

# Gênero e COVID-19

## Orientações para Advocacy

14 de maio de 2020

**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
EQUIPO REGIONAL PARA LAS AMÉRICAS

### Introdução

Pandemias e surtos afetam mulheres e homens de forma diferente. Do risco de exposição e suscetibilidade biológica à infecção às implicações sociais e econômicas, as vivências dos indivíduos provavelmente variam de acordo com suas características biológicas e de gênero, além de sua interação com outros determinantes sociais. Por isso, os planos estratégicos nacionais e globais para a preparação e resposta à doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) devem ser baseados em uma análise de gênero consistente e devem garantir uma participação significativa dos grupos atingidos, incluindo mulheres e meninas, na tomada de decisão e sua implementação<sup>1</sup>.

A OMS solicita a seus Estados Membros e todos os atores globais que orientem seus investimentos em pesquisa de qualidade e sensível a gênero para investigar os impactos econômicos, sociais e de saúde adversos e resultantes da COVID-19. Os países são aconselhados a incorporar um foco em gênero em suas respostas à COVID-19, a fim de garantir que as políticas de saúde pública e as medidas para controlar a epidemia levem em consideração a perspectiva de gênero e sua interação com outras dimensões da desigualdade. Em particular:

### Há poucos dados desagregados por idade e sexo, impedindo, portanto, a análise das implicações de gênero da COVID-19 e a elaboração de respostas apropriadas

Com base na notificação de casos segundo o Regulamento Sanitário Internacional (2005)<sup>2</sup> de 6 de maio de 2020, somente 40% (ou 1.434.793) dos 3.588.774 de casos confirmados de COVID-19 notificados globalmente à OMS tinham dados desagregados por idade e sexo.<sup>3</sup> Uma análise preliminar dos dados mostra uma distribuição relativamente uniforme de infecções entre mulheres e homens (47% x 51%, respectivamente), com algumas variações nas faixas etárias. A partir de informações de 77.000 óbitos no banco de dados de notificação baseada em casos (quase 30% de todos os óbitos conhecidos), parece haver um número maior de óbitos (45.000 ou 58%) entre os homens. É provável que haja variações geográficas nas taxas de infecção e óbitos entre mulheres e homens de diferentes faixas etárias; contudo, os dados disponíveis vêm de um número relativamente pequeno de países e, portanto, são distorcidos. Consequentemente, qualquer interpretação de diferenças de gênero em diferentes faixas etárias e países deve ser feita com muita cautela. Essas limitações ressaltam a necessidade urgente de notificação de dados melhor e mais completa por sexo e idade, como critério mínimo, a fim de melhor identificar e entender as principais diferenças e disparidades para a elaboração de uma resposta mais efeti-

va à COVID-19. Evidências de epidemias do passado, como o surto do coronavírus que causa a SARS, em 2002-2003<sup>4</sup>, mostram que homens e mulheres podem ter suscetibilidades diferentes ao vírus, e vulnerabilidades diversas à infecção, em função de fatores relacionados a sexo e a gênero.

Os dados (sobre indivíduos testados, gravidade da doença, taxas de internação, alta hospitalar [recuperação] e situação de profissionais da saúde) desagregados, no mínimo, por sexo e idade – bem como por outros fatores de estratificação, como situação socioeconômica, raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero, status de refugiado(a), etc., onde factível – poderiam ajudar a identificar e abordar as iniquidades em saúde com relação à COVID-19.

**QUESTÃO-CHAVE 1.** Os Estados Membros e seus parceiros são incentivados a coletar, notificar e analisar dados sobre casos confirmados e óbitos pela COVID-19, desagregados, no mínimo, por sexo e idade, de acordo com a orientação de vigilância nacional e global da OMS – *vide site da OMS Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: surveillance and case definitions* [Orientação técnica para doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19): vigilância e definições de caso].<sup>5</sup> Os Estados Membros também são incentivados a realizar uma análise de gênero dos dados e a investir em pesquisa de qualidade e sensível a gênero, para investigar as diferenças nos possíveis impactos econômicos, sociais e na saúde de mulheres e homens, que sejam prejudiciais e resultantes da COVID-19. Os achados dessa análise devem ser usados para ajustar as políticas de resposta.

### Aumento da violência contra mulheres e crianças durante o lockdown (confinamento)

Com a implantação de medidas de isolamento social, há relatos de diversos países sobre aumento na incidência de violência doméstica ou por parceiro íntimo.<sup>6</sup> Mulheres em relacionamentos abusivos e seus filhos e filhas enfrentam maior probabilidade de exposição à violência à medida que as pessoas ficam em casa. Com o aumento da carga de cuidado das mulheres, com a renda afetada, acesso reduzido a necessidades básicas, ruptura das redes sociais e de proteção, e a diminuição dos serviços voltados para as mulheres sobreviventes da violência, há um aumento no estresse nos domicílios. Isto leva a potencial aumento no risco de violência<sup>7</sup>, à medida que as sobreviventes estão perdendo as poucas fontes de ajuda que tinham. O setor saúde tem um papel fundamental em diminuir o impacto da violência contra as mulheres e seus filhos como parte da resposta contra a COVID-19, incluindo a garantia de acesso a serviços essenciais para as sobreviventes da violência.

**QUESTÃO-CHAVE 2.** Os Estados Membros e seus parceiros são incentivados a incluir respostas à violência contra as mulheres, em especial à violência por parceiro íntimo, como um serviço essencial na resposta à COVID-19. Isso inclui prover os recursos adequados para esses serviços e identificar formas de torná-los acessíveis no contexto das medidas de *lockdown* – vide resumo da OMS sobre a COVID-19 e violência contra as mulheres.<sup>6</sup>

## O acesso à saúde sexual e reprodutiva e os direitos para mulheres e meninas podem estar reduzidos durante a pandemia

Com o sistema de saúde sobrecarregado, os governos e as instituições acabam fazendo escolhas sobre a priorização da prestação de alguns serviços de saúde e redução de outros. A experiência e as evidências de surtos anteriores (por ex., a epidemia do Ebola na República Democrática do Congo, Guiné e Serra Leoa e a epidemia do Zika) e outras emergências humanitárias indicam que os serviços de saúde sexual e reprodutiva – incluindo cuidado pré-natal, contraceptivos, serviços contra violência sexual e aborto seguro – provavelmente estão reduzidos.<sup>8,9,10</sup> Isto pode levar a um aumento no risco de mortalidade materna, gravidez não planejada, e outros desfechos de saúde reprodutiva e sexual prejudiciais para mulheres e meninas.

**QUESTÃO-CHAVE 3.** Os Estados Membros e seus parceiros são incentivados a manter a disponibilidade de serviços de saúde reprodutiva e sexual, com acesso equitativo a eles, além de incluí-los no pacote essencial de serviços de saúde para a resposta à COVID-19.<sup>11</sup>

## Os trabalhadores da saúde e assistentes sociais enfrentam maior risco e vulnerabilidade

As mulheres constituem 70% da força de trabalho em saúde em todo o mundo e estão muito presentes nas linhas de frente.<sup>12,13</sup> Consequentemente, correm um alto risco de exposição frequente a pacientes com alta carga viral pela infecção da COVID-19. Dados recentes mostram que do total de profissionais da saúde infectados por este vírus na Espanha e Itália, 72% e 66%, respectivamente, eram mulheres.<sup>14</sup> Dados sobre profissionais da saúde e assistentes sociais infectados pelo vírus responsável pela COVID-19 devem ser coletados, e medidas adequadas devem ser tomadas para proteger a saúde de profissionais que trabalham no atendimento relacionado à COVID-19, e que prestam outros serviços sociais e de saúde essenciais.

Acesso equitativo a treinamento adequado sobre medidas de prevenção e controle de infecções, equipamentos de proteção individual (EPIs), produtos essenciais para higiene e medidas sanitárias, e apoio psicossocial são fundamentais para manter as/os profissionais de saúde e assistentes sociais, e seus (suas) pacientes, seguros(as) e saudáveis. Esses elementos devem levar em consideração as necessidades específicas das mulheres, incluindo diferenças no desenho e tamanho dos EPIs que podem comprometer o benefício protetor para as mulheres. A carga horária e os turnos de trabalho devem ter por objetivo evitar o esgotamento emocional (*burnout*), e

os recursos devem ser disponibilizados para saúde mental e apoio psicossocial, licença médica, seguro e pagamento imediato de salários. Nas decisões tomadas em termos regionais, nacionais ou de organizações, as profissionais de saúde, incluindo enfermeiras, devem participar de forma significativa na distribuição de recursos, equipamentos, políticas e práticas que tenham impacto sobre sua saúde e bem-estar.<sup>15</sup>

As mulheres também são responsáveis pela maioria dos cuidados domiciliares não remunerados, incluindo cuidados de saúde. A carga de cuidado adicional associada às necessidades da COVID-19 precisa ser reconhecida e deve ser incorporada na elaboração de políticas e medidas de resposta.

**QUESTÃO-CHAVE 4.** Os Estados Membros e seus parceiros são incentivados a garantir que todos os (as) profissionais de saúde e assistentes sociais da linha de frente e cuidadores(as) tenham acesso equitativo a treinamento, EPIs e outros produtos essenciais, apoio psicossocial e proteção social, considerando as necessidades específicas das mulheres que constituem a maioria desses trabalhadores.

## É provável que as iniquidades no acesso à informação, prevenção, atenção, e proteção social e financeira afetem de forma desproporcional as pessoas mais pobres, além de outras populações que enfrentam a exclusão social, potencialmente exacerbando, portanto, as iniquidades já existentes

Em geral, doença e óbitos causados por infecções afetam alguns grupos mais que outros. Esse efeito desproporcional é resultado de uma série de fatores. Por exemplo, há evidências de que as pessoas que vivem em comunidades com grande adensamento populacional e as que não têm acesso a serviços básicos, como água segura e saneamento adequado, enfrentam um risco maior de infecção. Essas pessoas também podem ter uma capacidade limitada de cumprir o distanciamento físico, em função do adensamento excessivo, ou de lavar as mãos com frequência devido à falta de água limpa e sabão. No mundo todo, quatro em cada dez domicílios não possuem água e sabão.<sup>16</sup> As pessoas que sofrem exclusão social também podem ter mais comorbidades e acesso limitado a informação, testes, serviços de saúde e apoio social e financeiro. As normas de gênero influenciam de forma diferente no acesso oportuno aos serviços de saúde necessários tanto para mulheres (por ex., devido à autonomia restrita para a tomada de decisões), quanto para homens (por ex., devido às noções rígidas de masculinidade que podem postergar a busca de atenção no momento certo). Os *lockdowns* e as medidas de distanciamento físico provavelmente irão exacerbar restrições culturais existentes sobre a mobilidade das mulheres, limitando ainda mais seu acesso e controle de recursos e seu poder de tomada de decisão nos domicílios<sup>17</sup>.

**QUESTÃO-CHAVE 5.** Os Estados Membros e seus parceiros são incentivados a remover barreiras financeiras, entre outras, aos testes e serviços de tratamento para a COVID-19, disponibilizando-os gratuitamente. O acesso equitativo a serviços essenciais de saúde, bem como o

acesso a saneamento básico, deve ser garantido em regiões menos privilegiadas, como comunidades rurais e assentamentos informais. É preciso garantir dispositivos de segurança para diminuir os impactos econômicos e sociais prejudiciais e desiguais causados pela pandemia, incluindo licença médica e seguro-desemprego para apoiar as medidas de contenção.

## Há um aumento na estigmatização e discriminação que pode dificultar uma resposta efetiva

O medo e a ansiedade relacionados à COVID-19 podem levar à estigmatização social e discriminação. Em vários países há relatos de estigmatização e discriminação contra pessoas infectadas, profissionais de saúde, pessoas de comunidades étnicas e contra os que viajaram para países afetados. A estigmatização e discriminação podem ter efeitos negativos na saúde social, física e mental devido à violência física, à rejeição social e ao acesso limitado ou negado aos serviços de saúde, educação, moradia ou emprego.<sup>18</sup> Vide resumo das Nações Unidas *COVID-19 and human rights: we are all in this together* [COVID-19 e direitos humanos: estamos todos juntos nessa].<sup>19</sup>

**QUESTÃO-CHAVE 6.** Os Estados Membros e seus parceiros são incentivados a enfatizar que a saúde é um direito humano, garantir que as respostas emergenciais à COVID-19 sejam inclusivas e não discriminatórias, e a evitar o uso excessivo de poderes conferidos pela emergência em saúde para regular a vida cotidiana. Tais poderes nunca deveriam ser usados de forma indefinida, mas somente a fim de facilitar um retorno à vida normal. Os Estados Membros também devem tomar medidas para identificar e combater práticas discriminatórias e de estigmatização nas respostas à COVID-19.

## Referências

1. Draft resolution EB146/Conf/17 from the 146th session of the WHO Executive Board (Geneva, 3-8 February 2020) and recommended to the Seventy-third World Health Assembly for adoption. Strengthening preparedness for health emergencies; implementation of International Health Regulations (IHR, 2005). Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB146/B146\\_CONF17-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_CONF17-en.pdf), accessed 28 April 2020).
2. International Health Regulations (2005), third edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>, accessed 28 April 2020).
3. COVID-19: emerging gender data and why it matters [website]. New York (NY): UN Women (<https://data.unwomen.org/resources/covid-19-emerging-gender-data-and-why-it-matters>, accessed 9 May 2020).
4. Taking sex and gender into account in emerging infectious disease programme: an analytical framework. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2011 ([https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/7977/9789290615323\\_eng.pdf](https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/7977/9789290615323_eng.pdf), accessed 29 April 2020).
5. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: surveillance and case definitions. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/surveillance-and-case-definitions>, accessed 28 April 2020).
6. COVID-19 e a violência contra a mulher: O que o setor/sistema de saúde pode fazer. Genebra: OMS; 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52126>, acesso em 16 junho 2020).
7. Buller AM, Peterman A, Ranganathan M, Bleile A, Hidrobo M, Heise L. A mixed-method review of cash transfers and intimate partner violence in low- and middle-income countries. World Bank Res Obs. 2018;33(2):218-58 (<https://doi.org/10.1093/wbro/lky002>, accessed 28 April 2020).
8. Smith J. Overcoming the “tyranny of the urgent”: integrating gender into disease outbreak preparedness and response. Gend Dev. 2019;27(2):355-69 (<https://doi.org/10.1080/13552074.2019.1615288>, accessed 28 April 2020).
9. McKay G, Black B, Mbambu Kahamba S, Wheeler E, Mearns S, Janvrin A. Not all that bleeds Is Ebola: how has the DRC Ebola outbreak impacted sexual and reproductive health in North-Kivu. New York (NY): The International Rescue Committee; 2019 (<https://www.rescue.org/report/not-all-bleeds-ebola-how-drc-outbreak-impacts-reproductive-health>, accessed 28 April 2020).
10. Camara BS, Delamou A, Diro E, Béavogui AH, El Ayadi AM, Sidibé S et al. Effect of the 2014/2015 Ebola outbreak on reproductive health services in a rural district of Guinea: an ecological study. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2017;111(1):22-9 (<https://academic.oup.com/trstmh/article/111/1/22/3074506>, accessed 28 April 2020).
11. COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020. WHO Ref. No. WHO/2019-nCoV/essential\_health\_services/2020.1 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331561>, accessed 28 April 2020).
12. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Geneva: World Health Organization; 2019. WHO Ref. No. WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>, accessed 28 April 2020).
13. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Human Resources for Health Observer Series No. 24. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>, accessed 28 April 2020).
14. UN Women. Policy brief: The impact of COVID-19 on women. New York (NY): United Nations, 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>, accessed 28 April 2020).
15. State of the world’s nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications-detail/nursing-report-2020>, accessed 28 April 2020).
16. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene. Global database on Water Supply, Sanitation and Hygiene (WASH). New York: United Nations Children’s Fund (UNICEF) and World Health Organization (WHO); 2020 (<https://washdata.org>, accessed 29 April 2020).
17. Global humanitarian response plan: COVID-19, United Nations Coordinated Appeal, April–December 2020. Geneva: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2020 (<https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global-Humanitarian-Response-Plan-COVID-19.pdf>, accessed 28 April 2020).

**AVISO LEGAL:** *Este resumo foi produzido pela Secretaria da OMS como uma ferramenta rápida para apoiar os Estados Membros e seus parceiros na integração de perspectivas de gênero em suas respostas à COVID-19. Este resumo será revisado à medida que a emergência for evoluindo, e mais dados e recursos estiverem disponíveis. Este resumo não representa, necessariamente, as opiniões, decisões ou políticas da Organização Mundial da Saúde.*

**AGRADECIMENTO:** *A OMS agradece ao Ministério das Relações Exteriores da Noruega (Acordo de Cooperação no Programa entre o Ministério das Relações Exteriores e a OMS – 2019) e ao Ministério da Saúde da Alemanha (Programa de Colaboração entre o Ministério da Saúde da Alemanha e a OMS – 2019-2022) pelo apoio financeiro para a elaboração, produção e tradução do presente documento.*

**FEEDBACK:** *Seus comentários e feedback serão bem-vindos: [ger@who.int](mailto:ger@who.int)*

© Organização Pan-Americana da Saúde 2020.

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Número de referência: OPAS-W/BRA/COVID-19/20-085