



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



52º CONSELHO DIRETOR 65ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 30 de setembro a 4 de outubro de 2013

Tema 4.12 da agenda provisória

CD52/18 (Port.)
30 de setembro de 2013
ORIGINAL: INGLÊS

COMBATENDO AS CAUSAS DE DISPARIDADES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E TRANS

Documento conceitual

Introdução

1. Muitos países em toda a Região das Américas identificaram a necessidade de combater e eliminar o estigma e a discriminação no setor da saúde contra as pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans (LGBT). Esta proposta procura melhorar o acesso aos serviços de saúde e os indicadores gerais de saúde dessas populações como parte do trabalho realizado nas Américas para atender às necessidades de saúde das populações vulneráveis.¹
2. O estigma e a discriminação no meio de assistência à saúde são questões críticas que têm sido discutidas principalmente no contexto dos sistemas e serviços de saúde, da cobertura universal em saúde e dos determinantes sociais da saúde (DSS).

¹ O Conselho Diretor da OPAS instou os Estados Membros a manterem e reforçarem suas atividades de prevenção e redução de estigma nos serviços de saúde contra certos grupos em situação de vulnerabilidade, como homens que fazem sexo com homens e a comunidade LGBT. Vide, por exemplo, a resolução “Ampliação do tratamento numa resposta integral ao HIV/AIDS” (http://www1.paho.org/hr-course-p/assets/pdf/Module1/Lesson2/M1_L2_16.pdf) e o documento técnico “A saúde e os direitos humanos” (<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-p.pdf>).

3. A análise baseada em gênero é uma ferramenta importante para o fortalecimento dos sistemas de saúde, para a prestação de assistência à saúde e para a monitoração dos planos, políticas, programas e leis no âmbito nacional.²

4. A resolução A/67/L.36 da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Saúde Global e Política Externa “reconhece que a cobertura universal de saúde pressupõe que todas as pessoas tenham acesso, sem discriminação, a carteiras nacionalmente determinadas de serviços básicos de saúde de caráter promotor, preventivo, curativo e reabilitativo... com ênfase nos setores carentes, vulneráveis e marginalizados da população.”(1)

Antecedentes

5. A comunidade LGBT é frequentemente um setor vulnerável e marginalizado da população devido ao estigma e à discriminação sofridos pelos membros desta população.

6. As disparidades e desigualdades em saúde estão frequentemente vinculadas aos determinantes sociais da saúde (DSS), que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como “as circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem e os sistemas estabelecidos para combater as enfermidades”. A resolução da OMS sobre DSS insta os Estados Membros a “levar em consideração a equidade na saúde em todas as políticas nacionais que abordam os determinantes sociais da saúde” e que garantam o acesso equitativo à promoção da saúde, à prevenção de doenças e à atenção em saúde. (3)

7. A Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada no Rio de Janeiro, reconheceu a necessidade de colocar a saúde humana e o bem-estar como uma das características-chave do que constitui uma sociedade bem-sucedida, inclusiva e justa no século XXI, o que é compatível com nosso compromisso com os direitos humanos no âmbito nacional e internacional; que os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos, a qual só pode ser assumida mediante a provisão de medidas sanitárias e sociais adequadas; e a necessidade de elaborar políticas inclusivas e que levem em consideração as necessidades de toda a população, com atenção específica a pessoas de grupos vulneráveis e de áreas de alto risco (4).

² O Conselho Diretor da OPAS instou os Estados Membros a usarem a análise baseada em gênero, novas tecnologias e modelos de projeção para fortalecer o planejamento dos sistemas de saúde, a prestação de assistência à saúde e a monitoração dos planos, políticas, programas e leis em âmbito nacional. Vide, por exemplo, a Resolução “Plano de ação para a aplicação da política de igualdade de gênero” ([http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20\(Port.\).pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20(Port.).pdf)) e a Resolução “Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem” ([http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20\(Port.\).pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R14%20(Port.).pdf)).

Desafios mais significantes

Discriminação e exclusão da população LGBT no setor de assistência à saúde

8. Embora os dados sobre a morbimortalidade e sobre o acesso aos serviços de saúde sejam limitados, pesquisas existentes e informações epidemiológicas estratégicas de caráter preliminar indicam que os membros da comunidade LGBT enfrentam barreiras para obter acesso à assistência de saúde apropriada e centrada no paciente e não conseguem utilizar os serviços de saúde de maneira precoce e oportuna (ou não conseguem usá-los de maneira alguma). A OMS observou em um relatório de 2011 que existem indícios de longa data de um “estigma generalizado contra a homossexualidade e ignorância sobre a identidade de gênero, tanto na sociedade como um todo quanto dentro dos sistemas de saúde.”³

9. O acesso respeitoso e não discriminatório ao atendimento de qualidade é compatível com a Constituição da OMS, que reconhece que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano” e que “os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos.”⁴

Compreendendo a ampla gama de barreiras ao acesso aos serviços de saúde

10. Muitas das barreiras que as pessoas LGBT enfrentam ao tentar obter acesso à atenção à saúde de qualidade se devem à estigmatização e à discriminação generalizada na sociedade como um todo e dentro dos sistemas de saúde.

11. As barreiras à atenção podem tomar muitas formas, desde a franca discriminação a um mau atendimento mais sutil. Alguns dos tipos de barreiras incluem:⁵

- **compreensão inadequada de condições específicas:** por exemplo, não abordar as necessidades especiais de assistência de saúde dos indivíduos LGBT ou as questões relacionadas ao trauma e questões de saúde mental associadas com a discriminação (5,6);

³ “Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people”. Departamento de HIV/AIDS da OMS, junho de 2011. (doravante Relatório de Prevenção e Tratamento) http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/

⁴ A Constituição da OMS foi adotada pela Conferência Internacional de Saúde realizada em Nova Iorque, de 19 a 22 de junho de 1946, e assinada em 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados.

⁵ A Conferência Sanitária Pan-Americana citou barreiras administrativas, geográficas, econômicas, culturais, sociais e indiferença em relação ao uso da perspectiva de identidade de gênero na prestação de serviços de saúde. Vide, por exemplo, a “Política e estratégia regionais para garantia da qualidade da atenção de saúde, inclusive a segurança do paciente” (em inglês, <http://www1.paho.org/english/gov/csp/csp27-16-e.pdf>).

- **negativas de atendimento:** por exemplo, quando um hospital ou posto de saúde recusa atendimento às pessoas por causa de quem elas são ou parecem ser; (5)
- **atendimento inadequado ou ruim:** por exemplo, abuso verbal, comportamento desrespeitoso, ou quando o profissional simplesmente não dedica o tempo necessário para atender adequadamente as necessidades do paciente (6);
- **restrição da inclusão de indivíduos importantes no tratamento familiar, no apoio ou no processo de tomada de decisão (7);**
- **suposições inapropriadas sobre a causa do problema de saúde física ou mental (5); e**
- **evasão do tratamento (5)**

12. Além disso, as questões relacionadas à confidencialidade dos pacientes, embora sejam importantes a todos os pacientes, pode ser particularmente importantes a pessoas LGBT que ainda não revelaram sua orientação sexual e/ou identidade de gênero em suas comunidades; a revelação do ser LGBT pode provocar receio em relação à prisão, discriminação, exclusão social e dano físico.⁶ Se as pessoas acreditarem que sua confidencialidade e privacidade não serão garantidas, elas podem decidir não buscar os serviços, ou podem omitir informações importantes de seus provedores de atenção por temer que o provedor divulgará tais informações, ameaçando assim sua saúde e segurança e, potencialmente, a saúde e segurança de terceiros.⁷ Tal revelação por profissionais da saúde ou outros atores governamentais e privados não é relevante para a prestação de serviços ou promoção das metas de saúde pública e pode repercutir negativamente na aderência ao tratamento e mesmo na retenção de pacientes dentro do sistema de saúde.

Disparidades de Saúde LGBT

13. A OMS já reconheceu o ônus global de saúde pública que a discriminação contra os membros de qualquer grupo marginalizado provoca nestes indivíduos, “aumentando [sua] pobreza e a precariedade de sua saúde⁸”, além do ônus sobre a sociedade como um

⁶ A Conferência Sanitária Pan-Americana identificou o respeito pela privacidade, confidencialidade e a integridade dos usuários dos serviços de saúde como uma linha estratégica de ação para promover o atendimento de qualidade e a segurança dos usuários. Vide a nota 5 acima.

⁷ O fenômeno da “autoexclusão” significa que pessoas que têm o direito aos serviços de saúde e acesso a eles podem preferir não usá-los por causa de barreiras de idioma, credo ou percepção de que o tratamento é desrespeitoso. Vide, por exemplo, o documento técnico da Conferência Sanitária Pan-Americana “Extensão da proteção social na saúde”, disponível em: <http://www1.paho.org/english/gov/csp/csp26-12-e.pdf>

⁸ Vide o folheto informativo da Secretaria da OMS sobre a “Saúde dos povos indígenas,” disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/en/index.html>.

todo.⁹ Especificamente em relação à comunidade LGBT, a OMS observou em seu relatório de 2011 supracitado que há indícios de longa data indicando que pessoas transgênero “enfrentam *barreiras significativas à assistência de saúde de qualidade*, devido ao estigma generalizado contra a homossexualidade e ignorância sobre a variação de gênero, tanto na sociedade como um todo quanto dentro dos sistemas de saúde” (grifo nosso).¹⁰

14. Existe considerável evidência de que as pessoas LGBT enfrentam piores disparidades e desfechos de saúde que pessoas heterossexuais em todos os países do mundo. Alguns achados com relação às pessoas LGBT incluem:

- Maiores taxas de depressão, ansiedade, tabagismo, abuso do álcool, abuso de substâncias, suicídio e ideação suicida como resultado de estresse crônico, isolamento social, e falta de ligação com vários serviços de saúde e de apoio;¹¹
- As mulheres lésbicas e bissexuais podem usar os serviços de saúde preventiva com menor frequência que mulheres heterossexuais, e podem apresentar maior risco de obesidade e câncer de mama (8);
- Os homens homossexuais apresentam maior risco de contrair HIV e outras DSTs, inclusive a hepatite viral;
- Os indivíduos LGBT idosos enfrentam barreiras adicionais à saúde por causa do isolamento e da falta de serviços sociais e profissionais culturalmente competentes;
- A falta de apoio familiar ou comunitário leva os jovens LGBT a apresentarem uma probabilidade significativamente maior de ficarem desabrigados, o que ocasiona outros problemas sociais e de saúde;¹² e
- Os indivíduos transgênero têm uma prevalência alta de HIV/DSTs, vitimização, problemas de saúde mental e suicídio, e têm menor probabilidade de ter seguro de saúde que pessoas heterossexuais ou LGB. Os indivíduos trans também

⁹ O Secretariado da OMS declarou que as sociedades que combatem a discriminação criam condições necessárias para melhorar a saúde de todos, assim como as sociedades que combatem a discriminação de sexo e gênero, raça, e religião e combatem a homofobia, o machismo e o racismo. Vide http://www.who.int/hhr/information/Item_10_57th_Session_of_Commission.pdf e http://www.who.int/hhr/activities/q_and_a/en/Health_and_Freedom_from_Discrimination_English_699_KB.pdf

¹⁰ Vide o “Relatório de Prevenção e Tratamento”, nota 4 acima, p. 10.

¹¹ Id.

¹² Nos EUA, de acordo com a pesquisa sobre os organismos que prestam serviços às populações sem teto, inclusive os jovens, “40% dos jovens em situação de rua são LGBT. Em comparação, a população geral de jovens é somente 10% LGBT.” <http://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Durso-Gates-LGBT-Homeless-Youth-Survey-July-2012.pdf>

apresentam maior risco de desemprego, discriminação no local de trabalho e violência na comunidade. (9)

Proposta

15. Como foi apontado anteriormente, embora se saiba que o mau entendimento, o estigma e a discriminação levam a população LGBT a não receber ou buscar atendimento, a extensão exata do ônus global permanece um enigma, pois esta população tem recebido relativamente pouca atenção em termos de pesquisa em saúde.

16. Para conseguir uma melhor compreensão das necessidades de saúde de todas as pessoas LGBT, são necessários mais dados sobre a demografia dessas populações, assim como melhores métodos para a coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos que incluam a sociedade civil e organizações religiosas.

17. A OPAS já realiza um trabalho significativo compilando e analisando dados sobre questões de acesso à assistência as pessoas pertencentes a outras comunidades marginalizadas. Um processo encorajador de coleta de dados sobre o acesso da comunidade LGBT à atenção à saúde, especialmente nos Estados Membros, fomentaria o compromisso dos Estados Membros com o acesso universal por todas as pessoas de uma maneira compatível com a Constituição da OMS e com os documentos técnicos e resoluções da OPAS/OMS mencionadas neste documento.

Ação pelo Conselho Diretor

18. Convida-se o Conselho Diretor a examinar e considerar a informação apresentada neste documento conceitual e a considerar a possibilidade de aprovar o projeto de resolução incluído no Anexo A.’

Anexo

Referências

1. United Nations. *Global health and foreign policy*. A.G. Res. A/67/L.36 (2012). Disponível em: http://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Global%20Health%20and%20Foreign%20Policy%20resolution%202012_67th%20GA.pdf
2. World Health Organization (WHO), World Health Assembly. *Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, Switzerland: WHO; 16 de março de 2009. (Documento A62/9). Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-en.pdf

3. World Health Organization (WHO), World Health Assembly. *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*. Geneva, Switzerland: WHO; 22 de maio de 2009. (Resolução WHA 62.14). Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf
4. World Health Organization (WHO), World Conference on Social Determinants of Health. *Rio Political Declaration on Social Determinants*. Rio de Janeiro, Brasil: OMS; 21 de outubro de 2011. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf
5. Hatzenbuehler, Mark, L.; Katie A. McLaughlin; Katherine M. Keyes and Deborah S. Hassin. The Impact of Institutional Discrimination on Psychiatric Disorders in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: A Prospective Study. *Am J Public Health*. 2010 março; 100(3): 452–459.
6. Rachlin, K, Green, J, and Lombardi, E. Utilization of health care among female-to-male transgender individuals in the United States. *Journal of Homosexuality*, 2008; 54 (3), 243-58.
7. Henrici, Roxane, Homophobia: Does It Affect the Quality of Care? *The Journal of Undergraduate Nursing Writing*. Volume 1 número 1, outubro de 2007.
8. Brooks, V.R. The theory of minority stress. In V.R. Brooks (Ed.), *Minority stress and lesbian women*, 1981; 71-90. Lexington, MA: Lexington Books.
9. Lombardi, E. Enhancing transgender health care. *American Journal of Public Health* 2001; 91 (6): 869-972.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



52º CONSELHO DIRETOR **65ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, 30 de setembro a 4 de outubro de 2013

CD52/18 (Port.)
Anexo A
ORIGINAL: INGLÊS

PROJETO DE RESOLUÇÃO

COMBATENDO AS CAUSAS DE DISPARIDADES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS E TRANS

Proposto pelos EUA

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento conceitual *Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans(LGBT)* (Documento CD/18), e aceitando que o trabalho em direção ao acesso universal à saúde requer uma abordagem às barreiras políticas, socioculturais e históricas à atenção a membros de populações estigmatizadas, discriminadas e marginalizadas, inclusive a população LGBT;

Recordando as Resoluções da AMS 62/12 e 62/14 como exemplos do compromisso da comunidade internacional em apoiar os valores e princípios da atenção primária à saúde, inclusive a equidade, a solidariedade, a justiça social, o acesso universal aos serviços, a ação multissetorial, a descentralização e a participação comunitária, como a base para o fortalecimento dos sistemas de saúde;

Consciente da Resolução CSP27.R10 da Conferência Sanitária Pan-Americana (2007), a *Política e estratégia regionais para garantia da qualidade da atenção de saúde, inclusive a segurança do paciente*, e as Resoluções do Conselho Diretor CD45.R10 (2004), *Ampliação do tratamento numa resposta integral ao HIV/AIDS*;

CD49.R12 (2009), o *Plano de ação para a aplicação da política de igualdade de gênero*; CD49.R14 (2009), o *Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem*; e CD50.R8 (2010), *A saúde e os direitos humanos*;

Consciente de que a Conferência Sanitária Pan-Americana identificou que a qualidade de atenção nos serviços de saúde é também medida pelo acesso limitado, marcado por barreiras administrativas, geográficas, econômicas, culturais e sociais e indiferença à integração da perspectiva de gênero na prestação de serviços de saúde no contexto da *Política e estratégia regionais para garantia da qualidade da atenção de saúde, inclusive a segurança do paciente*, Documento CSP27/16 (2007);

Alarmado pelas tendências da violência e perseguição contra pessoas LGBT, e asseverando que a violência contra pessoas LGBT, particularmente a violência sexual, é um indicador crítico de marginalização, desigualdade, exclusão e discriminação;

Reconhecendo que o estigma e a discriminação enfrentados pelas pessoas LBGT frequentemente as impede de obter acesso aos serviços de saúde necessários, inclusive de saúde mental, e a uma ampla gama de serviços, e que este e outros fatores de exclusão social e cultural produzem desigualdades e disparidades em saúde e aumentam a vulnerabilidade a desfechos de saúde adversos;

Conferindo importância máxima à eliminação das desigualdades de saúde, inclusive aquelas associados à identidade de gênero e as expressões de gênero;

Preocupado que um fracasso em direcionar e prestar serviços de saúde acessíveis às populações que deles necessitam enfraquece a efetividade dos sistemas de saúde;

Reafirmando que o acesso universal à atenção é um componente principal dos sistemas nacionais de saúde fortes, e que a atenção universal deve impulsionar a eficiência e a igualdade do acesso aos serviços de saúde por todos e a proteção social e financeira de uma maneira não discriminatória; e,

Reconhecendo a função crucial da sociedade civil, inclusive das organizações de caráter religioso, na promoção do acesso aos serviços de saúde por todos,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:

- (a) trabalharemos para promover a prestação de serviços de saúde a todas as pessoas com pleno respeito pela dignidade humana e pelos direitos à saúde e no contexto do marco jurídico de cada Estado Membro, levando em consideração a diversidade de expressões e identidades de gênero;

- (b) dar prioridade à promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde nas políticas, planos e legislação nacionais e considerar a possibilidade de elaborar e fortalecer políticas de proteção social universais e integrais, que incluam a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a atenção à saúde, e à promoção da disponibilidade e acessibilidade de bens e serviços essenciais para a saúde e para o bem-estar, levando em consideração o estigma, a discriminação e a perseguição enfrentadas pela comunidade LGBT;
- (c) coletar dados sobre o acesso à assistência de saúde e a instalações de saúde para a população LGBT, levando em consideração o direito à privacidade com respeito a toda e qualquer informação pessoal relacionada com a saúde, com a finalidade de fortalecer o planejamento, a provisão e a monitoração de assistência e serviços de saúde, e de políticas, programas, leis e intervenções de saúde para a população LGBT.

2. Solicitar à Diretora

que elabore, dentro dos recursos existentes, um relatório sobre a situação de saúde e o acesso à assistência da população LGBT, as barreiras que esta população pode enfrentar para obter acesso aos serviços de saúde e o impacto do acesso reduzido por esta população, em consulta com os Estados Membros e interessados diretos relevantes.