

Desfechos de saúde e COVID-19 nas Américas: diferenças de sexo

Janeiro de 2020 a janeiro de 2021



Desfechos de saúde e COVID-19 nas Américas: diferenças de sexos

Janeiro de 2020 a janeiro de 2021

Washington (DC), 2021

Desfechos de saúde e COVID-19 nas Américas: diferenças de sexo. Janeiro de 2020 a janeiro de 2021

OPAS/PHE/EGC/COVID-19/21-0007

© **Organização Pan-Americana da Saúde 2021**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgual 3.0 OIG de Creative Commons; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>.

De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

Fotografia da capa: © OPAS

Esta publicação foi elaborada pela equipe do Sistema de Gestão de Incidentes da OPAS e pelo Escritório de Equidade, Gênero e Diversidade Cultural da OPAS.

Sumário

| | |
|--|----|
| Introdução | 1 |
| 1. Considerações de gênero associadas à COVID-19 | 1 |
| 2. Análise das diferenças de sexo relacionadas à pandemia de COVID-19 na Região das Américas | 3 |
| 2.1 Visão regional: Distribuição por idade e sexo | 3 |
| 2.2 Populações específicas: Profissionais de saúde | 5 |
| 2.3 Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica | 6 |
| 2.4 Gestação | 7 |
| 3. Reflexões | 8 |
| Referências | 10 |

Introdução

Os primeiros casos de uma nova doença por coronavírus (COVID-19) foram relatados em Wuhan, China, em 31 de dezembro de 2019. Com o tempo, a COVID-19 – que pode causar uma série de manifestações clínicas, desde tosse e falta de ar leve até um pneumonia grave – se propagou de maneira incontável de continente a continente. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou oficialmente o surto de COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, tendo cumprido todos os critérios do Regulamento Sanitário Internacional (1) para tal. Em 11 de março, a OMS caracterizou a COVID-19 como uma pandemia global e clamou por medidas agressivas de resposta para conter sua propagação (2). Um ano depois, em 31 de janeiro de 2021, haviam ocorrido aproximadamente 102 milhões de casos de COVID-19, inclusive mais de 2,2 milhões de mortes, em todo o mundo. A pandemia se acelerou na Região das Américas à medida que o epicentro mudou da Europa para as Américas em maio de 2020. Em 31 de janeiro de 2021, mais de 45,6 milhões de casos, incluindo 1 milhão de mortes, haviam ocorrido na Região. A taxa de letalidade aparente por COVID-19 na Região se encontrava em 2,3% (3).

Às vésperas da pandemia de COVID-19, a Região vinha apresentando avanços importantes nas condições e desfechos de saúde. A expectativa de vida aumentou em sete anos nas últimas duas décadas, a mortalidade materna diminuiu e várias doenças transmissíveis estavam se aproximando da eliminação conforme os governos passaram a adotar o acesso universal à saúde (4). Investimentos em prontidão para situações de emergência e redução do risco de desastres visavam ajudar na abordagem às ameaças atuais e futuras à saúde. No entanto, apesar desse progresso recente, a pandemia ampliou as iniquidades de saúde existentes e expôs falhas nos sistemas de saúde que têm como raiz desigualdades socioeconômicas mais amplas, que afetam desproporcionalmente os grupos desfavorecidos (5). O gênero é um dos principais determinantes da saúde, e tornou-se um importante fator nos desfechos de saúde de homens e mulheres durante a pandemia (6).

Embora a importância de incorporar a igualdade de gênero na resposta às emergências de saúde e a desastres seja amplamente reconhecida, é comum ocorrerem falhas na implantação de uma abordagem sensível a gênero na resposta a tais eventos (7). Os Estados Membros da Região seguem empenhados em progredir rumo à igualdade de gênero na saúde. Este documento apresenta dados fornecidos pelos Ministérios da Saúde e análises dos desfechos de saúde relacionados à COVID-19 da Região por gênero, sexo, idade, etnia e outros fatores demográficos, visando destacar os impactos desiguais da pandemia. A importância de ter uma perspectiva de gênero no enfrentamento da COVID-19 será reconhecida cada vez mais à medida que mais pesquisas e análises vierem à luz.

1. Considerações de gênero associadas à COVID-19

A dinâmica do gênero em surtos de doenças e na disparidade em desfechos de saúde inclui tanto mecanismos físicos (fatores biológicos baseados no sexo, que modulam a resposta imune do hospedeiro) quanto componentes socialmente construídos (fatores sociais, comportamentais e de estilo de vida). A pandemia de coronavírus não é exceção quando se trata de diferenças de gênero, que se manifestam na suscetibilidade e gravidade da doença e no acesso a serviços de

saúde. Para efetivar uma resposta à pandemia que integre uma abordagem sensível ao gênero, considerando fatores sociais, econômicos, ambientais, geográficos, étnicos e culturais, é imperativo compreender detalhadamente como a doença afeta indivíduos, grupos e populações com diversidade de gênero, assim como as barreiras que estes enfrentam ao acesso a serviços de saúde.

As associações entre características clínicas graves, desfechos adversos e idade, sexo e estado de saúde subjacente encontram-se bem documentadas (8). Uma metanálise da literatura constatou um possível maior risco de COVID-19 grave no sexo masculino, sendo que 50% mais homens são hospitalizados em comparação com mulheres (9, 10). Considerando a maior probabilidade de os homens apresentarem manifestações mais graves de COVID-19, buscou-se examinar as diferenças entre homens e mulheres nos mecanismos biológicos que combatem as infecções virais. Em geral, as mulheres tendem a produzir uma resposta imune mais eficaz e adaptativa aos vírus, o que contribui para uma evolução menos grave da COVID-19 (11). Embora a taxa de letalidade aparente seja baixa em crianças e adultos jovens, as crianças correm o risco de desenvolver uma complicação relacionada à COVID-19 que recebeu o nome de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) (12).

Devido aos papéis e responsabilidades das mulheres, seus meios de subsistência, sua exposição à violência doméstica e sua participação desigual na tomada de decisões nos níveis mais elevados de governança, elas sofrem impactos menos visíveis da pandemia que não estão sendo quantificados rotineiramente da forma como as infecções são contadas. A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) informa que, principalmente nos países de baixa renda, as mulheres geralmente trabalham na economia informal e em outras formas vulneráveis de emprego (por exemplo, trabalho autônomo em pequenos negócios de subsistência e trabalho doméstico). Isso muitas vezes as deixa de fora das medidas formais de proteção social direcionadas aos trabalhadores afetados economicamente pela pandemia COVID-19 (13). Nessa conjuntura, a pandemia exacerbou as desigualdades de gênero existentes, uma vez que as mulheres na Região foram afetadas de forma desproporcional pelo aumento do desemprego e da pobreza. Qualquer avaliação do impacto econômico da pandemia também deve contemplar a diferença de gênero na jornada de trabalho, que aumentou durante a pandemia de COVID-19, pois mães com filhos pequenos têm maior probabilidade de reduzir a jornada de trabalho do que seus colegas do sexo masculino (14).

Este relatório analisa os dados existentes sobre diferenças na COVID-19 desagregadas por sexo, desde o início da pandemia na Região até 31 de janeiro de 2021, desdobrando os dados de saúde (e relacionados à saúde) disponíveis. A intenção é chamar a atenção para a forma como essa emergência de saúde expôs as brechas de gênero existentes e oferecer oportunidades concretas para melhorar o enfrentamento da pandemia, tornando-o equitativo. Existem atualmente 63 vacinas contra a COVID-19 em desenvolvimento clínico e 174 em fase pré-clínica (15). Conforme a Região se prepara para montar campanhas de vacinação contra a COVID-19, a compreensão das vulnerabilidades e contribuições da idade e do sexo ajudará a incorporar estes determinante essenciais da saúde à maior resposta de saúde pública da história.

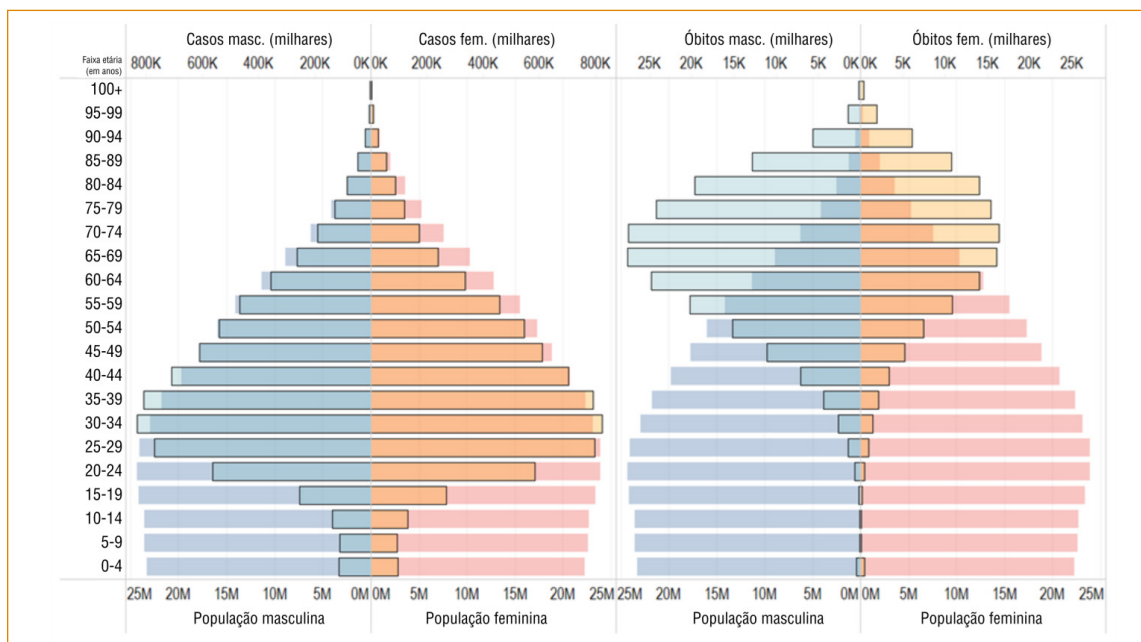
2. Análise das diferenças de sexo relacionadas à pandemia de COVID-19 na Região das Américas

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) implementou mecanismos de vigilância da COVID-19 desde que o primeiro caso foi detectado na Região, em 21 de janeiro de 2020. Os esforços de vigilância têm permitido à Organização: 1) monitorar as tendências epidemiológicas e a evolução do vírus; 2) avaliar o impacto da pandemia nos sistemas de saúde; 3) detectar e conter surtos em populações vulneráveis; e 4) orientar a implementação de medidas de controle. Entre os esforços de vigilância da Organização, o Formulário de Relato de Caso de COVID-19 coleta informações demográficas, clínicas e epidemiológicas importantes sobre os casos de COVID-19. Esses dados são usados para entender melhor o vírus e seu impacto nos desfechos de saúde. A seção a seguir apresenta a distribuição por idade e sexo dos casos e óbitos de COVID-19 na Região.

2.1 Visão regional: Distribuição por idade e sexo

A população total da Região é de 1,02 bilhão de habitantes, dos quais 51% são mulheres (16). Desde o início da pandemia de COVID-19 até 31 de janeiro de 2021, a Região registrou 45,6 milhões de casos e 1,1 milhão de óbitos. As notificações de casos pelos Ministérios da Saúde de 26 países nas Américas continuam informações sobre sexo e idade para somente 20 milhões dos casos (43% de todos os casos notificados). A distribuição desses casos será analisada a seguir (ver Figura 1).

Figura 1. Casos e óbitos por COVID-19, estratificados por sexo e faixa etária, em comparação com a população de base em 26 países e territórios da Região das Américas



Não há diferença importante de sexo no número absoluto de casos da Região, com 50% dos casos ocorrendo no sexo feminino. Observa-se um pequeno aumento na proporção de diagnósticos de COVID-19 em homens apenas nas faixas etárias mais avançadas (ver Tabela 1). Os homens respondem por 52% dos casos notificados na faixa etária dos 60 aos 69 anos, mas essa proporção diminui para 47,5% dos casos na população com 70 anos de idade ou mais. Porém, a ausência de diferença no número absoluto de casos entre homens e mulheres indica uma incidência mais elevada no sexo masculino nos grupos de idade mais avançada. Isso é porque a população de mulheres mais velhas é maior do que a de homens, devido à expectativa de vida mais longa no sexo feminino em comparação ao masculino. A incidência de COVID-19 entre homens com 60-69 anos e nos maiores de 70 anos é de 23,1 por 1.000 habitantes e 24,97 por 1.000, respectivamente. Na faixa etária dos 60 aos 69 anos, os homens têm 3,89 casos por 1.000 habitantes a mais do que as mulheres.

Tabela 1. Porcentagem do total de casos e incidência de casos por 1.000 habitantes, estratificados por idade e sexo

| Faixa etária (anos) | % masc | % fem | Incidência por 1.000 habitantes em homens | Incidência por 1.000 habitantes em mulheres |
|---------------------|--------|-------|---|---|
| 0-9 años | 53,4% | 46,6% | 4,77 | 4,34 |
| 10-19 años | 49,3% | 50,7% | 9,06 | 9,66 |
| 20-29 años | 49,1% | 50,9% | 25,28 | 26,74 |
| 30-39 años | 50,4% | 49,6% | 30,54 | 29,83 |
| 40-49 años | 50,0% | 50,0% | 29,61 | 28,54 |
| 50-59 años | 50,2% | 49,8% | 27,17 | 25,59 |
| 60-69 años | 52,0% | 48,0% | 23,1 | 19,21 |
| +70 años | 47,5% | 52,5% | 24,97 | 21,03 |
| Total general | 50,0% | 50,0% | 21,16 | 20,6 |

A diferença entre os sexos é ainda mais pronunciada quando observamos os desfechos da COVID-19. Do 1,1 milhão de óbitos notificados na Região, há dados de distribuição de sexo e idade disponíveis para 511.000 (48%) em 23 países. Destas vítimas fatais, 60% eram do sexo masculino (ver Tabela 2). Para a população acima dos 70 anos de idade, a taxa de mortalidade por 10.000 é de 50,69 em homens contra 31,59 em mulheres. Em homens de 40 a 69 anos, o risco de morte é mais de duas vezes maior que o observado em mulheres na mesma faixa etária.

Tabela 2. Porcentagem do total de óbitos e mortalidade por 10.000 habitantes, estratificados por idade e sexo

| Faixa etária (anos) | % masc | % fem | Mortalidade por 10.000 habitantes em homens | Mortalidade por 10.000 habitantes em mulheres |
|---------------------|--------|-------|---|---|
| 0-9 años | 50% | 50% | 0,10 | 0,10 |
| 10-19 años | 54% | 46% | 0,06 | 0,05 |
| 20-29 años | 61% | 39% | 0,37 | 0,24 |
| 30-39 años | 67% | 33% | 1,26 | 0,60 |

| Faixa etária (anos) | % masc | % fem | Mortalidade por 10.000 habitantes em homens | Mortalidade por 10.000 habitantes em mulheres |
|---------------------|--------|-------|---|---|
| 40-49 años | 69% | 31% | 3,78 | 1,65 |
| 50-59 años | 67% | 33% | 8,57 | 4,04 |
| 60-69 años | 65% | 35% | 17,70 | 8,75 |
| +70 años | 55% | 45% | 50,69 | 31,59 |
| Total general | 60% | 40% | 6,84 | 4,51 |

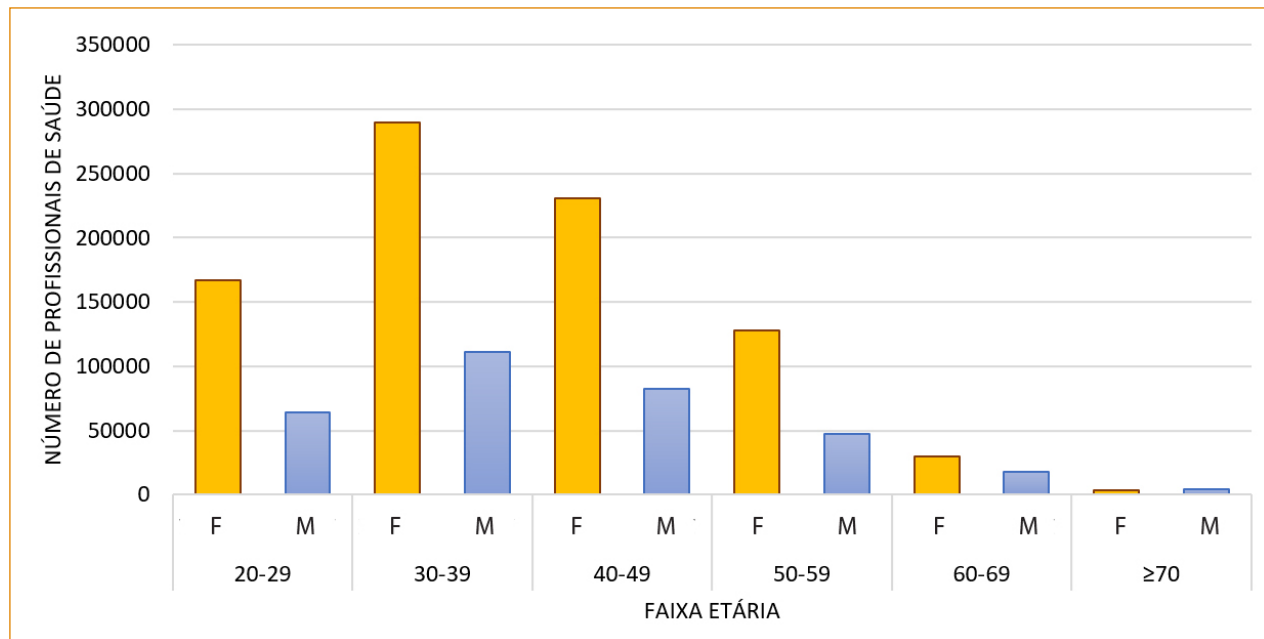
2.2 Populações específicas: Profissionais de saúde

A COVID-19 expõe os profissionais de saúde e suas famílias a níveis de risco sem precedentes. Além da maior exposição ao vírus em si, os profissionais de saúde enfrentam longas jornadas de trabalho, sofrimento psíquico, a síndrome do burnout e estigmatização (17). Apesar dessas dificuldades, o papel deles é vital no enfrentamento à pandemia, e proteger os profissionais de saúde é essencial para garantir o funcionamento do sistema de saúde. Para garantir a segurança do paciente, deve-se primeiro garantir a segurança dos profissionais de saúde (18).

Com cada onda da pandemia em 2020, a sobrecarga dos sistemas de saúde nos países mais duramente atingidos impôs aos profissionais de saúde uma carga horária excessiva, fadiga e estresse. Apesar do desabastecimento de insumos e de lockdowns em escala nacional, os profissionais de saúde foram obrigados a cuidar de casos suspeitos e confirmados de COVID-19 sem a capacitação necessária e sem equipamento de proteção individual (EPI) adequado. A pressão sobre os profissionais de saúde não afeta os gêneros de maneira isonômica. Considerando o mundo todo, 70% dos profissionais de saúde da linha de frente são mulheres. Na Região das Américas, 86% dos profissionais de enfermagem – que precisam ter um contato particularmente próximo com os doentes – são mulheres (19). Números semelhantes são vistos no mundo todo, já que a maior parte do trabalho de cuidar é realizada principalmente por mulheres e meninas de grupos socialmente desfavorecidos, como migrantes que trabalham na economia informal (20). Com o uso de EPI adequado, a incidência de COVID-19 em profissionais de saúde pode ser enormemente reduzida. Ainda assim, é essencial levar em consideração fatores como estresse, capacitação insuficiente e falta de pessoal nas unidades de saúde.

Em 31 de janeiro de 2021, segundo dados dos Ministérios da Saúde, mais de 1,3 milhão dos casos de COVID-19 nas Américas haviam ocorrido em profissionais de saúde. Mais de 6.000 profissionais de saúde já morreram devido à COVID-19. As mulheres representaram 72% dos casos entre os profissionais de saúde. A diferença entre homens e mulheres trabalhadores de saúde é ainda mais gritante na faixa etária de 40 a 59 anos, onde 74% dos casos ocorreram em mulheres (ver Figura 2).

Figura 2. Número de casos de COVID-19 entre profissionais de saúde na região das Américas, estratificado por idade e sexo



2.3 Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica

Embora os casos e mortes de COVID-19 geralmente ocorram em populações mais velhas, uma complicação rara foi observada em crianças, com o primeiro relato em maio de 2020. A síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P), ou síndrome inflamatória multissistêmica em crianças (SIM-C), apresenta sintomas semelhantes aos da doença de Kawasaki e pode causar falência de múltiplos órgãos e choque. Até o final de janeiro de 2021, 17 países e territórios na Região já haviam notificado 2.922 casos confirmados de SIM-P, com 81 mortes (3%) (ver Tabela 3). Não há diferença significativa na incidência de SIM-P entre crianças do sexo masculino e do sexo feminino. Até o momento, 56% dos casos na Região ocorreram em meninos, enquanto 59% dos óbitos foram de meninas. Ainda não está claro se o gênero influencia a ocorrência de SIM-P em crianças.

Tabela 3. Número total de casos confirmados de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica relacionada à COVID-19

| País/território | Número de casos confirmados | Número de mortes confirmadas |
|-----------------|-----------------------------|------------------------------|
| Argentina | 65 | 1 |
| Brasil | 646 | 41 |
| Canadá | 23 | 0 |
| Chile | 151 | 2 |
| Colômbia | 3 | 0 |
| Costa Rica | 27 | 0 |

| País/território | Número de casos confirmados | Número de mortes confirmadas |
|----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Cuba | 2 | 0 |
| El Salvador | 8 | 0 |
| Equador | 17 | 0 |
| Estados Unidos | 1.811 | 26 |
| Guadalupe | 4 | 0 |
| Guatemala | 2 | 0 |
| Guiana Francesa | 1 | 0 |
| Honduras | 2 | 0 |
| Panamá | 5 | 1 |
| Paraguai | 52 | 5 |
| República Dominicana | 103 | 5 |
| Total | 2.922 | 81 |

2.4 Gestação

Os impactos da COVID-19 durante a gesta o ainda estão sendo analisados, mas as gestantes parecem precisar de tratamento intensivo com mais frequência do que mulheres em idade reprodutiva que não estejam grávidas (21). Comorbidades preexistentes, idade materna avançada e  ndice de massa corporal elevado parecem aumentar o risco de COVID-19 grave em gestantes. Na Região, até o momento foram notificados 150.167 casos de COVID-19 durante a gesta o, com 836 óbitos (ver Tabela 4). A letalidade aparente da COVID-19 em gestantes varia de 0,0% (Chile) a 6,25% (Bahamas). Os dados disponíveis para o México revelam que quase metade das mortes maternas ocorreram durante o terceiro trimestre, e 33,6% das mortes ocorreram no pós-parto. Das gestantes que morreram no México, 30,9% haviam sido intubadas e 34% estavam internadas em unidades de terapia intensiva.

Tabela 4. Casos,  bitos e taxa de letalidade aparente por COVID-19 em gestantes

| País | Número de gestantes com exame positivo para COVID-19 | Número de óbitos entre gestantes com exame positivo para COVID-19 | Taxa de letalidade aparente (%) |
|----------------------------------|--|---|---------------------------------|
| Argentina | 8.698 | 44 | 0,51 |
| Bahamas | 16 | 1 | 6,25 |
| Belize | 103 | 2 | 1,94 |
| Bolívia, Estado Plurinacional da | 891 | 25 | 2,81 |
| Brasil | 4.880 | 252 | 5,16 |
| Chile | 7.881 | 3 | 0,04 |
| Colômbia | 6.245 | 61 | 0,98 |

| País | Número de gestantes com exame positivo para COVID-19 | Número de óbitos entre gestantes com exame positivo para COVID-19 | Taxa de letalidade aparente (%) |
|-------------------------------------|--|---|---------------------------------|
| Costa Rica | 286 | 3 | 1,05 |
| Cuba | 11 | 0 | 0,00 |
| Equador | 1.674 | 25 | 1,49 |
| Estados Unidos | 64.075 | 74 | 0,12 |
| Guatemala | 1.054 | 11 | 1,04 |
| Haiti | 76 | 4 | 5,26 |
| México | 10.188 | 221 | 2,17 |
| Panamá | 1.289 | 7 | 0,54 |
| Paraguai | 667 | 1 | 0,15 |
| Peru | 41.403 | 76 | 0,18 |
| República Dominicana | 309 | 19 | 6,15 |
| Uruguai | 82 | 0 | 0,00 |
| Venezuela, República Bolivariana da | 339 | 7 | 2,06 |
| Total | 150.167 | 836 | 0,56 |

3. Reflexões

A pandemia de COVID-19 destacou as desigualdades de gênero existentes e trouxe à luz várias consequências indiretas do gênero. A discriminação de gênero e outras variáveis de exclusão social podem sujeitar tanto mulheres quanto homens a um risco maior de infecção, limitar seu acesso a serviços e vacinas, prejudicar as respostas nacionais à pandemia e exacerbar as desigualdades pré-COVID-19. Os lockdowns em vários países aumentaram os índices de violência doméstica contra mulheres. O aumento da carga de tarefas domésticas tem sido especialmente prejudicial para as mulheres que precisam trabalhar em casa. Os efeitos da pandemia de coronavírus podem exacerbar as desigualdades já existentes para as mulheres e atrasar o progresso rumo a várias metas essenciais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, como a redução das mortalidades materna e de crianças menores de 5 anos. Consequentemente, os planos de enfrentamento à COVID-19 devem abordar os impactos de gênero da pandemia – envolvendo as mulheres na tomada de decisões, abordando as desigualdades na prestação de cuidados não remunerados e incluindo planos socioeconômicos com foco na vida das mulheres (22). Para subsidiar essas decisões, serão necessárias recomendações baseadas em evidências, especificamente num conhecimento profundo de como a pandemia está afetando diferentes sexos e gêneros.

Tanto a incidência quanto a mortalidade por COVID-19 são significativamente mais elevadas nos homens do que nas mulheres, principalmente em faixas etárias mais avançadas. Diferenças sexuais fisiológicas, inclusive na resposta imune inata e adaptativa à infecção, poderiam explicar essa disparidade (11). Comorbidades preexistentes e fatores sociais, comportamentais e de estilo de vida também podem contribuir para esse viés. Pesquisas adicionais para estudar os

impactos socioeconômicos, de gênero e biológicos da COVID-19 podem fornecer informações sobre como o vírus está desestabilizando desproporcionalmente a vida dos homens e mulheres, condicionando seu direito à saúde. Esses fatores precisam ser melhor compreendidos a fim de adequarmos o enfrentamento da pandemia como um todo, bem como as terapias e estratégias de vacinação.

A Região das Américas, apesar de ser habitada por somente 13% da população mundial, notificou até agora 43% de todos os casos de COVID-19. Populações que vivenciam e diferentes formas de vulnerabilidade socioeconômica e outras vulnerabilidades e desigualdades, o que inclui muitas mulheres, estão sendo desproporcionalmente afetadas pelo vírus. Embora a infecção em mulheres tenda a ser menos grave do que em homens, as implicações sociais da pandemia exacerbaram as disparidades que as mulheres já enfrentam. As mulheres representam 70% da força de trabalho de saúde, o que as coloca em risco excepcionalmente alto de contrair a doença. Gestantes podem apresentar maior risco de evolução para tratamento intensivo ou ventilação invasiva. A comunidade científica continua ampliando seu conhecimento sobre esse vírus sem precedentes, gerando e publicando rapidamente evidências de várias formas. Esse corpo de evidências em constante mutação exige esforços contínuos para realizar revisões detalhadas e abrangentes dos resultados das pesquisas. Isso ajudaria a orientar as mudanças de política necessárias para aumentar a proteção dos grupos mais vulneráveis na Região. Os Estados Membros devem envidar esforços para defender os frágeis ganhos já obtidos rumo à igualdade de gênero no acesso à saúde. A COVID-19 revelou muitas vulnerabilidades e disparidades existentes, destacando a necessidade de acelerar os esforços para implementar mudanças institucionais transformadoras que não deixem ninguém para trás. A OPAS e os Estados Membros continuarão a priorizar a pesquisa, coletando e relatando dados quantitativos e qualitativos, desagregados por sexo e outros fatores socioeconômicos, para expor as desigualdades e impactos contrastantes desta pandemia.

Referencias

1. Organização Mundial da Saúde. Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. Disponível em espanhol em [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
2. Organização Mundial da Saúde. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Geo-Hub COVID-19 - Information System for the Region of the Americas [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2021. Disponível em: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas [Internet]. Washington (DC): OPAS; 2019. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>.
5. Mein, SA. "COVID-19 and Health Disparities: the Reality of 'the Great Equalizer.'" *J Gen Intern Med* [Internet]. 2020; 35 (8):2439–2440. doi:10.1007/s11606-020-05880-5.
6. Hawkes S, Buse K. Gender and global health: evidence, policy, and inconvenient truths. *The Lancet* [Internet]. 2013; 381 (9879): 1783-1787. doi:10.1016/s0140-6736(13)60253-6.
7. Smith, S. Overcoming the 'tyranny of the urgent': integrating gender into disease outbreak preparedness and response. *Gen Dev* [Internet]. 2019; 27 (2):355-369. doi:10.1080/13552074.2019.1615288.
8. Levin, A, et al. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *SSRN Electronic Journal* [Internet]. 2020. doi:10.2139/ssrn.3684447.
9. Ueyama, H, et al. Gender difference is associated with severity of coronavirus disease 2019 infection: an insight from a meta-analysis. *Crit Care Explor* [Internet]. 2020 Jun; 2 (6):e0148. doi:10.1097/cc.e000000000000148.
10. Gebhard, C, et al. Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe. *Biol Sex Differ* [Internet]. 2020; 11:29. doi:10.1186/s13293-020-00304-9.
11. Gadi, N, et al. What's sex got to do with COVID-19? Gender-based differences in the host immune response to coronaviruses. *Front Immunol* [Internet]. 2020 Aug 28; 11:2147. doi:10.3389/fimmu.2020.02147.
12. Organização Mundial da Saúde. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19 [Internet]. Ginebra: OMS; 2020. Disponível em inglês em: www.who.int/news-room/commentaries/detail/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-with-covid-19.

13. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Es necesario incorporar la dimensión de género en las políticas fiscales frente a la pandemia y la economía del cuidado en una recuperación transformadora: Alicia Bárcena [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2020. Disponível em espanhol em: www.cepal.org/en/pressreleases/it-necessary-incorporate-gender-dimension-fiscal-policies-amid-pandemic-and-care.
14. Landivar, LC, et al. Early signs indicate that COVID-19 is exacerbating gender inequality in the labor force. *The COVID-19 Reader* [Internet]. 2020; 209-212. doi:10.4324/9781003141402-22.
15. Organização Mundial da Saúde. Draft landscape and tracker of COVID-19 candidate vaccines [Internet]. Genebra: OMS; 2020. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>.
16. Nações Unidas (United Nations Population Division). World Population Prospects [Internet]. Nova York: ONU; 2020. Disponível em inglês em: <https://population.un.org/wpp/Publications/>.
17. Organização Mundial da Saúde. COVID-19 Outbreak: Rights, Roles and Responsibilities of Health Workers [Internet]. Genebra: OMS; 2020. Disponível em inglês em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_0.
18. Organização Mundial da Saúde. Keep Health Workers Safe to Keep Patients Safe [Internet]. Genebra: OMS; 2020. Disponível em inglês em: www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who.
19. Turquet L, Koissy-Kpein S. COVID-19 and Gender: What Do We Know; What Do We Need to Know? [Internet]. UN Women Data Hub; 2020. Disponível em inglês em: <https://data.unwomen.org/features/covid-19-and-gender-what-do-we-know-what-do-we-need-know>.
20. Addati, L, et al. Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work. Genebra: Organização Mundial do Trabalho; 2018.
21. Allotey, J, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ* [Internet]. 2020; m3320. doi:10.1136/bmj.m3320.
22. Nações Unidas. Gender Equality and Women's Empowerment – United Nations Sustainable Development [Internet]. Nova York: ONU. Disponível em inglês em: www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality.