



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

## 60° CONSELHO DIRETOR

### 75ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2023

Tema 8.4 da agenda provisória

CD60/INF/4  
25 de julho de 2023  
Original: espanhol

### SITUAÇÃO DO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

#### Introdução

1. Na 30ª Conferência Sanitária Pan-Americana, os Estados Membros solicitaram à Repartição Sanitária Pan-Americana que informasse a situação atual do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) na Região das Américas. Este documento apresenta uma análise da situação, identifica as respostas sanitárias e as barreiras de acesso existentes e sugere ações para melhorar a situação com base em evidências científicas.

#### Antecedentes

2. A saúde sexual e reprodutiva deve ser entendida como um estado geral de bem-estar físico, mental e social, e não como a mera ausência de doenças, em todos os aspectos do sistema reprodutivo, suas funções e seus processos. Abrange o direito de desfrutar uma vida sexual satisfatória, livre de qualquer tipo de coação, discriminação e violência, e a liberdade para decidir sobre a procriação (1).

3. Os serviços de SSR devem garantir fundamentalmente: *a)* o acesso a informações; *b)* a disponibilidade de métodos contraceptivos seguros, eficazes e econômicos; *c)* uma atenção à saúde que minimize os riscos na gravidez e no parto e facilite o acesso ao aborto seguro nos casos permitidos por lei; *d)* os cuidados do sistema sexual e reprodutivo e o tratamento de suas doenças; *e)* a saúde menstrual; *f)* as transições de gênero e a integridade corporal da população intersexo.

4. Os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão comprometidos com as metas 3.7 e 5.6 da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018–2030, ambas relacionadas à SSR, bem como com a *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* (2), na qual se reconhece que todas as pessoas e comunidades devem ter acesso, sem nenhum tipo de discriminação, a serviços integrais de saúde e insumos adequados, oportunos e de qualidade. Este relatório está alinhado com o *Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018–2030* (3), cujos indicadores e metas são suas referências orientadoras. Os países e territórios também se comprometeram a abordar as causas das disparidades no acesso e uso

dos serviços de saúde por pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans (LGBT),<sup>1</sup> com pleno respeito à dignidade e aos direitos humanos, levando em conta a diversidade de expressão e identidade de gênero, sem discriminação (4).

5. O Plano Estratégico da OPAS 2020–2025 inclui indicadores para monitorar os avanços no acesso aos serviços de SSR vinculados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3 e 5, bem como à meta 1.4 da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018–2030. Por sua vez, os Estados Membros da OPAS adotaram planos de ação e estratégias relacionados à SSR, com especial atenção para grupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Para a elaboração deste relatório, fez-se uma revisão e sistematização de dados, planos e iniciativas existentes, além de artigos científicos e publicações dos órgãos do sistema das Nações Unidas vinculados à SSR.

### **Análise da situação**

6. A maioria dos países e territórios da Região das Américas melhorou a cobertura do acesso a serviços de SSR com uma abordagem de atenção primária à saúde. Em 2021, a cobertura dos serviços essenciais de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil era de 81,3% na Região, 7,3% acima da média mundial de 74,0%. Esses indicadores variam entre os diversos países da Região, e grupos populacionais em situação de marginalidade e vulnerabilidade têm resultados piores. Nesse mesmo ano, o índice composto de cobertura desses serviços flutuava entre 37,9% e 84,5% no quintil da população de menor renda e entre 65,3% e 89,6% no quintil de maior renda (5–7).

7. Como a grande maioria dos aspectos relacionados à saúde pública, a SSR foi afetada negativamente pela pandemia de COVID-19 de formas e magnitudes que precisam ser urgentemente avaliadas para implementar ações específicas. A emergência sanitária afetou as condições de vida da população e seus comportamentos de prevenção e atenção à saúde, além de comprometer a capacidade de resposta dos serviços de saúde. A capacidade das instituições públicas de coletar e analisar dados desagregados diminuiu. Hoje, apesar dos esforços empreendidos, a maioria dos países ainda não recuperou os níveis de cobertura de saúde anteriores à pandemia e enfrenta uma crise prolongada de saúde. No relatório provisório da quarta rodada do inquérito pontual sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia da COVID-19, realizado em maio de 2023, 22 países da Região relataram perturbações nos serviços essenciais de saúde sexual, reprodutiva e materno-infantil (8). Ao mesmo tempo, porém, a transformação digital do setor da saúde propiciou a adoção segura, legal e sustentável dos serviços de telessaúde desde o início da pandemia, mitigando parcialmente as barreiras de acesso e fortalece os princípios do *Roteiro para a transformação digital do setor da saúde na Região das Américas* (9).

---

<sup>1</sup> A OPAS usa a sigla "LGBT" em conformidade com a Resolução CD52.R6 (2013), *Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans*. É importante destacar que a sigla mudou ao longo dos anos para incluir outras orientações sexuais e identidades de gênero. Por exemplo, nas Nações Unidas utiliza-se a sigla "LGBTQI+", que se refere às pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgênero, *queer*, intersexo e (+), onde o símbolo (+) indica a inclusão de uma gama maior de orientações sexuais e identidades de gênero (pessoas assexuais e pansexuais, entre outras).

### ***Contracepção***

8. O acesso universal à contracepção está contemplado em compromissos mundiais e regionais desde a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994, nos quais se reconhece o direito das pessoas de planejar seu futuro reprodutivo e se entende que o acesso à contracepção evita gestações não planejadas e abortos inseguros.

9. Antes da pandemia de COVID-19, observavam-se avanços nos níveis de uso de métodos contraceptivos por mulheres em idade reprodutiva (taxa de prevalência de métodos contraceptivos modernos) e reduções na taxa global de fecundidade. As necessidades não atendidas de contracepção também estavam diminuindo de forma constante, embora isso fosse mais acentuado entre pessoas casadas que entre pessoas em idade reprodutiva de modo geral (10). O indicador 3.1.2 do plano de ação (3) avalia o número de países que medem a porcentagem de mulheres em idade reprodutiva cuja necessidade de planejamento familiar é atendida com métodos modernos. Apenas 10 de 23 países da América Latina e do Caribe tinham demanda contraceptiva atendida por métodos modernos de longa duração superior a 80%, e havia grandes iniquidades entre os países e dentro deles. As variações no uso de métodos contraceptivos modernos oscilavam entre 26% (Haiti), 36% (Bolívia), 63% (Argentina) e 68% (Brasil). Dentro dos países, constatava-se a existência de diferenças étnicas (pessoas indígenas e afrodescendentes), por faixa etária e por nível socioeconômico (11). Os dados de base populacional sobre o uso de preservativos na população jovem são limitados, coletados por meio de pesquisas como as Pesquisas de Indicadores Múltiplos por Conglomerados (MICS, na sigla em inglês) e as Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS, na sigla em inglês), e, na maioria dos casos, incluem apenas mulheres. Os dados disponíveis coletados entre 2012 e 2019 em quatro países da América Latina e do Caribe indicaram que a porcentagem de uso de preservativos na relação sexual mais recente antes do casamento entre jovens de 15 a 24 anos variou entre 51% e 63% entre as mulheres e 64% e 88% entre os homens. Similarmente, a porcentagem de jovens nessa faixa etária que relataram uso de preservativo na relação sexual mais recente com um parceiro casual em nove países da América Latina e do Caribe variou de 41% a 79% entre as mulheres e de 68% a 88% entre os homens (12).

10. Um estudo de 2019 revelou que o uso de contraceptivos reversíveis de longa duração era baixo na América Latina e no Caribe: em 17 de 23 países, o uso de dispositivo intrauterino (DIU) e implantes subdérmicos era inferior a 10%, e o uso de contraceptivos reversíveis de longa duração era ainda menor entre as jovens de 15 a 17 anos, as mulheres indígenas e afrodescendentes, as mulheres nos menores quintis de riqueza, as que viviam em áreas rurais e as não escolarizadas (11). Em uma análise de 2022 de inquéritos nacionais em 10 países da América Latina e do Caribe, a diferença absoluta entre pessoas afrodescendentes e não afrodescendentes na demanda contraceptiva atendida com métodos modernos variava de 0,7% no Equador a 20,1% no Suriname (13).

11. A pandemia de COVID-19 afetou profundamente o acesso aos contraceptivos. Estima-se que entre 12,9 e 20,1 milhões de mulheres na América Latina e no Caribe tenham sido forçadas a interromper o uso de contraceptivos durante a pandemia (14) devido a

irregularidades no fornecimento público e à dificuldade da população de arcar com o custo dos métodos contraceptivos (8, 14).

12. Os países e territórios da Região estão implementando políticas nacionais de SSR que incluem o fornecimento de métodos contraceptivos modernos a mulheres em idade reprodutiva com seguro social e/ou privado. Trata-se de cestas básicas com uma grande variedade de métodos e — com algumas disparidades por país — diferentes profissionais estão habilitados a fornecê-las (com exceção dos métodos de longa duração e os não reversíveis) (15, 16). Em 2022, a meta do indicador 3.1.8 do plano de ação, relativa ao número de países e territórios que contam com políticas para promover o acesso informado, voluntário e não coercivo pelas mulheres ao método de planejamento familiar de sua escolha, havia sido alcançada (17).

13. Apesar dessas ações programáticas, a cobertura dos programas públicos de acesso à contracepção é muito baixa. Quando se considera a cobertura efetiva (níveis de cobertura corrigidos pela taxa de eficácia clínica de cada método e pela adesão anual observada), os níveis de proteção são ainda menores, entre 2% e 41% (18). Cerca de metade das usuárias de métodos contraceptivos modernos compra-os em farmácias e paga do próprio bolso, com variações importantes por país; a proporção de usuárias que recebem contraceptivos gratuitamente (por meio de programas públicos ou seguros de saúde) varia de 32,2% na Argentina a 68,6% no México (16).

14. Existem várias barreiras de acesso à contracepção, entre as quais se destacam: *a)* marcos normativos e legais restritivos (sobretudo os associados à falta de autonomia de meninas e adolescentes); *b)* falta de cobertura financeira dos métodos e/ou serviços associados ao seu uso; *c)* complexidade dos procedimentos administrativos para o fornecimento e a linguagem pouco compreensível das instruções médicas; *d)* interrupção da disponibilidade de insumos; *e)* falta de pessoal nos serviços de saúde e baixa sustentabilidade das dotações públicas para aquisição e distribuição de métodos modernos; *f)* falta de confidencialidade e privacidade; *g)* barreiras de mobilidade; *h)* valores sociais que dificultam o acesso à educação sexual; e *i)* atitudes pouco cordiais das equipes de saúde. Somam-se a isso a debilidade dos marcos legais e regulatórios para garantir a avaliação dos programas (incluindo a fiscalização pública e a desigualdade das normas de gênero) e a falta de empoderamento das mulheres em situação de vulnerabilidade (19, 20).

15. Não se registraram avanços significativos nos sistemas de informação nacionais no sentido de medir as necessidades de contracepção atendidas por métodos modernos (em 2022, apenas 7 países informaram ter medido esse indicador, quando a meta para esse ano era de 12 países). Como essas informações são obtidas por meio de inquéritos populacionais, as restrições causadas pela pandemia podem explicar o atraso na disponibilidade desses dados. Em 2017, segundo o inquérito inicial de referência da OPAS, nenhum dos países dispunha de dados sobre esse indicador desagregados por idade e outros determinantes sociais (17).

### ***Gravidez na adolescência***

16. A gravidez na adolescência é resultado da violação do direito à educação, à educação sexual, ao acesso a informações sobre SSR, ao acesso a métodos contraceptivos eficazes, a uma vida livre de todo tipo de violência e à tomada de decisões livres e esclarecidas sobre a vida sexual e a reprodução. A maternidade precoce afeta negativamente a trajetória de vida das mulheres, pois está associada a evasão escolar e dificuldades de inserção no mercado de trabalho e acesso a trabalhos de qualidade, o que acarreta um menor nível de renda ao longo da vida. Isso, por sua vez, afeta a produtividade consolidada dos países. A gravidez na adolescência também causa problemas de saúde: maior risco de morbimortalidade materna, complicações e mortalidade perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, pior situação de nutrição infantil e impacto sobre a saúde mental das mães adolescentes. Assim, contribui para a persistência de ciclos intergeracionais de pobreza e saúde debilitada (17).

17. Os determinantes da gravidez na adolescência são múltiplos e agem de forma sistêmica, portanto devem ser abordados de forma integral e intersetorial. Entre eles estão: *a)* aceitação legal ou social do casamento infantil; *b)* iniciação sexual precoce; *c)* abuso sexual infantil, violência de gênero e outras formas de violência; *d)* situação de rua; *e)* ausência de políticas de educação integral em sexualidade (EIS); *f)* normas legais ou administrativas que restringem o acesso a métodos contraceptivos e ao aborto; *g)* obstáculos geográficos, financeiros ou comportamentais para o acesso aos serviços de SSR; e *h)* normas, papéis e relações desiguais de gênero.

18. Alguns grupos populacionais, como meninas e adolescentes dos segmentos mais pobres, menos escolarizados, rurais, indígenas e afrodescendentes, têm taxas de fecundidade três a cinco vezes maiores que as médias nacionais, além de consequências mais adversas para a saúde em relação a outros fatores de risco: abuso sexual, intimidação escolar (*bullying*) e outras formas de violência, situação de rua e uso de drogas (21).

19. O indicador *a* do objetivo 6 do plano de ação (3) mede a taxa específica de fecundidade em adolescentes de 15 a 19 anos na América Latina e no Caribe, que caiu de 66,5% (2010–2015) para 60,7% (2015–2020), uma diminuição de 7,47% em uma década, com variações importantes entre sub-regiões e países, bem como dentro dos países. Embora nem todas as gestações na adolescência sejam não planejadas, são um fenômeno importante e um marcador da desigualdade de gênero e da violação de direitos. Estima-se que, a cada ano, as adolescentes de 15 a 19 anos em países de baixa e média renda tenham 21 milhões de gestações, quase metade delas (10 milhões) não planejadas. Mais de um quarto dos 21 milhões, cerca de 5,7 milhões, terminam em aborto, a maioria em condições inseguras (21, 22). Sem dúvida, o grande número de gestações na adolescência mostra que a fecundidade nessa fase da vida não se deve a preferências reprodutivas, mas a fatores de risco associados a situações de vulnerabilidade e a barreiras de acesso a serviços de SSR e, em especial, à contracepção (23, 24).

20. Há consenso acerca das ações necessárias para reduzir a gravidez não planejada na adolescência: *a)* coletar, analisar e utilizar dados de saúde precisos e atualizados sobre o uso de contraceptivos e seus determinantes e sobre o desempenho dos programas e a sexualidade e fertilidade das adolescentes para embasar leis e políticas; *b)* formular ou revisar leis e políticas para reduzir barreiras de acesso a serviços integrais de SSR e a EIS com mecanismos de avaliação; *c)* implementar estratégias intersetoriais e comunitárias com a participação de adolescentes; *d)* desenvolver estratégias nacionais de SSR para adolescentes que incluam intervenções baseadas em evidências e adaptadas ao contexto, com orçamento suficiente e indicadores desagregados por idade e nível socioeconômico para verificar avanços; *e)* monitorar estratégias com a contribuição das partes interessadas (funcionários, organizações não governamentais, órgãos do sistema das Nações Unidas, organizações e redes de jovens, doadores, pais e mães, professores e membros da comunidade); *e f)* fazer avaliações periódicas dos programas e do cumprimento dos marcos legais e regulatórios (25, 26).

21. Embora as políticas e os programas de prevenção da gravidez na adolescência tenham adquirido maior importância nas agendas nacionais de saúde e desenvolvimento na última década (27), ainda há desafios para institucionalizar e ampliar a escala das iniciativas. Implementaram-se intervenções centradas na escola, na família e na população adolescente, porém essas intervenções não tiveram a continuidade necessária ou não foram ampliadas. Em alguns casos, não houve implementação sistemática de políticas e programas de EIS ou de acesso a métodos contraceptivos reversíveis de longa duração. A EIS empodera as pessoas para tomar decisões livres e esclarecidas sobre seu corpo, sua vida e seu futuro; reduz as infecções sexualmente transmissíveis, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e as gestações não planejadas; e melhora os indicadores de SSR (28, 29).

### ***Aborto inseguro***

22. Em razão da alta prevalência, o aborto inseguro é um problema de saúde pública. As evidências mostram que as políticas restritivas não só não reduzem o número de abortos, mas também impedem que sejam realizados com segurança. Um estudo mundial descreve que 87,4% dos abortos em 57 países onde o aborto por demanda é permitido foram abortos seguros, em comparação com 25,2% dos abortos em 62 países onde o aborto é totalmente proibido ou permitido somente em casos de risco à vida ou à saúde física. Existem ainda barreiras de acesso geográficas, econômicas, administrativas e comportamentais (30, 31).

23. Na Região há uma grande diversidade de modelos regulatórios, desde os que permitem o aborto por demanda no contexto em modelos mistos que reconhecem critérios em diferentes fases da gestação, até modelos com regulações extremamente restritivas que criminalizam o aborto em todos os casos. A maioria dos países da América Latina e do Caribe só permite o aborto em condições específicas: perigo de vida, risco à saúde, inviabilidade fetal, estupro, incesto e saúde mental. Honduras, Nicarágua, República Dominicana e Suriname são os únicos países onde o aborto é totalmente proibido. Argentina, Colômbia e Uruguai permitem o aborto por solicitação de qualquer pessoa até 14, 24 e 12 semanas de gestação, respectivamente. Cuba é o único país que descriminalizou

totalmente essa prática. Seis estados do México permitem aborto por demanda em várias fases da gestação, embora, de maneira geral, o país mantenha um modelo restritivo com base em motivos. Nos Estados Unidos, a legislação relativa ao aborto varia entre estados, e o Canadá não tem restrições legais ao aborto (32).

24. O direito de acesso a serviços integrais de saúde reprodutiva — inclusive o aborto — está consagrado nas normas internacionais de direitos humanos. O Comentário Geral nº 36 do Comitê de Direitos Humanos, sobre o direito à vida, afirma que a proteção do direito à vida das mulheres e de outras pessoas capazes de gestar implica a proteção do direito de acesso ao aborto seguro (33). Por sua vez, a atenção integral ao aborto seguro é uma das intervenções incluídas nas orientações para a manutenção dos serviços de saúde essenciais publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020 (34).

25. Nos últimos anos, seguindo a tendência mundial, houve uma redução de 28% na taxa de gestações não planejadas e um aumento de 26% dessas gestações que terminaram em aborto na América Latina e no Caribe, com uma variação de 9% a 45%, conforme o país (35). No período de 2010 a 2014, realizaram-se cerca de 6,5 milhões de abortos por ano na América Latina e no Caribe, em comparação com 4,4 milhões no período de 1990 a 1994. Desses 6,5 milhões, 4.897.000 foram abortos inseguros (387.000 no Caribe, 1.070.000 na América Central e 3.440.000 na América do Sul) (36). Em 2015, estimou-se que as complicações associadas ao aborto inseguro foram responsáveis por 9,9% do total de mortes maternas na América Latina e no Caribe. Por outro lado, alguns países observaram um aumento sistemático das causas indiretas de mortalidade materna atribuíveis a baixa cobertura e qualidade da atenção pré-natal e falta de acesso a serviços de contracepção e ao aborto seguro (37).

26. A Região apresenta desigualdades no acesso ao aborto seguro. Meninas vítimas de violência sexual, adolescentes, mulheres em situação de pobreza, pessoas com deficiência, mulheres que moram em áreas distantes das grandes cidades e mulheres migrantes têm maior dificuldade de acesso a serviços de aborto de qualidade e em tempo hábil nos lugares onde o aborto não é legalmente proibido. As desigualdades resultam de várias barreiras de acesso: *a)* pessoais e interpessoais: falta de informação sobre o direito ao aborto e como ter acesso aos serviços, reconhecimento tardio da gravidez, falta de apoio do entorno ou do parceiro; *b)* logísticas: distância, mobilidade, dificuldades para deixar as tarefas de casa e/ou do trabalho; *c)* sociais: estigma e pressão social; e *d)* relacionadas ao sistema de saúde: disponibilidade de serviços, mecanismos de encaminhamento, opções clínicas limitadas, qualidade do tratamento, uso abusivo da objeção de consciência. Observam-se também barreiras relacionadas às normas legais e sanitárias, como o tempo de espera, os custos do procedimento e do deslocamento e a falta de cobertura de saúde. Nos últimos 15 anos, a mortalidade e a morbidade materna por aborto e os abortos inseguros diminuíram nos países que limitaram as restrições na legislação e implementaram políticas de acesso, e a maioria dos abortos foi realizada nas primeiras 12 semanas de gestação (30–32).

27. A experiência na América Latina e no Caribe mostra a necessidade de implementar políticas com respaldo legal para: *a)* melhorar o acesso universal e gratuito à contracepção, a fim de evitar gestações não planejadas; *b)* oferecer serviços pós-aborto de qualidade para

reduzir doenças e mortes associadas ao aborto inseguro e garantir a contracepção pós-aborto; *c*) melhorar as políticas de acesso ao aborto seguro, com opções clínicas e autogeridas (inclusive medicamentos para aborto medicamentoso); *d*) ampliar as bases do aborto legal a fim de reduzir os abortos inseguros; e *e*) adequar os protocolos de atenção às recomendações da OMS sobre o assunto (35–39).

### ***Violência de gênero***

28. As estimativas mais recentes da OMS, correspondentes a 2021, indicam que 34% das mulheres e meninas na Região das Américas com 15 a 49 anos de idade sofreram violência física e/ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual por outra pessoa em algum momento da vida (40). Os dados indicam que a violência por parceiro íntimo é a forma mais comum de violência contra mulheres — uma em cada quatro mulheres da Região sofreu violência física e/ou sexual por seu parceiro íntimo pelo menos uma vez na vida, o que equivale a cerca de 53 milhões de mulheres (41). Muitas vezes, a violência começa cedo (aos 25 anos de idade, 21% das mulheres já sofreram violência por parceiro íntimo) e não cessa ao longo da vida (28% das mulheres com mais de 65 anos sofrem violência por parceiro íntimo). A violência tem graves consequências para a saúde física, mental, sexual e reprodutiva. A violência obstétrica também precisa ser abordada, pois é uma violação de direitos e tem implicações para a saúde física e mental das pessoas.

29. Os dados mostram que a violência contra mulheres e meninas pode ser prevenida e suas consequências, atenuadas. O setor da saúde desempenha um papel fundamental nessa área, pois é capaz de auxiliar na detecção precoce do abuso e de oferecer às sobreviventes uma atenção de qualidade, colaborando com outros setores governamentais e parceiros para avançar na aplicação de medidas multissetoriais. A pandemia de COVID-19 exacerbou as barreiras de acesso e as lacunas nos serviços, prejudicando a agilidade e a qualidade da atenção posterior à violência sexual.

30. Os países da Região mostram progressos na geração de informações sobre a violência contra mulheres e meninas; na inclusão da prevenção, atenção e reparação da violência contra mulheres nas políticas e planos de saúde; na elaboração de protocolos e diretrizes para guiar a resposta dos sistemas de saúde; e na capacitação de profissionais de saúde e no fortalecimento da prestação de serviços integrais de atenção pós-estupro. Um relatório recente da OPAS sobre o assunto mostra que 83% dos Estados Membros incluíram esse tema em seus planos ou políticas de saúde, 80% dos países têm uma política multissetorial de prevenção da violência contra mulheres ou uma política nacional de gênero que contempla amplamente a violência contra mulheres e 60% dos países da Região contam com pelo menos um protocolo do setor da saúde para a prevenção da violência contra mulheres (42). Embora o grande número de políticas seja uma conquista importante para a Região, são necessários mais esforços para melhorar a qualidade dos documentos relacionados às políticas, sua consonância com as evidências e sua implementação. Quanto mais detalhada a orientação, mais fácil será para o pessoal de saúde compreender exatamente o que se requer deles.



### ***Câncer do colo do útero***

31. Na última década, a incidência e a mortalidade por câncer do colo do útero diminuíram na Região, mas na maioria dos países e territórios as taxas continuam acima do limite de eliminação almejado pela estratégia mundial (4 por 100 mil). Esse é o terceiro diagnóstico mais comum de câncer, com grandes variações entre países, e continua sendo o mais frequente nas mulheres em 11 dos 32 países e territórios que têm dados disponíveis (43). Em 2020, a incidência variava de 6,1 por 100 mil mulheres na América do Norte a 13,8 por 100 mil na América Central e 15,4 por 100 mil na América do Sul (44).

32. A América Latina e o Caribe apresentam a segunda maior mortalidade por câncer do colo do útero do mundo, cujas taxas são mais altas no Caribe (8,2 por 100 mil), seguido pela América do Sul (7,8 por 100 mil) e América Central (6,8 por 100 mil) (44). Embora alguns países tenham adotado legislação para o tratamento do câncer, ela não corresponde a uma visão integral de prevenção, detecção precoce, acesso a vacinas e medicamentos, gerenciamento integral das informações e acesso a financiamento para despesas emergenciais.

33. Na última década, 16 países da América Latina e do Caribe atualizaram suas recomendações para introduzir novos exames de rastreamento ou outras abordagens programáticas; no entanto, a citologia ainda é o principal exame de detecção (45). Em relação ao indicador 3.1.7 do plano de ação (3) sobre o número de países e territórios que adicionaram a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) aos seus calendários de vacinação, até 2022, 39 países e territórios já haviam implementado programas de vacinação de meninas contra o HPV, e 12 deles também incluíam meninos (17).

34. O acesso a medicamentos contra o câncer, principalmente os de alto custo, continua a ser um desafio, e a utilização do Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública ainda é limitada. Além disso, embora os registros de câncer de base populacional sejam essenciais para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações nacionais, mais da metade dos países da América Latina e do Caribe tem um registro de baixa qualidade, com cobertura inferior a 10% da população (45).

35. As evidências mostram que o baixo nível de rastreamento e a falta de detecção precoce nos grupos em situação de vulnerabilidade se devem a barreiras: *a)* estruturais (condição socioeconômica e escolaridade); *b)* culturais (crenças e atitudes relacionadas ao câncer do colo do útero, discriminação, serviços não sensíveis e desinformação e preconceito dos prestadores de serviço); e *c)* sistêmicas associadas ao sistema de saúde (falta de acesso à detecção e ao acompanhamento devido a lacunas na tecnologia disponível, baixa capacidade de resposta e de organização dos serviços de saúde).

36. Durante a pandemia de COVID-19, os serviços de rastreamento de câncer foram interrompidos, e 17% dos países da América Latina e do Caribe informaram que 50% ou mais dos serviços haviam sido interrompidos devido a redução na busca de atenção, redirecionamento dos recursos de saúde ou de outros motivos. Entretanto, os efeitos dessas restrições ainda não foram totalmente avaliados (46).

### ***Pessoas com deficiência***

37. As pessoas com deficiência enfrentam consideráveis desigualdades em matéria de saúde. No total, estima-se que quase 12% da população da América Latina e do Caribe tenha pelo menos uma incapacidade, o que pressupõe um total aproximado de 66 milhões de pessoas (47). A SSR das pessoas com deficiência tem um longo histórico de invisibilidade, desconhecimento e discriminação devido à presunção errônea de ausência de sexualidade e falta de autonomia para tomar decisões sobre seu corpo, sua saúde e sua vida sexual e reprodutiva.

38. As pessoas com deficiência enfrentam barreiras adicionais de acesso a serviços, educação e informações sobre SSR e estão mais expostas a situações de violência de gênero e outras formas de violência e abuso. Essas barreiras incluem a inacessibilidade de muitos espaços de saúde, dificuldades de comunicação, falta de formação específica dos profissionais de saúde e limitações financeiras. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência reconhece essas pessoas como sujeitos de direito, o que implica seu pleno reconhecimento como sujeitos sexuados, com diversidade funcional, diferentes formas de viver a sexualidade, uma posição ativa e a capacidade de decidir por si próprios.

39. Segundo o relatório final do *Plano de ação sobre deficiências e reabilitação* (48) da OPAS, a Região avançou no cumprimento dos objetivos analisados. O número de países com legislação e planos nacionais sobre deficiência aumentou, embora muitos desses planos não tenham sido plenamente implementados e as pessoas com deficiência continuam enfrentando importantes obstáculos para obter serviços de saúde em muitos países (49).

### ***População LGBT***

40. Apesar dos dados limitados sobre morbimortalidade e acesso a serviços de saúde da população LGBT, as pesquisas e informações epidemiológicas mostram que essa população tem piores resultados de saúde que a população heterossexual. Além disso, enfrenta obstáculos para obter acesso a uma atenção à saúde centrada no paciente e não consegue usar os serviços de saúde de forma rápida e oportuna ou não os utiliza de forma alguma. Constatou-se que as pessoas LGBT que vivem com HIV e vivenciam altos níveis de estigmatização têm uma probabilidade 2,4 vezes maior de adiar a busca de atenção médica, bem como maiores problemas de saúde mental. Além disso, esses grupos populacionais enfrentam problemas relacionados à SSR, como dificuldades para constituir uma família, falta de rastreamento de câncer, baixa visibilidade na EIS ou maior risco de sofrer violência (inclusive abuso sexual infantil) (50).

41. As barreiras de acesso à atenção à saúde enfrentadas pela população LGBT se devem à estigmatização e à discriminação da sociedade, inclusive nos sistemas de saúde, o que gera uma compreensão inadequada de seus problemas específicos, negação do cuidado, atenção inadequada ou abaixo da média e preconceitos acerca das causas de suas doenças. Os membros dessa população, por sua vez, temem a falta de garantia da confidencialidade e da privacidade. A inexistência de leis e políticas contra a discriminação desse grupo populacional, a falta de serviços sensíveis, a baixa capacitação específica dos profissionais

de saúde, a falta de protocolos e normas de atenção para cada grupo dentro do coletivo LGBT e a baixa capacidade financeira e de recursos de grande parte dessa população também são obstáculos para obter acesso a serviços de saúde (51).

### ***Saúde dos homens***

42. Em uma análise por gênero, observa-se maior mortalidade prematura de homens que de mulheres. Os papéis de gênero masculino e as práticas socialmente impostas afetam a saúde em muitos aspectos, provocando comportamentos de risco (estilos de vida e condutas) que resultam no maior acesso dos homens a serviços de saúde devido a emergências, doenças crônicas descompensadas ou causas externas e na sua baixa utilização dos serviços de controle e prevenção. A falta de autocuidado físico e mental afeta negativamente a trajetória de vida de muitos homens.

43. As discrepâncias entre as necessidades de saúde dos homens e seus comportamentos sociais devem ser levadas em consideração nas políticas por meio de abordagens integrais e integradas, sensíveis e com corresponsabilidade de gênero. O sistema de saúde aborda de maneira fragmentada as consequências da socialização masculina hegemônica. Especificamente, no âmbito da SSR, dada a prevalência de uma cultura de gênero que concebe a reprodução como um fenômeno exclusivamente feminino, os homens não são chamados a assumir corresponsabilidade integral na atenção pré-natal, no parto, no aleitamento, nos cuidados com as crianças e nas atividades domésticas. Embora algumas soluções para esses problemas estejam surgindo na sociedade civil e na comunidade acadêmica, não há respostas programáticas organizadas que sejam suficientes, integrais e conectadas a outros setores da política pública.

### **Ações necessárias para melhorar a situação**

44. Para ampliar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, reduzir as iniquidades, garantir os direitos humanos e contribuir para a cobertura universal, apresentam-se as seguintes ações para consideração dos Estados Membros:

- a) Promover e implementar marcos normativos, políticas e regulações integrais que garantam o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos e o acesso universal aos serviços de SSR, sem discriminação de nenhum tipo, para reduzir as iniquidades, melhorar as oportunidades de desenvolvimento das pessoas e das famílias e avançar no cumprimento efetivo dos compromissos assumidos nessa área.
- b) Expandir o acesso aos serviços de SSR com uma abordagem de atenção primária à saúde mediante:
  - i. Capacidade e eficácia da atenção básica em redes integradas de saúde, assegurando serviços integrais de SSR e usando uma abordagem inclusiva da saúde, sexualidade e reprodução.
  - ii. Participação comunitária e colaboração intersetorial para alcançar grupos em situação de vulnerabilidade.

- iii. Formação das equipes de saúde sob a perspectiva de equidade, gênero e direitos para garantir atenção integral em SSR.
  - iv. Recuperação dos serviços essenciais de SSR afetados durante a pandemia de COVID-19.
  - v. Modelo de atenção com compartilhamento de tarefas para ampliar a disponibilidade e a acessibilidade dos serviços e a aplicação de inovações relacionadas à saúde digital.
- c) Aumentar o investimento em políticas e programas de SSR, o que traz importantes benefícios econômicos para os governos, as sociedades e as pessoas. Garantir um financiamento adequado e sustentável para a implementação de intervenções custo-efetivas baseadas em evidências, a organização e prestação de serviços integrais de SSR e o acesso a medicamentos universais e gratuitos para a SSR.
  - d) Fortalecer a articulação, o trabalho intersetorial e os protocolos de atenção entre as áreas de saúde, educação, proteção social, segurança e justiça para implementar políticas e programas integrais que permitam intervir nos determinantes da SSR e responder às violações dos direitos sexuais e reprodutivos, com especial ênfase na EIS.
  - e) Fortalecer os sistemas de pesquisa e informação para a coleta e análise de indicadores de SSR desagregados por idade, gênero (incluindo a diversidade LGBT), pertencimento étnico-racial e local de residência, a fim de estabelecer lacunas de igualdade e embasar o acompanhamento e a avaliação das políticas e programas de SSR e as evidências locais necessárias para contextualizar as ações, no âmbito de um marco jurídico que favoreça a integração de dados e sua proteção legal.
  - f) Aumentar o compromisso político para melhorar a cobertura e eficácia das políticas e programas de SSR, estabelecendo metas de curto e médio prazo, mecanismos de prestação de contas e espaços para a participação dos grupos afetados.

### **Intervenção do Conselho Diretor**

45. Solicita-se que o Conselho Diretor tome nota deste relatório e apresente os comentários que considerar pertinentes.

### **Referências**

1. Organização Mundial da Saúde. Developing sexual health programmes: a framework for action. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70501>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Documento CD53/5, Rev.2]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014. Washington, D.C.: OPAS; 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28276/CD53-5-p.pdf>.

3. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018-2030 [Documento CD56/8, Rev. 1]. 56º Conselho Diretor da OPAS, 70ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 23 a 27 de setembro de 2018. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49609>.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans [Documento CD52/18]. 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª sessão do Comitê Regional da OMS; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013. Washington, D.C.: OPAS; 2013. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/4411/CD52\\_18por.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/4411/CD52_18por.pdf).
5. Organização Mundial da Saúde. Global Health Observatory. UHC service coverage index (indicador 4834). Genebra: OMS; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-sci-components-reproductive-maternal-newborn-and-child-health>.
6. Nações Unidas. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2020. Nova York: Nações Unidas; 2020. Disponível em: [https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020\\_Spanish.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_Spanish.pdf).
7. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, del Riego A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2023;46:e94. Documento em espanhol e resumo em português disponíveis em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>.
8. Organização Mundial da Saúde. Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November 2022–January 2023: interim report, 1 May 2023. Genebra: OMS; 2023. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/367352>.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Roteiro para a transformação digital do setor da saúde na Região das Américas [Documento CD59/6]. 59º Conselho Diretor da OPAS, 73ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 20 a 24 de setembro de 2021. Washington, D.C.: OPAS; 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd596-roteiro-para-transformacao-digital-do-setor-da-saude-na-regiao-das-americas>.
10. Fundo de População das Nações Unidas. Visibilizar lo invisible: la necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no intencionales. Nova York: UNFPA; 2020. Disponível em: <https://argentina.unfpa.org/es/publications/visibilizar-lo-invisible-la-necesidad-de-actuar-para-poner-fin-la-crisis-desatendida--2>.

11. Gómez Ponce de Leon R, Ewerling F, Serruya SJ, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *Lancet Glob Health*. 2019;7(2):e227-235. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30481-9](http://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30481-9).
12. Organização Pan-Americana da Saúde. La salud de los adolescentes y jóvenes en la Región de las Américas: la aplicación de la estrategia y el plan de acción regionales sobre la salud de los adolescentes y jóvenes (2010-2018). Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49545?locale-attribute=es>.
13. Costa JC, Mujica OJ, Gatica-Domínguez G, Del Pino S, Carvajal-Vélez L, Sanhueza A, et al. Inequalities in the health, nutrition, and wellbeing of Afrodescendant women and children in ten Latin American and Caribbean countries. *Lancet Reg Health*. 2022;15:e1-17. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4038402>.
14. Fundo de População das Nações Unidas. El Impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe. Informe técnico. Nova York: UNFPA; 2020. Disponível em: <https://lac.unfpa.org/es/publications/el-impacto-de-covid-19-en-el-acceso-los-anticonceptivos-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>.
15. Reproductive Health Supplies Coalition, Fórum da América Latina e do Caribe para Assegurar Insumos de Saúde Reprodutiva. Hojas informativas sobre indicadores de seguridad anticonceptiva. Bruxelas: RHSC, ForoLAC: 2021 [consultado em 23 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.rhsupplies.org/activities-resources/groups/forolac/hojas-informativas-sobre-indicadores-de-seguridad-anticonceptiva/>.
16. Garraza LG, Tobar F, Rodríguez Bernate I. Out-of-pocket spending for contraceptives in Latin America. *Sex Reprod Health Matters*. 2020;28(2):e332-341. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1833429>.
17. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a saúde da mulher, da criança e do adolescente 2018-2030: relatório de progresso [Documento CSP30/INF/12(B)]. 30ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 74ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2022. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: [https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-inf-12-b-p-pda-mulher-crianca-adolescente-saude\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-inf-12-b-p-pda-mulher-crianca-adolescente-saude_0.pdf).
18. Fundo de População das Nações Unidas. Evaluación regional sobre la contribución de UNFPA en materia de planificación familiar y aseguramiento de insumos. Nova York: UNFPA; 2021. Disponível em: [https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/espanol\\_estudiodecasosyevaluacioncompleto\\_0.pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/espanol_estudiodecasosyevaluacioncompleto_0.pdf).

19. Tobar F. The Middle Income Trap: A growth crisis for the Reproductive Health Supply Security financing in Latin American and Caribbean. UNFPA LACRO; 2014. Disponível em:  
<https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Reproductive%20Health%20Supply%20financing%20in%20LAC%20countries20013.pdf>.
20. Organização Mundial da Saúde. Anticoncepción. Genebra: OMS; [sem data] [consultado em 13 de junho de 2023]. Disponível em:  
[https://www.who.int/es/health-topics/contraception#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/contraception#tab=tab_1).
21. Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo de População das Nações Unidas. Reseña técnica: el embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Nova York: OPAS, UNFPA; 2020. Disponível em:  
[https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final\\_dec\\_10\\_spanish\\_policy\\_brief\\_design\\_ch\\_adolescent.pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final_dec_10_spanish_policy_brief_design_ch_adolescent.pdf).
22. Darroch JE, Woog V, Bankola A, Ashford LS. Adding it up: costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. Nova York: Instituto Guttmacher; 2016. Disponível em:  
[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf).
23. Woog V, Kågesten A. The sexual and reproductive health needs of very young adolescents aged 10–14 in developing countries: what does the evidence show? Nova York: Instituto Guttmacher; 2017. Disponível em:  
[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/srh-needs-very-young-adolescents-report\\_0.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/srh-needs-very-young-adolescents-report_0.pdf).
24. Rodríguez Vignoli J. Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Santiago: CEPAL, UNFPA; 2017. (Serie Población y Desarrollo; No. 119). Disponível em:  
<https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1230/fecundidad%20no%20deseada.pdf>.
25. Organização Mundial da Saúde. Family planning evidence brief: reducing early and unintended pregnancies among adolescents. Genebra: OMS; 2017. Disponível em:  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255862>.
26. Population Reference Bureau. Youth contraceptive use: effective interventions. A reference guide. Washington, D.C.: PRB; 2017. Disponível em:  
<https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/12/PRB20Youth20Policies20Reference20Guide.pdf>.

27. Fundo das Nações Unidas para a Infância, Escritório Regional para a América Latina e o Caribe. Health equity report 2016: analysis of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policymaking. Cidade do Panamá: UNICEF; 2016. Disponível em: <https://www.unicef.org/lac/media/386/file/Publication.pdf>.
28. Fundo de População das Nações Unidas, Escritório Regional da América Latina e do Caribe. Estado del arte de la educación integral de la sexualidad en América Latina 2021. UNFPA LACRO; 2021. Disponível em: [https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estado\\_del\\_arte\\_de\\_la\\_esis\\_final\\_para\\_difundir.pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estado_del_arte_de_la_esis_final_para_difundir.pdf).
29. Caffé S, Plesons N, Camacho AV, Brumana L, Abdool SN, Huaynoca S et al. Looking back and moving forward: can we accelerate progress on adolescent pregnancy in the Americas? *Reprod Health*. 2017 Jul 14;14(1):83. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0345-y>.
30. Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372-2381. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).
31. Organização Mundial da Saúde. Global Abortion Policies Database. Genebra: OMS; 2017. Disponível em: <https://abortion-policies.srhr.org/>.
32. Center for Reproductive Rights. Mapping Abortion Rights Worldwide. Washington, D.C.: CRR; 2019. Disponível em: <https://reproductiverights.org/mapping-abortion-rights-worldwide/>.
33. Comitê de Direitos Humanos. Observación general núm. 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida [Documento CCPR/C/GC/R.36/Rev.7]. Genebra: OHCHR; 2017. Disponível em: [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf).
34. Organização Mundial da Saúde. Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 1 de junio de 2020. Genebra: OMS; 2020. Disponível em: [https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential\\_health\\_services-2020.2](https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2).
35. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152-1161. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6).



36. Instituto Guttmacher. Aborto en América Latina y el Caribe. Nova York: Instituto Guttmacher; 2018. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>.
37. Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas, Grupo Banco Mundial, Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf).
38. Ramos S, Ábalos E, Gerdts C, Keefe-Oates B, Krause M, Ramón Michel A, et al. Reporte temático 2022. Calidad: el desafío a dos años de la ley de aborto. Cidade Autônoma de Buenos Aires: CEDES, Ibis Reproductive Health; 2022. Disponível em: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4705>.
39. Organização Mundial da Saúde. Directrices sobre la atención para el aborto. Genebra: OMS; 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362897>.
40. Organização Mundial da Saúde. Violencia contra las mujeres: estimaciones para 2018. Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres. Genebra: OMS; 2021. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>.
41. Organização Pan-Americana da Saúde. Nota descriptiva sobre la Región de las Américas de la OMS: prevalencia estimada de la violencia contra las mujeres, 2018. Washington, D.C.: OPAS; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55197>.
42. Organização Pan-Americana da Saúde. Abordar la violencia contra las mujeres en las políticas y los protocolos de salud de la Región de las Américas. Un informe de la situación regional. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275326381>.
43. Organização Pan-Americana da Saúde. Plan de acción sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino 2018–2030. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38574>.
44. Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer. Cancer Today: Data Visualization Tools for Exploring the Global Cancer Burden in 2020. Lyon: Centro Internacional de Investigações sobre o Câncer; 2020 [consultado em 2 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today>.

45. Pilleron S, Cabasag CJ, Ferlay J, Bray F, Luciani S, Almonte M, et al. Cervical cancer burden in Latin America and the Caribbean: where are we? *Int J Cancer*. 2020;147(6):1638-1648. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijc.32956>.
46. Villain P, Carvalho AL, Lucas E, Mosquera I, Zhang L, Muwonge R, et al. Cross-sectional survey of the impact of the COVID-19 pandemic on cancer screening programs in selected low- and middle-income countries: study from the IARC COVID-19 impact study group. *Int J Cancer*. 2021;149(1):97-107. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijc.33500>.
47. Organização Pan-Americana da Saúde. Discapacidad. Washington, D.C.: OPAS; [sem data] [consultado em 13 de junho de 2023]. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>.
48. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação sobre deficiências e reabilitação: relatório final [Documento CD58/INF/7]. 58º Conselho Diretor, 72ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 e 29 de setembro de 2020. Sessão virtual: OPAS; 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd58inf7-plano-acao-sobre-deficiencias-e-reabilitacao-relatorio-final>.
49. Kuper H, Heydt P. The missing billion: access to health services for 1 billion people with disabilities. Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2019. Disponível em: <https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/international-centre-evidence-disability/missing-billion>.
50. Jaffray B. Experiences of violent victimization and unwanted sexual behaviours among gay, lesbian, bisexual and other sexual minority people, and the transgender population, in Canada, 2018. Ottawa: StatCan; 2020. Disponível em: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2020001/article/00009-eng.htm>.
51. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório do Diretor sobre o combate contra as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans [Documento CD56/INF/11, Corr.]. 56º Conselho Diretor, 70ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 23 a 27 de setembro de 2018. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49649/CD56-INF-11-p.pdf>.

- - -