



Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras

COVID-19 e Direitos Sexuais e Reprodutivos: Posicionamento da Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras

Apesar de a COVID-19 afetar diretamente mais os homens, há muitos motivos para nos preocuparmos com mulheres e meninas. Pandemias aprofundam desigualdades sociais e de gênero e é importante que governantes, gestores e sociedade civil estejam atentos tanto para minimizar os impactos do surto quanto para entender o impacto das próprias medidas de sua contenção sobre a saúde das pessoas¹.

As mulheres serão mais atingidas pelo impacto direto no trabalho informal, além dos impactos econômicos indiretos causados pelos cuidados com crianças e doentes. Elas serão também afetadas em longo prazo, pelo possível aumento no desemprego e na inflação².

O alerta sobre o aumento de casos de violência doméstica veio da China, onde as denúncias triplicaram durante o confinamento. As mulheres estão se vendo trancadas com seus agressores e a situação de insegurança econômica, alcoolismo e ansiedade só piora situações já precárias decorrentes do machismo. As redes de apoio – CRAS, casas abrigo e centros de saúde fecharam suas portas, restando-lhes poucas opções. Na Argentina, seis mulheres e meninas foram mortas nos nove primeiros dias de pandemia e o movimento feminista tem convocado um “barulhaço” contra o feminicídio. Vários países têm dado a devida visibilidade a esse problema. Enquanto o Estado falha, precisamos pensar maneiras de reforçar redes de apoio local, inclusive com oferta de abrigo para essas mulheres e seus filhos^{3,4}.

Direitos Reprodutivos

A importância do pré-natal para prevenção de mortalidade materna e neonatal é óbvia e bem documentada. Mas apesar do alerta de que mulheres gestantes e seus bebês devam ser consideradas população de risco e receber maior atenção quanto ao isolamento social durante o surto do COVID-19, consultas de pré-natal tanto na rede pública como até mesmo na rede privada estão sendo canceladas. A recomendação é que haja reforço no aconselhamento em saúde, rastreios e seguimento de gestantes, principalmente aquelas consideradas de alto risco gestacional, reforçando visitas e procedimentos em clínicas obstétricas que tenham especial atenção às medidas de prevenção para COVID-19, não havendo qualquer justificativa para que essas mulheres e suas famílias sejam deixadas à deriva. As consultas podem ser readequadas para o mínimo de consultas presenciais seguindo a rotina do Ministério da Saúde (seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre)⁵, e também devem ser evitados exames desnecessários que fogem das recomendações do MS e aumentam o risco de exposição da



Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras

gestante⁶⁻⁷. A própria Sociedade Internacional de Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia (ISUOG) recomendou que exames ecográficos precoces são desnecessários em mulheres assintomáticas⁸. As consultas presenciais devem ser realizadas em ambientes reservados para gestantes, garantindo-se o distanciamento mínimo preconizado interpessoal, com estoque de álcool gel e triagem dos sintomas. Teleatendimento deve ser encorajado para alternar com as consultas e monitorar a saúde, elucidar dúvidas e avaliar resultados de exames.

No tocante às mulheres que estejam tentando engravidar, a tendência corroborada por várias sociedades é de recomendar que retardem essas tentativas⁹⁻¹¹. São ainda incertos os efeitos da COVID-19 na evolução da gravidez e em seus desfechos, e não se pode descartar aumento do risco de complicações. É importante ressaltar que uma mulher que engravida durante a pandemia terá necessidade maior de buscar o serviço de saúde e, conseqüente, maior exposição e risco de contágio. Além disso, o maior número de gestantes iniciando o pré-natal durante a pandemia também acarretará uma sobrecarga ao sistema de saúde neste momento em que precisamos preservá-lo para o cuidado a pessoas doentes com as formas moderadas e graves da COVID-19.

A infecção por COVID-19 é uma doença nova e ainda estamos aprendendo como afeta mulheres grávidas. Atualmente, não há evidências que sugiram que as mulheres grávidas corram maior risco de ficar gravemente doentes com COVID-19, nem tampouco há evidências de teratogenicidade ou de que um feto em desenvolvimento possa ser afetado negativamente pela doença. Porém as séries publicadas são muito pequenas para permitir conclusões definitivas, uma vez que em sua maioria refletem o comportamento da pandemia em países e regiões com baixa taxa de natalidade e número bem menor de gestantes que em nosso meio. Além disso, a quase totalidade dos estudos só incluiu gestantes com mais de 20 semanas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que as mulheres grávidas não parecem mais propensas a contrair a infecção do que a população em geral⁵, porém elas podem ser mais susceptíveis a complicações no terceiro trimestre e no puerpério. A própria gravidez altera o sistema imunológico, determina modificações cardiorrespiratórias e afeta a resposta a infecções virais em geral, que ocasionalmente podem causar sintomas mais graves. Seria o mesmo para o COVID-19¹². No entanto, os dados disponíveis sobre os efeitos exatos do COVID-19 na fertilidade, na gravidez e no desenvolvimento fetal ainda são escassos.



Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras

Com relação aos riscos para o bebê, há ainda muitas dúvidas quanto à possibilidade de transmissão vertical (transmissão da mulher para o bebê antes ou depois do parto)¹³⁻¹⁴. Evidências emergentes sugerem que a transmissão vertical é provável, embora a proporção de gestações afetadas e o impacto na saúde do recém-nascido ainda não tenham sido determinados. Relatos de casos da China sugerem que não havia evidências disso¹⁵⁻¹⁸. As evidências por ora são todas baseadas em um pequeno número de casos. A situação pode mudar uma vez que a COVID-19 tem afetado outros países. Há também relatos de parto prematuro e restrição de crescimento intrauterino associados à infecção por COVID-19. Há relatos de casos de parto prematuro em mulheres com COVID-19, mas não está claro se isso foi iatrogênico (cesariana) em todos os casos ou se alguns foram partos espontâneos. O parto prematuro iatrogênico por cesariana foi predominantemente para indicações maternas relacionadas à infecção viral, embora houvesse evidências de comprometimento fetal e ruptura prematura das membranas em pelo menos um relato¹⁹. Continuaremos a monitorar os resultados maternos e neonatais, principalmente aqui no Brasil.

Além de atenção pré-natal continuada com informações para mulheres grávidas se protegerem de COVID-19, seria, portanto interessante e primordial que serviços de saúde da mulher continuassem oferecendo planejamento reprodutivo às mulheres, pois não se pode simplesmente recomendar que não engravidem sem oferta adequada de métodos contraceptivos, devendo incluir:

- Maior acesso a métodos contraceptivos de longa duração (LARCs) quando for desejo da mulher (por exemplo, o DIU de cobre, disponível na rede pública)²⁰
- Extensão do tempo de uso dos LARCs (implante de etonogestrel, dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel; dispositivo intrauterino de cobre), de maneira a evitar consultas para retirada/troca dos dispositivos durante a pandemia, já que o uso além do prazo de validade em bula tem sido estudado com boa eficácia dos métodos²¹⁻²⁴,
- Ampliação da validade de receitas de contraceptivos (atualmente, o prazo é de um ano), de maneira a evitar barreiras para o acesso e a dispensação dos métodos nas farmácias
- Planejamento com relação aos estoques dessas medicações já que há a possibilidade de enfrentarmos escassez de medicamentos como contraceptivos, antirretrovirais para HIV/Aids e antibióticos para IST. Isso deve-se à quebra de cadeias de fornecedores em geral. A China



Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras

é o segundo maior exportador de produtos farmacêuticos no mundo e o fechamento de várias fábricas causou retardo na produção de medicamentos na indústria indiana²⁵,

– Manutenção dos serviços de aborto previsto em lei, essencial em tempos de pandemia, com a possibilidade do uso da combinação mifepristone (ainda não aprovado pela ANVISA) e misoprostol por telemedicina^{13,26-29},

– Aprovação do aborto cirúrgico em regime ambulatorial de maneira a reduzir a necessidade de internação hospitalar e liberar leitos para o enfrentamento à pandemia²⁸⁻³³.

Durante uma crise da dimensão desta que enfrentamos, na qual o isolamento social parece ser, por hora, a única maneira de contermos a pandemia, e com a perspectiva de que esse quadro se arraste por um longo período é preciso que consideremos também os riscos dessa estratégia para grupos em maior vulnerabilidade. Isso não significa antagonizar com essa necessidade, mas trazer elementos para definirmos prioridades e estratégias individuais e coletivas para minimizar os danos às mulheres.

Halana Faria – Médica ginecologista. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras.

Helena BMS Paro – Médica ginecologista e obstetra. Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras. Rede Médica pelo Direito de Decidir (Global Doctors for Choice Brazil).

Maria Helena Bastos - Médica ginecologista e obstetra. Pesquisadora em Saúde da Mulher, Adolescente e Criança. Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras. Rede Médica pelo Direito de Decidir (Global Doctors for Choice Brazil).

Melania Maria Ramos de Amorim – Médica ginecologista e obstetra. Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras. Rede Médica pelo Direito de Decidir (Global Doctors for Choice Brazil)



Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras

Referências

1. UNFPA. COVID-19: um olhar para o gênero. Proteção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos e promoção da igualdade de gênero. Março 2020. Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/covid19_olhar_genero.pdf?fbclid=IwAR2Ki58yDlOkaIsD8VbCYkqTa2uD8HLbcavg2AZ4Ib8s0Dkwf7qXPb3fC8
2. Gênero e número. Trabalhadoras informais temem não ter como alimentar os filhos em crise do coronavírus. 24 março 2020. Disponível em: <http://www.generonumero.media/trabalhadoras-informais-temem-nao-ter-como-alimentar-os-filhos-em-crise-do-coronavirus/?fbclid=IwAR10TdB1z4uVxTn0aRM36IbSDqmgkzNOVf7cwOmYDECOOGemXnM8DfBYXc>
3. Rabelo J. O cárcere feminino do Coronavírus. 22 março 2020. Disponível em: <https://catarinas.info/o-carcere-feminino-do-coronavirus/?fbclid=IwAR2AkSnOwjJxPTMe1mJw09X9QPkkdGG3QjEPK6tFfjRvSeEeFK9UeHZObE4>
4. Gearing A. Coronavirus and 'domestic terrorism': how to stop family violence under lockdown. March 31 2020. Disponível em: https://theconversation.com/coronavirus-and-domestic-terrorism-how-to-stop-family-violence-under-lockdown-135056?utm_source=facebook&utm_medium=bylinefacebookbutton&fbclid=IwAR2IUtIvgGsYLL2XpOEOSyybZ_9FF958R7UnMtpSi4ItZq7MPc8GNNRKUz4
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2019. 57 p.: il. ISBN: 978-85-94091-12-3
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Nº 21/2011/URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS. Recomendação para não realização de exame de rotina para rubéola em gestantes. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/imunizacao/notas-tecnicas/nota-tecnica-rubeola.pdf>
8. ISUOG Consensus Statement on rationalization of gynecological ultrasound services in context of SARS-CoV-2. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/uog.22047>
9. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). COVID-19: Suggestions On Managing Patients Who Are Undergoing Infertility Therapy Or Desiring Pregnancy. Disponível em: <https://www.asrm.org/news-and-publications/news-and-research/press-releases-and-bulletins/covid-19-suggestions-on-managing-patients-who-are-undergoing-infertility-therapy-or-desiring-pregnancy/>



Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras

10. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH). COVID-19: acompanhamento de pacientes submetidas às terapias de reprodução assistida ou que desejam engravidar. Disponível em: <https://www.sbrh.org.br/?p=5013>
11. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). Assisted reproduction and COVID-19. Disponível em: <https://www.eshre.eu/Press-Room/ESHRE-News>
12. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 16-24 Fevereiro de 2020, Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
13. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? Lancet 2020; 395(10226):760-762. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30365-2. Epub 2020 Feb 12.
14. Dong L, Tian J, He S, et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. JAMA. Published online March 26, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4621
15. Zeng H, Xu C, Fan J, et al. Antibodies in Infants Born to Mothers With COVID-19 Pneumonia. JAMA 2020. doi: 10.1001/jama.2020.4861
16. Chen H, Guo J, Wang C, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. Lancet 2020 doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
17. Chen Y, Peng H, Wang L, et al. Infants Born to Mothers With a New Coronavirus (COVID-19). Frontiers in Pediatrics 2020;8(104) doi: 10.3389/fped.2020.00104
18. Li N, Han L, Peng M, et al. Maternal and neonatal outcomes of pregnant women with COVID-19 pneumonia: a case-control study. . Pre-print doi: 10.1101/2020.03.10.20033605
19. Zhu H, Wang L, Fang C, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. Transl Pediatr 2020;9(1):51-60. doi: <http://dx.doi.org/10.21037/tp.2020.02.06>
20. Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, et al. Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID -19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM 2020 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100107>
21. INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (FIGO). Sexual Reproductive Health in humanitarian settings during COVID-19. 30 March 2020. Disponível em: <https://www.who.org/srh-humanitarian-settings-during-covid-19>
22. UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME/UNITED NATIONS POPULATION FUND/WORLD HEALTH ORGANIZATION/WORLD BANK, SPECIAL PROGRAMME OF RESEARCH, DEVELOPMENT AND RESEARCH TRAINING IN HUMAN REPRODUCTION. Long-term reversible contraception. Twelve years of experience with the TCU380A and TCU220C Contraception 1997;56(6):341-52.
23. BAHAMONDES L, FAUNDES A, SOBREIRA-LIMA B, LUI-FILHO JF, PECCI P, MATERA S. TCU 380A IUD: a reversible permanent contraceptive method in women over 35 years of age. Contraception 2005;72(5):337-41.



Rede Feminista de Ginecologistas e Obstetras

24. ALI M, AKIN A, BAHAMONDES L, BRACHE V, HABIB N, LANDOULSI S, HUBACHER D; WHO STUDY GROUP ON SUBDERMAL CONTRACEPTIVE IMPLANTS FOR WOMEN. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod* 2016;31(11):2491-2498.
25. MCNICHOLAS C, SWOR E, WAN L, PEIPERT JF. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Jun;216(6):586.e1-586.e6. doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.036.
26. Ahmed Z, Sonfiel A. The COVID-19 Outbreak: Potential Fallout for Sexual and Reproductive Health and Rights. March 11 2020. Disponível em: <https://www.guttmacher.org/article/2020/03/covid-19-outbreak-potential-fallout-sexual-and-reproductive-health-and-rights>
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medical management of abortion. Geneva: WHO, 2014.
28. GAMBIR, K.; KIM, C.; NECASTRO, K.A.; GANATRA, B.; NGO, T.D. Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 3. Art. No.: CD013181. DOI: 10.1002/14651858.CD013181.pub2.
29. ENDLER, M.; LAVELANET, A.; CLEEVE, A.; GANATRA, B.; GOMPERTS, R.; GEMZELL-DANIELSSON, K. Telemedicine for medical abortion: a systematic review. *BJOG* 2019 Aug;126(9):1094-1102. doi: 10.1111/1471-0528.15684.
30. ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (RCOG); FACULTY OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH (FSRH); BRITISH SOCIETY OF ABORTION CARE PROVIDERS (BSACP); ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES (RCM) Coronavirus (COVID-19) infection and abortion care. London: RCOG, 2020. 01 April 2020.
31. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: Interim guidance – 13 March 2020. Geneva: WHO, 2020.
32. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Joint Statement on Abortion Access During the COVID-19 Outbreak. Disponível em: <https://www.acog.org/news/news-releases/2020/03/joint-statement-on-abortion-access-during-the-covid-19-outbreak>.
33. MECKSTROTH, K.; PAUL, M. First-trimester aspiration abortion. In: Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes DA, Stubblefield PG, Creinin MD. Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care. Wiley-Blackwell, 2009.