ao enquadramento dos povos indígenas como grupo em situação de vulnerabilidade e a proteção do direito à saúde desse grupo pela Corte IDH, importa trazer o Caso Comunidade Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguai (2010), o qual tratou à respeito da situação da comunidade indígena Xákmok Káser, da região do Chaco paraguaio, que teve seu território declarado como Área de Proteção Silvestre de propriedade privada, sem consultar os membros da Comunidade ou levar em consideração sua reivindicação territorial, situação a qual, de maneira reflexa, atingiu o estado de saúde daquele povo indígena. Desta feita, a Corte IDH proferiu medidas para que o Estado estabelecesse no local, após a recuperação do seu território tradicional, um posto permanente de saúde com os medicamentos e insumos



necessários para uma adequada prestação de atendimento de saúde, no intuito de prestar o auxílio necessário ao reestabelecimento da saúde da comunidade indígenas. (CORTE IDH, 2010).

No contexto das políticas de saúde brasileiras, desde o ano de 2002 conta-se com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, com a previsão de uma série de estratégias de acolhimento e prestação da saúde às comunidades indígenas, reconhecendo e valorizando a complementariedade das práticas de medicina indígenas de cada comunidade, objetivando o equilíbrio bio-psico-social (BRASIL, 2002). Percebe-se que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas precede a decisão da Corte IDH, o que indica certa posição de vanguarda na proteção desse grupo vulnerável por parte do Estado brasileiro.

No que diz respeito ao tratamento de saúde voltado aos idosos, a Corte IDH no Caso Poblete Vilches vs. Chile (2018) condenou o Estado do Chile por negligência no atendimento hospitalar de Vinicio Antonio Poblete Vilches, devido ao falecimento do idoso após dar entrada em hospital público do Chile por duas vezes. Na decisão a Corte IDH reconheceu a responsabilidade do Estado “por não garantir ao idoso o direito à saúde sem discriminação, mediante serviços necessários básicos e urgentes, em atenção à sua situação especial de vulnerabilidade como pessoa idosa e pelos sofrimentos decorrentes da falta de atendimento”. (LEAL; MAAS, 2019, p. 357)

No Brasil há políticas de atendimento especializado de cuidados em relação a saúde das pessoas idosas desde 2006, ou seja, existe uma preocupação com a pessoa idosa no SUS antes mesmo da sentença proferida pela Corte IDH no caso supramencionado. Essa medida nacional foi instituída pela Política Nacional de Saúde do Idoso, tendo como objetivos, não só os cuidados relacionados a garantia do direito à saúde da pessoa idosa, mas garantindo igualmente meios de fomento a sua autonomia e independência. (BRASIL, 2006)

Em sentença estipulada no Caso I.V vs. Bolívia (2016), tratando da vulnerabilidade feminina, o caso abordou a realização do procedimento cirúrgico de laqueadura sem o consentimento da senhora I.V, a Corte IDH estabeleceu que o Estado prestasse, gratuitamente, por meio de suas instituições de saúde especializada e, imediatamente, de forma adequada e eficaz, tratamento médico e, especificamente em saúde sexual e reprodutiva, bem como tratamento psicológico e/ou psiquiátrico para a vítima. Além disso, no que tange as medidas de não-repetição, ainda determinou que fossem adotados programas de educação e treinamento permanente destinado a estudantes de medicina e profissionais da área médica, bem como a todo o pessoal que compõe o sistema de saúde, nas questões de consentimento informado,



discriminação com base em gênero e estereótipos e violência do gênero. (CORTE IDH, 2016, p. 114)

Em relação à proteção da saúde da mulher no Brasil, no ano de 2015 foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de modo que o Estado brasileiro, assim como a Corte IDH, se mostra preocupado com os assuntos relacionados à integridade e a saúde das mulheres, estimulando a implementação da assistência em planejamento reprodutivo e familiar no âmbito da atenção integral à saúde, garantindo tanto o fornecimento de métodos de anticoncepção reversível e/ou cirúrgicos para a população, quanto o acesso à informações e orientações médicas sobre os métodos anticoncepcionais e disponibilizando serviços de assistência à infertilidade. (BRASIL, 2015)

Assim, tendo em vista que a Corte IDH, em suas decisões, demonstra uma latente preocupação em estabelecer medidas de saúde que protejam os grupos em situação de vulnerabilidade, tais como as mulheres, indígenas e deficientes, por exemplo, torna-se possível afirmar que as políticas de saúde que englobam o SUS e o programa “Humanizas SUS” corroboram com esse posicionamento da Corte IDH, uma vez que, no Brasil, há um grande número de política, programas e estratégias em saúde pública especialmente voltados a atender as especificidades de cada grupos.

Nota-se que às políticas de saúde brasileiras abrangem uma maior diversidade de grupos vulneráveis do que os padrões jurisprudenciais da Corte IDH, ao passo que no Brasil existem políticas de saúde voltadas — para além da proteção ao direito à saúde de idosos, mulheres, deficientes, indígenas e vítimas de violência sexual — para diversos outros grupos em situação de vulnerabilidade tais como: população negra, populações do campo e da floresta, povo cigano/romani, povos ribeirinhos, população em situação de rua, crianças, adolescentes e suas famílias, grupo LGBTQIA. Desse modo, sem deixar os programas envolvendo o SUS de considerar os grupos vulneráveis protegidos pela Corte IDH, dentro do contexto nacional o Ministério da Saúde expande o rol de grupos em situação de vulnerabilidade que devem ser protegidos.

### **3. Conclusões**

A partir da análise realizada é possível observar que a situação de vulnerabilidade atinge frontalmente a prestação e gozo do direito à saúde, sendo necessário um replanejamento das estratégias em saúde, a fim de atender as necessidades específicas de cada grupo em situação



de vulnerabilidade, e, com efetividade, fornecer o devido acolhimento humanizado desses grupos junto ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa toada é que a Polícia Nacional de Humanização do SUS vem com a proposta de reconhecer a diversidade da população brasileira, fornecendo de maneira igualitária o direito à saúde, afastando qualquer tipo de tratamento distintivo e discriminatório baseado em fatores como a idade, cultura, etnia, origem, orientação sexual ou gênero. Assim, há uma intensificação da capacitação dos profissionais do Sistema Único de Saúde para que identifiquem os critérios de risco passíveis de ocasionarem uma situação de vulnerabilidade, associando-se a isso, dentro dessa humanização, há uma crescente ampliação de políticas e programas de saúde pública especialmente preocupados em traçar diretrizes de atendimento específicas para fornecer o acolhimento humanizado de determinados grupos em situação de vulnerabilidade.

Alinhado a essa perspectiva protetiva, os gestores da saúde pública no Brasil têm o dever de considerar, durante o processo de planejamento das políticas públicas de saúde, os padrões de proteção fixados pela Corte IDH sobre a matéria, no intuito de qualificar a prestação da saúde aos grupos em situação de vulnerabilidade, podendo expandir esses padrões de proteção ou estender essa proteção a novos grupos que, no contexto específico de determinada região, podem estar mais susceptíveis de sofrerem prejuízos ao pleno gozo de seu direito a saúde em decorrência de uma situação de vulnerabilidade.

Como visto, a jurisprudência da Corte IDH já influenciou algumas mudanças nos procedimentos de saúde no Brasil, especialmente a partir das diretrizes estabelecidas na sentença do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil (2006), ocasionando uma intensa reestruturação do modo de tratamento dos pacientes acometidos por comorbidades mentais nos ambientes hospitalares. No entanto, o Estado brasileiro tem expandido a proteção do direito à saúde em relação a um maior número de grupos do que a Corte IDH, incorporando uma proteção específica também em relação à população negra, ciganos/romanis, ribeirinhos, comunidade LGBTQIA+, população de rua, população do campo e da floresta e em relação à criança e ao adolescente.

Ainda, percebe-se que em relação aos casos em que a Corte IDH reconhece o direito à saúde de grupos vulneráveis como indígenas, mulheres, idosos, pessoas com deficiência e pessoas vítimas de violência sexual, em relação a esses quatro primeiros, já existia no país uma política nacional que salvaguardava o direito à saúde daqueles grupos, o que demonstra que o Ministério da Saúde já permanecia alerta, mesmo antes das decisões da Corte IDH, em relação a esses grupos em situação de vulnerabilidade.



Em conclusão, respondendo ao problema de pesquisa proposto, de acordo com os dados analisados durante a presente pesquisa, é possível afirmar que — em termos teóricos de proteção através de políticas nacionais de saúde — as políticas incorporadas pelo SUS no âmbito do “Humaniza SUS” não só estão alinhadas aos standards de proteção fixados pela Corte IDH, bem como, estende uma proteção especializada há outros grupos além daqueles reconhecidos pela Corte IDH em sua jurisprudência.

## REFERÊNCIAS

BORGES, Bruno Barbosa. **O controle de convencionalidade no sistema interamericano: entre o conflito e o diálogo de jurisdições**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Saúde da População Negra e o SUS - Ações Afirmativas para Avançar na Equidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Legislação em Saúde. 1. ed. . Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed. . Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. 1. ed. . Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – uma política do SUS**. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 485, de 1º de abril de 2014**. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html)>. Acesso



em: 25 abr. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Subsídios para o cuidado à saúde para o Povo Cigano**. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIOS DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. . Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. **Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014**. Redefine o arranjo organizacional das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) dos Municípios da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837\\_09\\_05\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html)>. Acesso em: 24 abr. 2023.

CANÇADO TRINDADE, Antônio Augusto. **El ejercicio de la función judicial internacional**: Memorias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Belo Horizonte: Del Rey, 2018.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso da comunidade indígena Yákmok Kásek vs. Paraguai**: sentença de 24 de agosto de 2010 (Mérito, Reparações e Custas). San José da Costa Rica, 2010. Disponível em:

<[www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_214\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_214_por.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2023.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso I.V. vs. Bolívia**: sentença de 30 de novembro de 2016 ((Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). San José da Costa Rica, 2016. Disponível em:

<[www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen\\_329\\_esp.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_329_esp.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2023.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Poblete Vilches e outros vs. Chile**: sentença de 08 de março de 2018 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). San José da Costa Rica, 2018. Disponível em: <[www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/sci/dados-da-atuacao/corte-idh/Caso\\_Poblete\\_Vilches\\_vs\\_Chile.pdf](http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/sci/dados-da-atuacao/corte-idh/Caso_Poblete_Vilches_vs_Chile.pdf)>. Acesso em:

24 abr. 2023.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Rosendo Cantú e outros vs. México**: sentença de 30 de agosto de 2010 (Exceções preliminares, Mérito, Reparações e Custas). San José da Costa Rica, 2010. Disponível em: <[www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2016/04/1ca33df39cf74bbb341c4784e83bd231.pdf](http://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2016/04/1ca33df39cf74bbb341c4784e83bd231.pdf)>. Acesso em: 24 abr.

2023.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes vs.**

**Brasil**: sentença de 04 de julho de 2006 (Mérito, Reparações e Custas). San José da Costa Rica, 2006. Disponível em: <[www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_149\\_por.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf)>.

Acesso em: 24 abr. 2023.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig; LIMA, Sabrina Santos. **A atuação da corte interamericana**



**de direitos humanos na proteção de grupos em situação de vulnerabilidade: discriminação estrutural e sentenças estruturantes.** São Paulo: Tirant lo Blanch, 2021.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig; MAAS, Rosana Helena. Desafios e perspectivas do direito fundamental social à saúde nos 30 anos da Constituição Federal brasileira: da programaticidade à judicialização. **Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano**, p. 349-367, 2019.

LEAL, Mônia Clarissa Hennig; VARGAS, Eliziane Fardin de. Os desafios da consolidação do Ius Constitutionale Commune Latino-Americano: a noção de “categoria suspeita” de discriminação no âmbito da Corte Interamericana de Direitos Humanos e a sua incorporação pelo Supremo Tribunal Federal como instrumento para superação da desigualdade estrutural. In: OLSEN, Carolina Lopes; FACHIN, Melina Girardi; CAMPOS, Patrícia Perrone. **Diálogos constitucionais transformadores**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2022. p. 115-136.

SIQUEIRA, Dirceu Pereira; CASTRO, Lorena Roberta Barbosa. Minorias e Grupos Vulneráveis: a questão terminológica como fator preponderante para uma real inclusão social. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, Bebedouro, v. 5, n. 1, p. 105-122, 2017.