

Género e COVID-19: Uma Agenda de Pesquisa Global

Histórico

Desde o início da pandemia, as interações entre sexo, género e COVID-19 têm sido complexas e evoluído. Além dos efeitos diretos por um lado das diferenças de género que são socialmente construídas, e por outro, do sexo biológico, na morbidade e mortalidade da COVID-19 – com taxas superiores de doença severa e mortes entre homens – as respostas à pandemia também têm ampliado as desigualdades de género existentes, com as mulheres a suportar a maior carga do seu impacto indirecto nos campo socioeconómico e da saúde. Além deste cenário, outros determinantes interseccionais de identidades (como raça, etnia, LGBTQI+ ou status de migrante, etc.) exacerbaram os impactos devastadores sobre a saúde de mulheres, homens e pessoas de género diverso.

As primeiras advertências de ativistas, investigadores e políticos enfatizaram a necessidade de abordar e mitigar o efeito profundo da resposta à crise nas desigualdades de género. No entanto, as reações a estas advertências são também influenciadas pelos preconceitos sobre sexo e género difundidos entre os agentes de decisores, combinados com uma evidência insuficiente e sistemas incompletos de dados.

Sob a coordenação da OMS, a comunidade científica mobilizou-se de forma inédita para identificar as prioridades de investigação e implementar o [Roteiro de Pesquisa da COVID-19](#). Contudo, as diferenças baseadas no sexo e as desigualdades de género não estão suficientemente integradas nestes esforços, tendo implicações para a qualidade da ciência e a eficácia das ferramentas que estão a ser desenvolvidas. À medida que o mundo entra no segundo ano da crise de COVID-19, o sexo e género devem ser incluídos nos apoios à investigação, para guiar as decisões mais imediatas sobre a COVID-19, bem como a recuperação a longo prazo. Caso contrário, as decisões com base na ciência permanecerão inadequadas para uma grande parte da população, e não alcançaremos a transformação necessária dos sistemas de saúde para atender as suas populações e para acelerar o bem-estar e saúde de todos.

Em resposta a esta disparidade, o Instituto Internacional de Saúde Global da Universidade das Nações Unidas (UNU-IIGH) e a Escola de Saúde Pública da Universidade de Western Cape realizaram um processo colaborativo para a definição da agenda de investigação sobre género e COVID-19. O processo é desenvolvido através da aprendizagem em tempo real e convite público a diferentes stakeholders para contribuir para a sua conceção, escopo e conteúdo através de webinars e um fórum online de discussão da comunidade (www.ghhbuzzboard.org). Essa colaboração, estabelecida no Sul Global, envolve mais de 400 participantes globais através de várias etapas.



O resultado será uma agenda de investigação compartilhada, priorizada, relevante para as políticas, e centrada em pessoas com interesse para a sociedade civil, implementadores de programas, políticos, financiadores e investigadores que aplicam um filtro de género à em investigação sobre COVID-19 e, subsequentemente, a programas e decisões políticas.

Cinco temas abrangendo bancos, leitos e corpos diretivos do setor da saúde

Tema 1: Estado de Saúde e Comportamentos

Apesar de não haver diferenças nos casos confirmados de COVID-19 entre homens e mulheres, os homens apresentam um [maior risco](#) de doença grave e morte. Isto reflete provavelmente uma combinação de diferenças com base no sexo biológico (imunológico, hormonal, vascular), e fatores relacionados ao género (comorbidades, comportamentos de risco e cuidados com a saúde). Dados recentes também indicam resultados mais complexos e diferenciados entre grupos específicos de mulheres, como [mulheres na pós-menopausa](#) que podem ter um risco similar ao dos homens.

À semelhança de outras infeções virais, as diferenças na [atividade do sistema imunológico](#) de homens e mulheres e a sua modulação por hormonas sexuais podem desempenhar um papel importante na gravidade da doença, o que pode também explicar os resultados iniciais de um maior risco de estado [pós-COVID](#) (ou "COVID prolongada") entre as mulheres.

As normas e papéis de género também podem conduzir a comportamentos de risco mais elevado (incluindo tabagismo, consumo de álcool, exposição a poluentes), muitos dos quais estão associados às comorbidades da COVID-19 que são [mais comuns entre homens](#), tais como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças pulmonares crónicas. Os comportamentos de proteção e a adoção de medidas não farmacêuticas para prevenir a infeção e transmissão da doença também se pautam pelas diferenças de género, com alguns indícios iniciais de [cumprimento](#) de medidas pandémicas entre os homens. É importante desafiar as normas ou desigualdades de género que impulsionam a hesitação relativa à vacina e reduzem a aceitação e conclusão da vacinação.

Além da pandemia, a própria resposta impacta outros resultados de diferenças de género na saúde através da [interrupção do acesso](#) aos serviços de saúde essenciais (principalmente serviços de saúde sexual e reprodutiva com impactos significativos para a saúde de mulheres e meninas). As medidas de isolamento social e o encerramento das escolas também afetam diretamente a [saúde mental](#) das mulheres, homens e pessoas de género diverso de maneiras diferentes, bem como aumentam certos fatores de riscos relacionado a DNTs (incluindo stress, atividade física, dietas).

Tema 2: P&D para Terapêutica e Diagnóstico

A pesquisa e o desenvolvimento de produto para diagnóstico, terapêutica, vacinas e outras intervenções médicas da COVID-19 negligenciam amplamente as diferenças de gênero. Esta é uma falha crítica dada a evidência existente das [diferenças de sexo](#) na patologia de doenças infecciosas e [resultados documentados](#) em outras infecções do trato respiratório (incluindo influenza, SARS, MERS), assim como as diferenças nos resultados terapêuticos e vacinais.

A consideração insuficiente do sexo na ciência básica e a sua tradução em inovações diagnósticas e terapêuticas leva a profundas ambiguidades e pontos cegos que perpetuam danos, necessidades não atendidas e cuidados inadequados para mulheres. Os [motivos](#) para excluir pessoas do sexo feminino em pesquisas médicas incluem o uso padrão do "corpo masculino" como norma, a percepção da complexidade da heterogeneidade hormonal feminina, a hesitação das mulheres em participar de teste clínicos e a ética protetora fetal. Os corpos de gênero diverso também continuam a ser excluídos, especialmente aqueles que passam por tratamento de afirmação de gênero que altera os perfis hormonais, composição e fisiologia do corpo.

Apesar das políticas regulatórias que abordam tais inclinações na investigação, uma ausência de cumprimento está a ser repetida nas inovações relacionadas à COVID-19. Os [testes clínicos de COVID-19](#) raramente relatam os principais resultados por sexo e excluem consistentemente mulheres grávidas (na fase 3 dos testes clínicos). Ao abordar estas ambiguidades, a COVID-19 apresenta uma oportunidade para remodelar o ecossistema de política e prática de P&D, com esforços sinérgicos das agências reguladoras, editores de jornais, financiadores públicos e privados de investigação, grupos acadêmicos, laboratórios de investigação e entidades industriais.

Tema 3: Prestação de serviços de saúde

Alguns dos elementos mais importantes da prestação de serviço dos sistemas de saúde resilientes face à [atual](#) pandemia e às [pandemias anteriores](#) estão a garantir a continuidade de cuidados essenciais não relacionados com a COVID-19, gerenciando a capacidade e a integração dos serviços de saúde. Após quase um ano desde o início pandemia, mais de um terço dos países ainda [relata interrupções](#) nos cuidados pré-natal e pós-natal críticos, mais de 40% relata interrupções nos serviços de planeamento familiar, contraceção e desnutrição. A pandemia destacou a necessidade de o sistema de saúde integrar as plataformas comunitárias de prestação de serviços de saúde para garantir a expansão do acesso. Isto inclui uma abordagem de [atendimento básico em etapas](#), implantação de agentes comunitários de saúde e [atendimento gerido de forma autónoma](#). Além disso, a telemedicina e outras tecnologias digitais estão a ser usadas para expandir o acesso aos serviços de saúde, incluindo a [saúde mental](#) e a [saúde sexual e reprodutiva](#).

O género e outras desigualdades no acesso e a habilidade de [usar as inovações da saúde digital](#) devem ser tidos em consideração quando tais tecnologias são implementadas.

As mulheres, que representam [70%](#) dos trabalhadores da área da saúde e da assistência social, estão na linha de frente da resposta à pandemia. Acrescendo a este facto, os trabalhadores da área da saúde [não foram poupados](#) quando se trata da [falta de acesso](#) ao equipamento de prevenção da COVID-19 ou Equipamento de Proteção Individual (EPI). Em contextos [humanitários](#), estes trabalhadores estão a viver problemas adicionais de segurança devido ao risco elevado de infeção, violência ou estigmatização. Além disso, os dados não destacam adequadamente os aspectos de género da produção, distribuição e utilização do EPI. A implementação de agentes comunitários de saúde é uma parte importante das respostas do setor de saúde à COVID-19, especialmente em [contextos de países de baixa e média renda](#), e o sistema de saúde deve garantir segurança e condições de trabalho decentes para este grupo que tem sido historicamente negligenciado e frequentemente feminino.

Por último, o financiamento é fundamental—o modo como os países escolhem financiar os serviços da COVID-19 pode influenciar o acesso a tais serviços de maneiras diferentes para cada género. Em muitos países, os recursos da saúde foram realocados de outros serviços para o tratamento da COVID-19, com impactos significativos para alguns serviços, como os da saúde sexual e reprodutiva e tratamento de doenças infantis.

Tema 4: Determinantes sociais da saúde

A resposta à COVID-19 tem impactos de longo prazo em diversos determinantes sociais da saúde, com fortes manifestações associadas ao género. A violência de género (VBG) já era equivalente a uma pandemia, já que [1 em cada 3](#) mulheres sofrem violência física e/ou sexual durante a vida. A insegurança económica relacionada com a pandemia e as ordens de permanência em casa isolaram sobreviventes com os seus abusadores e [agravaram](#) as diferentes formas de VBG.

Ao contrário de outras crises económicas, esta pandemia tem um impacto maior sobre os setores com alto índice de empregabilidade de mulheres devido ao distanciamento social e isolamentos. As mulheres têm uma [probabilidade significativamente mais alta](#) de perder o emprego, além de terem redes de segurança mais limitadas dados os seus salários e poupanças mais baixas e a sua sobre-representação no mercado informal. Isso é agravado ainda pelo aumento da (já desproporcional) carga de trabalho doméstico não-remunerado das mulheres, seguida pela redução na procura de cuidados formais e informais. Tal como em crises anteriores, o desemprego pode aumentar os desequilíbrios de poder,

as desigualdades das normas de género e a heteronormatividade ao reduzir a autonomia económica da mulher e a capacidade dos homens de corresponder a expectativas em torno da masculinidade.

A COVID-19 marcará a geração de 1,5 bilhão de crianças que passaram pelo [encerramento das escolas](#), o que tem [consequências](#) distintas para meninas, incluindo abandono escolar, gravidezes indesejadas, violência e futuras oportunidades económicas reduzidas.

Além disso, estes efeitos económicos e sociais são ainda mais exacerbados pela interseção entre diversos estigmas anteriores, tais como os relacionados à saúde e desigualdades de género, deixando pessoas já vulneráveis e marginalizadas ainda mais afetadas pela pandemia, incluindo pessoas com deficiências, idosos, a comunidade LGBTQI+ e mulheres que vivem em [contextos humanitários](#). A atenção e o esforço político estão limitados para a redução de tais impactos negativos, embora os grandes esquemas de proteção social e recuperação económica possam desempenhar um papel significativo se bem direcionados e bem planeados.

Tema 5: Governança do sistema de saúde

As falhas na governança de género na natureza das respostas à COVID-19 incluem a [ausência de mulheres](#) nas principais entidades especializadas e de tomada de decisão da COVID-19. Em 334 equipas de trabalho avaliadas, as mulheres representavam em média 24% da mão-de-obra e lideravam somente 19% delas ([UNDP Gender Response Tracker](#)). A representação feminina é importante, uma vez que [líderes mulheres são mais propensas](#) que líderes homens a considerar os impactos a nível local e os serviços de bem-estar social. Embora seja fundamental a representação feminina na liderança da COVID-19, o contexto social em que isso acontece também é importante. Países com um contrato social com menos diferenças de poder, maior tolerância às incertezas e mais coletivismo têm [menores taxas de fatalidades por COVID-19](#) e estas características tendem a ser ampliadas pela liderança feminina quando comparada à masculina.

A omissão de vozes femininas e da comunidade nas entidades de tomada de decisão da COVID-19 pode explicar as respostas de nacionalis de género de natureza cega ou insensível ([UNDP Gender Response Tracker](#); [Portal Global Health 50/50](#)). Mais de metade das mais de 3000 políticas da COVID-19 examinadas pela UNDP eram insensíveis ao género, explicando as falhas ao abordar a violência contra a mulher, a segurança económica das mulheres e o trabalho doméstico não-remunerado.

É necessária uma compreensão mais profunda sobre o modo como uma liderança mais equitativa resulte em políticas de COVID-19 mais eficazes e que integrem a perspectiva de género. Não obstante, são também necessárias mais investigações num conjunto mais amplo de dimensões e níveis de governança da saúde que sejam relevantes para a dinâmica de género e COVID-19.

Os poderes emergentes implementados durante a pandemia constituíram um impedimento adicional para que os movimentos sociais que representam os grupos marginalizados trabalhassem de [forma autónoma](#). As respostas à pandemia também podem inadvertidamente reforçar hierarquias comunitárias. Por fim, a COVID-19 fez emergir certas questões regulatórias. As dimensões de género dos relatórios de testes clínicos, regimes de patentes e plataformas de segurança digital, entre outros, precisam ser mais profundamente analisadas.



Perguntas Ilustrativas Seleccionadas de Investigação

(A priorização da lista completa de perguntas de investigação está em curso. Inscreva-se [aqui](#) para participar na investigação.)

1. Estados de Saúde e Comportamento

Diferenças de sexo e género no risco de morbilidade e mortalidade da COVID-19; adoção de intervenções não-farmacêuticas e vacinas; e impacto sobre os resultados da saúde não relacionados à COVID-19.

- Qual é o papel das hormonas sexuais na infeção, morbilidade e mortalidade da COVID-19?
- Quais são os impactos diretos e indiretos da condição pós-COVID por género, tanto para a saúde mental como para a física a longo prazo?
- Quais são as estratégias mais eficazes para aumentar a aceitação de intervenções não-farmacêuticas considerando os estratificadores de género e intersetoriais?
- Qual é o impacto da pandemia nos níveis de abortos espontâneos precoces e baixo peso à nascença, gravidezes indesejadas, abortos seguros e perigosos, e os seus resultados?
- Qual é o impacto da COVID-19, por género, nas diferentes doenças crónicas e não-transmissíveis incluindo o cancro, doenças cardiovasculares, doenças cardiometabólicas, e condições autoimunes?

2. Tratamento e Diagnóstico

Integração de sexo biológico (feminino, masculino, intersexo) e género (mulheres, homens, indivíduos de género diverso) na investigação e desenvolvimento de produtos profiláticos (incluindo a vacina) terapêuticos, dispositivos médicos, diagnóstico e intervenções de saúde digital da COVID-19.

- Existem diferenças de sexo, género e idade na segurança, na eficácia, no intervalo ideal de dosagem, e nos intervalos e duração de proteção das diferentes vacinas contra COVID-19 ?
- Existem diferenças de sexo na produção de anticorpos contra COVID-19 que afeta a testagem de diagnóstico? Se sim, esta diferença é tida em consideração no desenvolvimento e uso de ensaios comerciais e na ponderação e na descrição dos resultados?
- Quais são as abordagens regulatórias e industriais para garantir a confeção e o descrição de resultados investigação que considerem o sexo biológico e o género feitas por cientistas inovadores e financiadores comerciais?
- Existem diferenças entre vários grupos de mulheres (incluindo mulheres grávidas e lactantes), homens e utilizadores de género diverso n valor percebido e na aceitação dos produtos terapêuticos e vacinas?
- Quais são as diferenças de sexo nos resultados da vacinação em populações pediátricas e como podem estas ser integradas nos estudos e formulação de dosagem pediátrica e planeamento de produto?

3. Prestação de Serviços de Saúde

A forma como o género influencia os insumos, a qualidade e a utilização da prestação de serviços de saúde para condições de saúde relacionadas e não relacionadas com a COVID-19.

- Qual é a eficácia dos diferentes modelos de reorganização de serviços para garantir a continuidade dos serviços de saúde materna, sexual e reprodutiva e violência de género durante a pandemia?
- Quais os modelos de prestação de serviços eficazes que podem dar apoio ao atendimento ao domicílio e reduzir a distribuição crescente e desigual de atendimento e trabalho não remunerado para mulheres e meninas?
- Quais as medidas mais eficazes (incluindo segurança, remuneração, acomodação e transporte) que abordam os desequilíbrios de género entre os profissionais de saúde agravados pela pandemia?
- Quais as melhorias que devem ser realizadas nos sistemas de informação de saúde para reportar dados desagregados por sexo e outros indicadores intersetoriais para melhorar os serviços durante e após a pandemia?
- Como são pagos/financiados os serviços individuais do COVID-19 e como isso afeta o acesso aos serviços e a proteção financeira por género?

4. Determinantes sociais e estruturais

O impacto da pandemia de COVID-19 em determinantes sociais e estruturais específicos da saúde com manifestações por género, incluindo a violência de género; salários, ocupação, trabalho e cuidados não remunerados diferenciados por género; normas sociais; educação; e as determinantes ambientais da saúde.

- Como é que o tipo, a gravidade e a frequência de diferentes tipos de VBG (incluindo violência online) mudaram durante as diferentes fases da pandemia de COVID-19 e por subpopulação?
- Houve reversão dos ganhos anteriores à pandemia nos principais indicadores de igualdade de género (participação feminina na força de trabalho, responsabilidades domésticas partilhadas, casamentos infantis, evasão escolar) ?
- Como é que a pandemia afetou o estigma, a discriminação e a marginalização vividos por diferentes grupos em diferentes regiões e contextos, incluindo pessoas LGBTQI+, profissionais do sexo, pessoas com deficiências, refugiados, pessoas em busca de asilo, migrantes, pessoas sem-abrigo, etc.?
- De que diferentes maneiras o encerramento das escolas impactou as oportunidades de educação de meninas e rapazes, incluindo taxas de matrícula e abandono escolar e mecanismos de cooperação entre famílias (por exemplo, casamento infantil, trabalho infantil)?
- Quão eficazes foram as políticas e intervenções de proteção social do governo na redução das desigualdades de género que foram exacerbadas pela pandemia (incluindo os lares chefiados por mulheres)?

5. Género e governança da saúde na COVID-19

Entender as relações entre os agentes que influenciam o poder e a tomada de decisão nos sistemas de saúde.

- Até que ponto a COVID-19 influenciou políticos e comunidades a comprometerem-se a abordar os determinantes sociais e económicos da saúde, particularmente os relacionados com o género e com a interseccionalidade? O que os permitiu fazer isso?
- Que tipo de evidência sobre género e COVID-19 é necessária para os tomadores de decisão e para que tipo de tomadores de decisão (governo, organização doadora, etc.)?
- Que abordagens são mais eficazes para a integração de múltiplos setores no planeamento e na resposta à pandemia, garantindo que o género seja considerado um factor central em todos esses processos?
- Em que medida os cidadãos e membros da comunidade se envolveram na implementação das medidas da COVID-19 - especialmente entre as populações marginalizadas? Que vozes são mais ouvidas e porquê, e quais são as suas implicações para as questões de género e COVID-19?
- Qual a melhor forma de garantir o equilíbrio de género e interseccional nos órgãos de tomada de decisão que administram as respostas à COVID-19?