

Fecundidad, salud sexual y reproductiva en tiempos de la COVID-19 en Latinoamérica

Celia Hubert,
Paula Miranda-Ribeiro,
Viviana Salinas
EDITORAS EJECUTIVAS



Fecundidad, salud sexual y reproductiva en tiempos de la COVID-19 en Latinoamérica

Celia Hubert,
Paula Miranda-Ribeiro,
Viviana Salinas
EDITORAS EJECUTIVAS

Serie Investigaciones
Latinoamericanas de Población,
ILAPO/ n. 2

ALAP Editor



1a Edición Río de Janeiro

2022

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Fecundidad, salud sexual y reproductiva en tiempos de la COVID-19
en Latinoamérica [livro eletrônico] / editoras ejecutivas Cella
Hubert, Paula Miranda-Ribeiro, Viviana Salinas. -- 2. ed. -- Rio de
Janeiro : ALAP, 2022. -- (Serie investigaciones latinoamericanas de
población ; 2)

Bibliografía.
ISBN 978-65-89471-04-2

1. America Latina - Civilização 2. América Latina - Saúde pública 3.
Coronavírus (COVID-19) - Aspectos da saúde 4. Fecundidade 5. Saúde
pública 6. Saúde sexual I. Hubert, Cella. II. Miranda-Ribeiro, Paula. III.
Salinas, Viviana. IV. Série.

22-125501

CDD-614.098

Índices para catálogo sistemático:

1. América Latina : Saúde pública 614.098

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Las opiniones expresadas en esta publicación son de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la posición oficial de la Asociación Latinoamericana de Población o de alguno de sus integrantes.

©2022. Asociación Latinoamericana de Población Primera edición, Río de Janeiro, Brasil

ISBN 978-65-89471-04-2 versión digital

Esta obra se dictaminó por pares académicos y cuenta con la aprobación del Comité Editorial de la Serie Investigaciones de ALAP para su publicación.

Este libro fue publicado con recursos propios de ALAP

ILUSTRACIÓN DE PORTADA: Tatyana Antusenok

PRODUCCIÓN EDITORIAL: Traço Publicações e Desgin (Flávia Fábio e Fabiana Grassano)

La Asociación Latinoamericana de Población (ALAP) es una organización científica que aglutina investigadores, investigadoras, estudiantes y profesionales de veintinueve países interesados en estudios de población de América Latina y el Caribe.

ALAP es un foro privilegiado para la consolidación y difusión del conocimiento demográfico y un espacio abierto a la discusión y debate de las distintas perspectivas analíticas

y posiciones regionales y nacionales sobre las temáticas actuales en materia de población.

Objetivos

- Propiciar, organizar y conducir diferentes tipos de encuentros interdisciplinarios como congresos, reuniones académicas, foros y seminarios regionales y subregionales.
- Publicar los resultados de estudios, investigaciones y eventos realizados institucionalmente o por sus asociados de acuerdo con los propósitos de la ALAP.
- Contribuir al intercambio de información, la elaboración y difusión de conocimiento y el enriquecimiento metodológico sobre la demografía latinoamericana entre los científicos sociales de la región, los centros e instituciones académicas y de investigación, los organismos no gubernamentales y los gobiernos.
- Contribuir a que los hallazgos de la investigación sociodemográfica sean utilizados en la definición de políticas de desarrollo y en la enseñanza de las ciencias sociales.

Publicaciones de ALAP

ALAP cuenta con cuatro tipos de publicaciones regulares, todas disponibles en línea:

1. La Revista Latinoamericana de Población (RELAP).
2. Las colecciones de libros Serie Investigaciones y E-Investigaciones, que dieron paso a la nueva Serie Investigaciones Latinoamericanas sobre Población (ILAPO).
3. La publicación de difusión Novedades-ALAP.
4. Los anales de los Congresos de ALAP.

Las líneas editoriales de ALAP son definidas por el Comité de Publicaciones en conjunto con el Consejo de Dirección, que trabajan en el sentido de ampliar las formas de divulgación de los resultados de investigación y textos dirigidos a la enseñanza.

ALAP gestión 2021-2022 Consejo de Dirección

PRESIDENTA:
Joice Melo Vieira (Universidade Estadual de Campinas, Brasil)

VICEPRESIDENTA:
Nubia Ruiz (Universidad Nacional de Colombia, Colombia)

SECRETARIA GENERAL:

Daniela González Ollino (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Chile)

SECRETARIO DE FINANZAS:

Gabriel Borges (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, Brasil)

Vocales titulares y suplentes

Fernando Ruiz Vallejo (Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia)

Sagrario Garay (Universidad Autónoma de Nuevo León, México)

Laura Acosta (Universidad Autónoma de Córdoba, Argentina)

Tania Vásquez, (Instituto de Estudios Peruanos, Perú)

Brenda Yépez (Universidad Central de Venezuela, Venezuela)

Martín Koolhaas (Universidad de la República, Uruguay)

Comité de Publicaciones

EDITORES RELAP:

Irene Casique Rodríguez, (Universidad Nacional Autónoma de México); Sonia Frías, (Universidad Nacional Autónoma de México)

EDITORES Serie ILAPO: Magda Ruiz (Colombia), Rosana Baeninger (NEPO, Unicamp, Brasil)

Comité Editorial de la Serie Investigaciones

EDITORES GENERALES:

Magda Ruiz (Colombia), Rosana Baeninger (NEPO, Unicamp, Brasil)

COORDINADORES DE LAS REDES DE INVESTIGACIÓN:

Jorge Martínez (CELADE, Chile), Martha Luz Rojas Wiesner (ECOSUR, México)

EDITORAS EJECUTIVAS DEL NÚMERO:

Celia Hubert (INSP, México), Paula Miranda-Ribeiro (CEDEPLAR/UFMG, Brasil), Viviana Salinas (PUC, Chile)

POR EL CONSEJO DE DIRECCIÓN DE ALAP:

Joice Melo Vieira (Universidade Estadual de Campinas, Brasil)

POR EL CONSEJO CONSULTIVO DE ALAP:

Verónica Montes de Oca (Universidad Nacional Autónoma de México, México)

Secretaría Administrativa de ALAP

Núcleo de Estudos de População "Elza Berquó"- NEPO Universidade Estadual de Campinas-Unicamp

Cidade Universitaria Zeférino Vaz, Av. Albert Einstein, 1300 - Campinas – SP, Brasil
Caixa Postal: 6166 - CEP: 13081-970
<<http://www.alapop.org>>

Índice de contenidos

APRESENTAÇÃO

Joice Melo Vieira, Asociación Latinoamericana de Población 7

INTRODUÇÃO

10

Buscando informações sobre saúde sexual e reprodutiva na internet em tempos de COVID-19: um estudo comparativo entre Argentina, Brasil e Chile
por Paula Miranda-Ribeiro, Andréa Branco Simão, Laura Maciel Freitas, Andreza Cristiane Reis de Miranda 17

Exploring the effects of COVID-19 on the lives of Brazilian women: results of a national online survey
por Raquel Zanatta Coutinho, Bruna Firmino y David C. Mallinson 38

Con o sin pandemia. La persistencia de la caída de la fecundidad en Uruguay
por Wanda Cabella e Ignacio Pardo 67

Gestar e parir durante a COVID-19: percepções sobre a assistência obstétrica em tempos de crise sanitária
por Raquel Zanatta Coutinho, Fabiana Guimarães, Michelle Ferreira, Sônia Lansky 87

COVID-19 y la salud reproductiva de las mujeres mexicanas: el caso de los cánceres de seno y cervicouterino
por Rosario Cárdenas 107

Garantía de derechos fundamentales en mujeres esterilizadas en Bogotá.
por Jenny Amparo Lozano Beltrán 128

AUTORES y COORDINADORAS

146

APRESENTAÇÃO

É com imensa satisfação que o Conselho Diretivo da Associação Latino-Americana de População (ALAP) entrega à comunidade científica e a todos os interessados este segundo livro da Serie *Investigaciones Latinoamericanas sobre Población* (ILAPO) intitulado *Fecundidad, salud sexual y reproductiva en tiempos de la COVID-19 en Latinoamérica*.

Considerando que uma das principais metas da ALAP é favorecer o intercâmbio de informações, a elaboração e difusão de conhecimento sobre a demografia latino-americana através de suas publicações, em 2021, lançamos um edital de seleção de propostas de livro que nos permitisse identificar o próximo projeto editorial a embasar o segundo volume da série ILAPO. Foram apresentados quatro projetos editoriais, dentre eles o da Rede de Saúde Sexual e Reprodutiva, que foi aquele por fim escolhido para compor a presente publicação.

As editoras executivas desse volume, Celia Hubert, Paula Miranda-Ribeiro e Viviana Salinas reuniram nesta obra seis capítulos que procuram cercar diferentes aspectos da fecundidade e da saúde sexual e reprodutiva durante a pandemia de COVID-19 na América Latina. Destaca-se que esse trabalho procurou contemplar ao máximo a diversidade regional, lançando luz sobre experiências vividas pelas populações de países como Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México e Uruguai ao longo de um dos períodos mais complexos da história recente. É notável o esforço dos autores e autoras para refletir sobre o que aconteceu com a fecundidade e a atenção à saúde sexual e reprodutiva, mesmo com todas as dificuldades de obtenção de dados que marca esse período.

Como os leitores notarão, as contribuições metodológicas desse volume devem ser sublinhadas. Vislumbra-se o potencial da exploração de dados provenientes do Google Trends para o tratamento de questões demográficas, assim como os desafios da coleta de dados via questionário online. Outros capítulos exemplificam aplicações bem estabelecidas de métodos quantitativos e qualitativos no campo dos estudos populacionais.

Deve-se mencionar ainda que todos os capítulos passaram pela avaliação cega de pares. Essa é uma prática rotineira nas publicações da ALAP e que busca fomentar o aperfeiçoamento e desenvolvimento da pesquisa em nossa área.

Felicitamos os autores, autoras e editoras executivas que veem o trabalho árduo de tantos meses atingir o seu objetivo final. Obrigada por mais esse trabalho coletivo.

Aproveitamos a ocasião para também agradecer à comissão avaliadora dos projetos de livros submetidos na convocatória realizada em 2021 e aos pareceristas anônimos que acompanharam e revisaram cada capítulo aqui apresentado.

Vale mencionar que este volume foi financiado integralmente com recursos próprios da ALAP. Esperamos que em breve outras redes de investigação da associação possam ser contempladas em novas oportunidades.

Por fim, desejamos que este livro estimule reflexões e novas pesquisas sobre o que vem ocorrendo com a fecundidade latino-americana bem como com a saúde sexual e reprodutiva nestes anos de pandemia e pós-pandemia. Boa leitura!

Profa. Dra. Joice Melo Vieira
Presidente da ALAP no biênio 2021-2022

La pandemia de SARS-CoV2 ha tenido un impacto enorme en las dinámicas demográficas. Más allá del obvio impacto en mortalidad, ha afectado también los procesos migratorios y, en lo que nos compete en este libro, ha afectado diferentes aspectos de la fecundidad y la salud sexual y reproductiva de las personas, en todo el mundo. Aunque todavía es temprano para confirmar qué cambios han ocurrido en distintos países, podemos estar seguros de que se han observado cambios en la fecundidad. Estos cambios no han sido homogéneos. Mientras en algunos países se ha observado una notable disminución en la fecundidad, en otros, no parece existir evidencia de cambios sustantivos (Aassve, Cavalli, Mencarini, Plach, y Livi Bacci, 2020). La experiencia de epidemias anteriores –notablemente, la de la Gripe Española entre 1918 y 1920– ha mostrado que las personas suelen posponer o revisar sus intenciones reproductivas ante amenazas sanitarias de este nivel (Sobotka et al., 2021).

En un análisis relativamente temprano, Aasve y colegas (2020) hipotetizaron que las potenciales consecuencias de la pandemia dependerían del nivel de ingreso de los países, con posibles caídas de la fecundidad en sociedades de altos ingresos, y potenciales aumentos en sociedades de bajos ingresos y/o en áreas rurales. En el primer caso, la incertidumbre económica se sumaría a la inseguridad sanitaria, empujando a las parejas a controlar su fecundidad. En el segundo, la convivencia forzada que las cuarentenas impusieron a las parejas, sumado a potenciales dificultades en el acceso a anticonceptivos, explicaría un aumento en los nacimientos.

Algunos estudios han mostrado que la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva pudieron haberse interrumpido o reducido por la reasignación de tareas del personal de salud en favor de la atención de la pandemia (Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) y United Nations Population Fund (UNFPA), 2020; Hussein, 2020; Riley, Sully, Ahmed, y Biddlecom, 2020; Tang et al., 2020). Los servicios de salud materno e infantil

también se vieron interrumpidos o reducidos, lo que se estima incrementará las complicaciones obstétricas y de salud, las muertes maternas y de recién nacidos (Riley et al., 2020). Asimismo, el acceso a abortos seguros también fue afectado durante la pandemia. Se estima que en países de bajos y medianos ingresos se incrementó el número de abortos inseguros, así como las muertes maternas relacionadas con este tipo de aborto (Riley et al., 2020; Tang et al., 2020).

En contraste, la evidencia empírica con la que contamos a la fecha indica que con la pandemia se ha observado un aumento en la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva a través de telemedicina o servicios a distancia (Cheng et al., 2021). Además, la evidencia de otras epidemias muestra que el internet ha sido una herramienta de gran utilidad para buscar información sobre servicios de salud sexual y reproductiva, como los de aborto (Leone, Coast, Correa, y Wenham, 2021). Internet no sólo jugó un papel importante en la búsqueda de información y provisión de servicios de salud en línea, sino que también ha sido fundamental en la vida sexual de las personas, pues con las medidas de distanciamiento social y los confinamientos establecidos en algunos países, las personas que no cohabitaban con sus parejas encontraron en Internet una herramienta para ejercer su sexualidad (Eleuteri y Terzitta, 2021).

Entre los efectos adversos de la pandemia, se ha documentado la pérdida o reducción del ingreso de algunos hogares debido a la pérdida de empleos derivada de los cierres de las economías por las medidas de contención y distanciamiento social (Maurizio, 2021). Esta crisis afectó de manera indirecta y de formas diversas la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Por un lado, al reducirse los ingresos de los hogares, algunas mujeres optaron por no acudir a los centros de salud, por no contar con los medios para transportarse. Por otro lado, el incremento en las horas dedicadas al cuidado, debido a la suspensión de clases presenciales, también pudieron afectar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (ECLAC-UNFPA, 2020).

Adicionalmente, se ha señalado que las medidas de confinamiento, los problemas financieros, las tensiones entre la atención al teletrabajo y los cuidados, así como el abuso de sustancias exacerbaron la violencia contra mujeres (Valdez-Santiago, Villalobos-Hernández, Arenas-Monreal, Flores, y Ramos-Lira, 2021), y al mismo tiempo el acceso a medidas de prevención, seguridad y apoyo fue afectado (Ruiz-Perez y Pastor-Moreno, 2021; Tran, Tappis, Spilotros, Krause, y Knaster, 2020). El incremento de la violencia y la falta de apoyos para enfrentarla puede resultar en el incremento de embarazos no deseados o planificados (ECLAC-UNFPA, 2020).

Se observa que la violencia, el confinamiento, la falta de provisión de anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva afectaron de manera desproporcionada a las mujeres, niñas y poblaciones vulnerables, exacerbando las inequidades de género que ya existían antes de la pandemia (Mukherjee, Khan, Dasgupta, y Samari, 2021). Además, la pobreza, la pérdida de ingresos, la intolerancia, entre otros factores, afectan tanto la salud sexual y reproductiva como los derechos (Hussein, 2020). La afectación a los derechos sexuales y reproductivos es también tema de interés en América Latina, dado que es la región más

desigual del planeta (Gaudin y Pareyón-Noguez, 2020). El embarazo en adolescencia y la mortalidad materna afectan principalmente a los grupos vulnerables; se estima que estos pueden incrementarse debido a la pandemia (ECLAC-UNFPA, 2020).

Finalmente, se ha observado que, como consecuencia de la pandemia, se ha incrementado el número de encuestas en línea para la investigación en general y de fecundidad y salud sexual y reproductiva en particular (Hlatshwako et al., 2021). Esta herramienta fue de gran utilidad en un momento en que las restricciones sanitarias aconsejaban el distanciamiento social.

En el presente libro se documenta la situación de la fecundidad y la salud sexual y reproductiva en América Latina durante la pandemia. Presentamos seis capítulos que analizan diferentes aspectos de la vida de las personas en el marco de la pandemia por COVID-19. Lo hacen aprovechando estadísticas vitales e información de los sistemas sanitarios nacionales, pero también desarrollando estrategias creativas para levantar información – como el análisis de patrones de búsquedas en Internet y la realización de entrevistas de manera remota.

En el capítulo uno Paula Miranda-Ribeiro, Andréa Branco Simão, Laura Maciel Freitas y Andreza Cristiane Reis de Miranda indagan en el uso de Internet para obtener información acerca de temas de salud sexual y reproductiva en Brasil, Argentina y Chile durante la pandemia. Analizan la búsqueda de términos que pudieron haber sido afectados por las condiciones que la pandemia impuso – incluyendo el confinamiento y las restricciones a la interacción personal, pero también a la dificultad de acceder a servicios de salud – por ejemplo, para evitar el embarazo y aborto, pero también otros términos como sexo online y masturbación. Las autoras muestran una correlación leve y negativa entre la pandemia y las búsquedas en Internet asociadas al aborto, pero también una correlación positiva y leve entre pandemia y sexo virtual, que sugiere que las personas pueden haber usado Internet para reemplazar las interacciones presenciales.

En el capítulo dos, Raquel Zanatta Coutinho, Bruna Firmino y David Mallison en su artículo “Exploring the effects of COVID-19 on the lives of Brazilian women: results of a national online survey” buscan conocer cómo la COVID-19 pudo afectar las vidas de las mujeres en Brasil en términos de cambios en trabajo de cuidados, variaciones del ingreso, violencia y barreras de acceso a servicios de salud. Para lograr su objetivo utilizaron información de una encuesta en línea especialmente diseñada para recolectar información sobre afectaciones de las personas por el virus Zika y la COVID-19. Los autores encuentran que las mujeres con mayores vulnerabilidades, como baja educación, bajos ingresos, ser de color, enfrentaron mayores cargas de trabajo de cuidado, mayor violencia y más barreras de acceso a servicios de salud durante la pandemia.

En el capítulo tres, Wanda Cabella e Ignacio Pardo se preguntan directamente si la pandemia alteró la trayectoria de caída que venía mostrando la fecundidad uruguaya. El análisis de las estadísticas vitales sugiere que la pandemia sí habría intensificado la caída de la fecundidad, más allá de la trayectoria de descenso que podría haberse predicho sin pandemia. Los autores atribuyen esta caída a

las medidas de distanciamiento social, pero también al desfavorable escenario laboral que la pandemia trajo y a la carga de cuidado que impuso a las mujeres, elementos que desincentivan la decisión de tener un hijo.

El capítulo cuatro, “Gestar e parir durante a COVID-19: percepções maternas sobre os aspectos assistenciais e emocionais em tempos de crise sanitária,” Raquel Zanatta Coutinho, Fabiana Guimarães, Michelle Elaine Siqueira Ferreira, Sônia Lansky entregan un análisis de datos cualitativos sobre la experiencia gestacional y parto durante la pandemia, de un grupo de mujeres que formaron parte del estudio “Percepções sobre assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte.” Las autoras encuentran que la pandemia afectó negativamente la experiencia del embarazo parto y puerperio de las participantes, principalmente relacionados con el aislamiento social, y su efecto psicológico y de comportamiento. Asimismo, encuentran que las medidas para la atención obstétrica implementadas en la pandemia restringieron el acceso a la información, la salud y el bienestar.

En el capítulo cinco titulado COVID-19 y la utilización de servicios de salud reproductiva de las mujeres mexicanas: cánceres de seno y cervicouterino, Rosario Cárdenas presenta el caso de México, donde se observan reducciones en la identificación de casos de cáncer de seno y de cuello de útero en 2020 y una aparente recuperación en la identificación de casos en 2021. Con respecto a la displasia cervical severa y cáncer cervicouterino *in situ*, se observa un patrón similar al observado en la identificación de cáncer de seno y de cuello uterino. Estos resultados ilustran algunas de las afectaciones que las mujeres enfrentaron por la pandemia, pues la reducción en la detección de casos pudo ser influida por los temores de contagio percibidos por la población al acudir a unidades médicas.

Finalmente, en el sexto capítulo titulado Garantía de los derechos fundamentales en mujeres esterilizadas en Bogotá, Jenny Amparo Lozano Beltrán presenta un estudio cualitativo llevado a cabo en Bogotá durante la pandemia de COVID-19, donde indaga la situación de mujeres que se practicaron la esterilización. Los resultados muestran que hace falta ofrecer a las mujeres consejería adecuada, previo al procedimiento, así como mejorar la capacitación del personal que atiende a estas mujeres, centrada en el respeto a los derechos de las mujeres y la provisión de información necesaria para que éstas tomen decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Esperamos que este volumen contribuya a la reflexión acerca de las consecuencias que la pandemia por coronavirus tendrá en materias demográficas. También esperamos que entregue información de utilidad para llamar la atención sobre las necesidades de la población latinoamericana en materia de salud sexual y reproductiva.

Referencias

- Aassve, A., Cavalli, N., Mencarini, L., Plach, S., y Livi Bacci, M. (2020). The COVID-19 pandemic and human fertility. *Science*, 369(6502), 370–371. <https://doi.org/10.1126/science.abc9520>
- Cheng, Y., Boerma, C., Peck, L., Botfield, J. R., Estoesta, J., y McGeechan, K. (2021). Telehealth sexual and reproductive health care during the COVID-19 pandemic. *Medical Journal of Australia*, 215(8), 371–372. <https://doi.org/https://doi.org/10.5694/mja2.51219>
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), y United Nations Population Fund (UNFPA). (2020). *Risks of the COVID-19 pandemic for the exercise of women's sexual and reproductive rights. Gender Equality Observatory*. Recuperado a partir de <https://www.cepal.org/en/publications/46508-risks-COVID-19-pandemic-exercise-womens-sexual-and-reproductive-rights>
- Eleuteri, S., y Terzitta, G. (2021). Sexuality during the COVID-19 pandemic: The importance of Internet. *Sexologies*, 30(1), e55–e60. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2020.12.008>
- Gaudin, Y., y Pareyón-Noguez, R. (2020). *Brechas estructurales en América Latina y el Caribe. Una perspectiva conceptual-metodológica. Documentos de Proyectos*. Ciudad de México. Recuperado a partir de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43405/7/S1800082_es.pdf
- Hlatshwako, T. G., Shah, S. J., Kosana, P., Adebayo, E., Hendriks, J., Larsson, E. C., ... Tucker, J. D. (2021). Online health survey research during COVID-19. *The Lancet Digital Health*, 3(2), e76–e77. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(21\)00002-9](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00002-9)
- Hussein, J. (2020). COVID-19_ iWhat implications for sexual and reproductive health and rights globally? *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1–3.
- Leone, T., Coast, E., Correa, S., y Wenham, C. (2021). Web-based searching for abortion information during health emergencies: a case study of Brazil during the 2015/2016 Zika outbreak. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 133–145. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1883804>
- Maurizio, R. (2021). *Transitando la crisis laboral por la pandemia : hacia una recuperación del empleo centrada en las personas. Serie Panorama Laboral en América Latina y el Caribe 2021*. Recuperado a partir de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_779114.pdf
- Mukherjee, T. I., Khan, A. G., Dasgupta, A., y Samari, G. (2021). Reproductive justice in the time of COVID-19: a systematic review of the indirect impacts of COVID-19 on sexual and reproductive health. *Reproductive Health*, 18(1), 1–25. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01286-6>
- Riley, T., Sully, E., Ahmed, Z., y Biddlecom, A. (2020). Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 6, 73–76
- Ruiz-Perez, I., y Pastor-Moreno, G. (2021). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 389–394. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>
- Sobotka, T., Jaslioniene, A., Alustiza Galarza, A., Zeman, K., Németh, L., y Jdanov, D. A. (2021). *Baby bust in the wake of the COVID-19 pandemic? First results from the new STFF data series*. Recuperado a partir de <https://doi.org/10.31235/osf.io/mvy62>

- Tang, K., Gaoshan, J., Ahonsi, B., Ali, M., Bonet, M., Broutet, N., ... Thwin, S. S. (2020). Sexual and reproductive health (SRH): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Reproductive Health*, 17(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0900-9>
- Tran, N. T., Tappis, H., Spilotros, N., Krause, S., y Knaster, S. (2020). Not a luxury: a call to maintain sexual and reproductive health in humanitarian and fragile settings during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Global Health*, 8(6), e760–e761. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30190-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30190-X)
- Valdez-Santiago, R., Villalobos-Hernández, A., Arenas-Monreal, L., Flores, K., y Ramos-Lira, L. (2021). Violencia en el hogar contra mujeres adultas durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19 en México. *Salud Publica de Mexico*, 63(6), 782–788. <https://doi.org/10.21149/13244>

Buscando informações sobre saúde sexual e reprodutiva na internet em tempos de Covid-19: um estudo comparativo entre Argentina, Brasil e Chile

Paula Miranda-Ribeiro¹

Andréa Branco Simão²

Laura Maciel Freitas³

Andreza Cristiane Reis de Miranda⁴

¹ Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte-MG, Brasil (paula@cedeplar.ufmg.br). Bolsista de Produtividade 1C do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

² Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte-MG, Brasil (deia@cedeplar.ufmg.br).

³ Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte-MG, Brasil (lauramacielfreitas@outlook.com). Bolsista de Iniciação Científica do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo 426783/2018-2).

⁴ Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte-MG, Brasil (andrezacrmiranda@rocketmail.com). Bolsista Voluntária de Iniciação Científica.

Introdução

Em 31 de dezembro 2019, foi notificada à Organização Mundial da Saúde (OMS) a ocorrência de um surto de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, cujo o agente etiológico foi identificado como sendo um novo coronavírus: SARS-COV-2 (Pires Brito *et al.*, 2020). Logo em seguida, em 30 de janeiro de 2020, o surto do vírus SARS-COV-2, que causa a COVID-19, foi classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e, em 11 de março do mesmo ano, a COVID-19 foi caracterizada como pandemia. Ao se espalhar rapidamente pelos diferentes continentes e vitimando milhares de pessoas ao redor do mundo, instituições, governos e profissionais da área da saúde passaram a adotar medidas extremas para evitar a disseminação do vírus (Silva *et al.*, 2020).

Estratégias de distanciamento físico foram adotadas pela esmagadora maioria dos países, em particular nas áreas urbanas, onde as pessoas foram forçadas a se isolar em suas casas (Hussain *et al.*, 2020). Em geral, as medidas impostas para a contenção do novo coronavírus afetaram os sistemas econômicos, políticos e educacionais do mundo. Na América Latina e no Caribe, quando a crise irrompeu, as dívidas dos países da região já haviam atingido patamares sem precedentes. No início de 2020, a perspectiva era de que houvesse um declínio de 9,0% na taxa de crescimento e que as taxas de pobreza e desocupação crescessem significativamente nessa parte do mundo, ultrapassando 37,3% e 15,3%, respectivamente (CEPAL, 2020).

No âmbito da saúde, na maioria dos países latino-americanos e caribenhos, os investimentos no setor de saúde pública, antes da pandemia, representavam menos de 6,0% do Produto Interno Bruto (PIB) e, com a COVID-19, as vulnerabilidades que já caracterizavam a região se acentuaram. Houve interrupção de serviços de saúde essenciais em vários países, além de muitas pessoas terem deixado de procurar assistência médica em função do medo de contaminação pelo coronavírus, gerando, ao longo do período, um percentual de contágio e de mortes bastante elevado entre a população (CEPAL, 2021).

Com a crise que se instalou em diversos setores, diferentes estudos mostraram que a pandemia também impactou o comportamento e a vida dos indivíduos (Giami, 2021; Hussain *et al.*, 2020; Raxach *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2020; Zanoni *et al.*, 2020), inclusive em aspectos ligados à saúde sexual e reprodutiva (ASHM, 2020; Hussein, 2020; Li *et al.*, 2020; Lindberg *et al.*, 2020; Pereira *et al.*, 2020; Raxach *et al.*, 2021; Sánchez Cabezas, 2021). Em muitos países, por exemplo, para reduzir a pressão sobre os serviços de saúde, além das medidas de isolamento e distanciamento físico, os governos suspenderam cirurgias não eletivas e o atendimento médico não emergencial (CFM, 2020; Lima e Vieira, 2020; Silva *et al.*, 2020). Nesse contexto, o acesso a serviços e informações voltadas para diferentes aspectos ligados à saúde sexual e reprodutiva se tornaram mais difíceis, com barreiras físicas e econômicas, ampliando o risco de resultados negativos nessa esfera da vida (Corporación Miles, 2020; Sánchez Cabezas, 2021).

A internet vem sendo usada como fonte de informação em situações envolvendo questões de saúde pública há mais de duas décadas. Um estudo feito em 2001 no Estados Unidos, logo após quatro cartas contendo esporos do vírus Anthrax terem sido enviadas pelo correio, mostra que, já naquela época, cerca de $\frac{1}{5}$ das pessoas entrevistadas buscaram informação sobre o vírus na internet e, entre elas, mais da metade mudou o seu comportamento em função das informações obtidas (Kittler et al., 2004). Em 2006/2007, mais da metade dos pais de crianças atendidas em uma emergência pediátrica na Austrália reportaram ter buscado informações sobre os problemas de saúde de seus filhos na internet, mesmo preferindo fontes mais seguras, tais como os profissionais de saúde (Khoo et al., 2008). Em 2015/2016, durante a epidemia de Zika no Brasil, houve um aumento na busca por informações na internet relativas ao aborto, em conexão com a Zika e/ou a microcefalia (Leone et al., 2021).

Considerando os aspectos mencionados, o objetivo deste artigo é verificar se a internet foi utilizada como fonte de informação sobre questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva (SSR) durante os dois primeiros anos da COVID-19 na Argentina, no Brasil e no Chile. Mais especificamente, buscamos verificar se as buscas sobre temas ligados à SSR estão correlacionadas às buscas por termos relativos à situação de emergência em saúde vivida em 2020 e 2021. Para isso, é usada a ferramenta conhecida como Google Trends (GT), com buscas feitas para as 104 semanas dos anos de 2020 e 2021.

O texto está organizado em cinco partes, sendo a primeira essa introdução. A segunda parte apresenta breves considerações sobre aspectos relativos à saúde sexual e reprodutiva em cada um dos países investigados, enquanto a terceira pontua aspectos referentes aos dados e à metodologia. A quarta parte trata dos resultados e da discussão e, finalmente, na última parte estão os comentários finais. Nos resultados, as correlações positivas e significativas dos termos de saúde com sexo virtual e sexo online chamam a atenção. Também se destacam as correlações, positivas e significativas, para os três países, entre os termos coronavírus e masturbação/masturbación. Isso sugere que, com o distanciamento físico imposto pela pandemia, as relações sexuais presenciais podem ter sido afetadas e as pessoas podem ter procurado mais informações sobre práticas alternativas à relação sexual tradicional.

Argentina, Brasil e Chile: saúde sexual e reprodutiva e a COVID-19

Argentina, Brasil e Chile possuem mais semelhanças do que apenas o fato de estarem localizados no Cone Sul. Cerca de 15 anos depois de terem passado por processos de redemocratização, eles elegeram mulheres para a presidência da República, por dois mandatos: Cristina Kirchner na Argentina (2007-2011 e 2011-2015), Dilma Rousseff no Brasil (2011-2014 e 2015-2016) e Michelle Bachelet no Chile (2006-2010 e 2014-2018). As três presidentas tinham projetos visando

a redução das desigualdades sociais, ainda muito evidentes nos três países (Fogliato, 2014).

No que diz respeito à fecundidade e contracepção, há algumas semelhanças e muitas diferenças entre os três países. Ainda que a Argentina tenha saído na frente em relação à transição da fecundidade (Patarra, 1994), a fecundidade nos três países estava bem próxima em 1995-2000 – a Taxa de Fecundidade Total (TFT) era de 2,6 filhos por mulher na Argentina, 2,5 no Brasil e 2,2 no Chile (Chackiel, 2004). A idade média ao primeiro filho em 2010-2011 estava em torno de 24 anos nos três países – 24,3 anos na Argentina e no Chile e 24,0 anos no Brasil (Pardo e Cabella, 2018; Miranda-Ribeiro *et al.*, 2019). Passadas duas décadas, a TFT dos três países se distanciou. Enquanto a Argentina continuava acima do nível de reposição em 2020 (2,2 filhos por mulher), Brasil e Chile já estavam bem abaixo da reposição: 1,7 e 1,6 filhos por mulher¹, respectivamente. Já a prevalência de uso de contraceptivos entre mulheres em união em 2020, segundo as Nações Unidas, estava acima de 70,0% nos três países – 71,5% na Argentina, 79,6% no Brasil e 77,4% no Chile².

No que tange às políticas de gênero, houve retrocessos nos três países nos últimos 50 anos – dentre os quais estão a redução do orçamento destinado aos programas de proteção aos direitos sexuais e reprodutivos na Argentina ou a manutenção dos níveis de mortalidade materna no Brasil – mas, no geral, houve avanços – tais como, por exemplo, os direitos da população LGBT+ na Argentina, as políticas de redução da pobreza, com foco nas mulheres de baixa renda no Brasil e a promoção de políticas de igualdade de gênero no Chile (Avelar e Rangel, 2019). No entanto, os movimentos de mulheres nos três países, que estão entre os de maior destaque no mundo (Blay, 2019), não ficaram satisfeitos (Avelar e Rangel, 2019) e, embora tenham passado por reformas em diversos âmbitos desde então, algumas agendas referentes à SSR não avançaram como o desejado (Cabrera *et al.*, 2017; Gogna, 2004).

A indisponibilidade de aborto seguro, por exemplo, ainda é considerada um sério problema de saúde pública na maioria dos países da América Latina porque, feito de maneira ilegal e insegura, o aborto é uma causa preocupante de morbimortalidade materna. Além disso, o aborto tem sido, ao longo dos tempos, motivo de grandes controvérsias e disputas políticas e ideológicas. (Dides-Castillo e Fernández, 2018; Galli, 2020; Human Rights Watch, 2020a). Na Argentina, o Senado do país aprovou, em dezembro de 2021, a lei que permite que as mulheres e meninas interrompam voluntariamente a gravidez até a 14^a semana da gestação sem serem penalizadas (Fontes, 2021; Human Rights Watch, 2020a). Nos casos do Brasil e do Chile, onde o aborto ainda é criminalizado, o procedimento só é permitido em alguns casos específicos, tais como, por exemplo, gravidez decorrente de estupro e risco de morte da gestante. No entanto, mesmo nesses casos, há uma série de restrições e exigências que acabam dificultando o acesso das mulheres ao procedimento. No Brasil, para fazer um aborto legal,

¹ <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>

² <https://population.un.org/dataportal/data/indicators/1/locations/32,76,152/start/1990/end/2022/table/pivotbylocation>

uma mulher ou menina deve ter a aprovação médica de pelo menos três profissionais de uma equipe de saúde: obstetra, anestesista, enfermeira, assistente social e/ou psicólogo (Human Rights Watch, 2020b).

Em termos da contracepção, o acesso a métodos contraceptivos seguros e gratuitos pode ser feito em serviços públicos de saúde nos três países em estudo. Na Argentina, a Lei Nacional 25.673, de 2002, criou o Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que estabeleceu a provisão gratuita de métodos anticoncepcionais. No Brasil, a Lei 9.263, de 1996, define que o planejamento familiar é um direito de todos os brasileiros. Nesse sentido, cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) garantir a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, entre outras coisas. Já no Chile, os provedores de serviços de saúde devem oferecer orientação e aconselhamento, entrega ou inserção de método anticonceptivo e procedimentos cirúrgicos para evitar a gravidez (DELS, 2022; Brasil, 1996; Lei 9.263; MINSAL, 2018).

Durante a pandemia, o acesso a contraceptivos modernos foi prejudicado de diferentes maneiras, dentre as quais estão a descontinuidade dos serviços de SSR, a diminuição de busca por consultas de saúde em função do receio do contágio pela COVID-19 da própria paciente e/ou de algum membro da família e a diminuição da renda dos indivíduos e das famílias (UNFPA, 2020). No caso da Argentina, Sánchez Cabezas (2021) constatou que, imediatamente após o isolamento social ter sido decretado no país, muitas províncias suspenderam os serviços que ofereciam métodos contraceptivos de longa duração (LARC). Embora esses serviços tenham sido retomados logo em seguida e a quantidade de LARC enviada aos serviços de saúde, em 2020, tenha sido superior à enviada em 2019, a restrição de circulação, o receio de contaminação pelo vírus e o menor número de profissionais disponíveis para a colocação de um dos métodos de longa duração resultou em um declínio no uso. Ainda de acordo com a autora, os métodos de curta duração se mantiveram mais estáveis durante todo o período de isolamento social. Na maioria das províncias argentinas, contudo, a anticoncepção cirúrgica foi suspensa, inclusive aquelas que já estavam previamente programadas. Em algumas províncias, elas foram realizadas quando o parto era cesáreo.

Já no Chile, o aumento da demanda por serviços de saúde e a prioridade dada aos casos de COVID-19 afetaram a capacidade de resposta a outras situações de saúde, inclusive as de saúde sexual e reprodutiva (SSR). De acordo com investigação desenvolvida pela Corporación Miles (2020), ao se comparar o período de janeiro a junho de 2019 com o de 2020, foi possível observar um declínio de 51,0% na atenção em SSR, com o número de atendimentos passando de 2.648.000 para 1.311.150. No mesmo período, o controle da fecundidade apresentou uma queda de 43,0% e a solicitação de entrega de preservativos resistentes, com lubrificante, solicitada pelos serviços de saúde do país, foram nulas em 2020. Ainda de acordo com os resultados do estudo, quase metade das pessoas que participaram da investigação (44,0%), informaram que tiveram dificuldades para acessar algum serviço de saúde sexual e/ou reprodutiva entre março e junho de 2020 (Corporación Miles, 2020).

No que diz respeito ao Brasil, Coutinho *et al* (2020) observam que a fecundidade atingiu níveis abaixo do nível de reposição em um contexto marcado pela alta prevalência de uso de métodos contraceptivos modernos e de alta eficácia. Argumentam também que, a curto prazo, a crise provocada pelo coronavírus pode aprofundar a estagnação econômica de vários países, inclusive do Brasil, resultando em um declínio da fecundidade que poderá se manter a médio e longo prazos. Sem a pretensão de estimar o tamanho e a magnitude dos efeitos da pandemia de COVID-19 sobre a população, os autores chamam a atenção para a relevância da vigilância de direitos relativos à saúde pública já conquistados constitucionalmente.

Assim como Coutinho *et al.* (2020), Brandão e Cabral (2021) também ressaltaram os problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva no país durante a pandemia, lembrando que o governo brasileiro revogou a Nota Técnica n. 16, emitida pelo Ministério da Saúde em junho de 2020, que tratava dos cuidados em saúde sexual e reprodutiva no decorrer da pandemia, exonerando a equipe por ela responsável. As autoras pontuam, com base em estudos de outros pesquisadores, que a disponibilidade e o acesso à contracepção de emergência e à contracepção hormonal reversível de longo prazo (ainda não disponível no SUS), a manutenção das ações de planejamento reprodutivo, do pré-natal, parto e pós-parto, bem como dos serviços de abortamento seguro são essenciais em períodos de qualquer crise sanitária, pois podem impedir um aumento de eventos e situações não esperadas como, por exemplo, uma gestação.

O receio de uma gravidez não planejada durante o período de pandemia, estimada em cerca de 2 milhões na América Latina (UNFPA, 2020), aliado aos obstáculos para obtenção de métodos contraceptivos habituais, interferiram na vida íntima das pessoas, incluindo suas práticas sexuais. Comportamentos como beijar, acariciar e abraçar passaram a ser considerados vias potenciais de transmissão da COVID-19 e, embora estudos já tenham mostrado que não houve detecção do vírus nem em fluidos vaginais e nem em sêmen de pessoas com testes positivos, não era possível excluir a chance de sua transmissão pela via sexual no início da pandemia. Nesse contexto, as restrições de contato físico resultaram em obstáculos para a intimidade sexual. Assim, durante o período da pandemia, segundo estudos de revisão com resultados para vários países do mundo, foi possível observar um aumento de práticas de masturbação, incluindo o uso de brinquedos性uais e pornografia (Tafuri *et al*, 2021; Eleuteri *et al.*, 2022).

Dados e Métodos

Os dados utilizados neste estudo são provenientes do Google Trends (GT), ferramenta que permite que se conheçam palavras-chave e assuntos mais pesquisados pelas pessoas através do buscador da Google. Os dados foram capturados para o período entre 01 de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2021,

dividido em 104 semanas. O recorte temporal foi assim definido para que fosse possível comparar os comportamentos de busca pelos termos de interesse durante os dois primeiros anos da pandemia. Argentina, Brasil e Chile são os países para os quais se realizam as análises. Parte do Cone Sul, esses países tiveram, em 2018, gastos públicos em saúde que atingiram, respectivamente, 5,9%, 4,0% e 4,6% do PIB. Assim, dos países da região, são os que apresentam percentuais de gastos públicos mais próximos, uma vez que o Uruguai se destacou por ter ultrapassado a meta de 6,0% do PIB em gasto público com saúde, enquanto o Paraguai apresentou o percentual mais baixo, atingindo somente 2,9% do PIB (CEPAL, 2022).

Google Trends

Nas últimas décadas, a emergência de novas ferramentas tecnológicas tem facilitado o desenvolvimento de pesquisas em diversas áreas do conhecimento. Uma dessas ferramentas disponíveis gratuitamente na internet é o Google Trends (GT). Lançado em 2006, o GT é um portal pertencente à Google Inc. que oferece um serviço gratuito, disponível em uma dezena de países e possibilita não apenas o acompanhamento de temas de interesse, mas também a verificação de como eles se modificam ao longo de um período de tempo. É possível refinar a pesquisa de acordo com alguns critérios, entre os quais estão a categoria (do entretenimento à política, por exemplo) e o tipo de busca, incluindo formatos variados, como imagens, notícias, vídeos e outros. Tudo o que foi pesquisado de 2004 em diante está incluso na ferramenta, exceto termos com poucas buscas ou que tenham caracteres especiais (Souto, 2017; Gonçalves, 2021).

De acordo com Sudhakar *et al.* (2014), o GT analisa bilhões de buscas diárias no Google Search e oferece dados com ferramentas capazes de mostrar palavras, termos, expressões e assuntos mais pesquisados no principal buscador da internet. O GT oferece um índice de séries temporais das buscas feitas no Google em uma determinada área geográfica, durante um período de tempo especificado. O máximo de consultas compartilhadas no período especificado pelo pesquisador é normalizado para ser 100 e a consulta, no início da data estabelecida, é normalizada para ser 0. O índice é dado, portanto, da seguinte forma:

$$\text{Índice de buscas} = \frac{\text{Volume total de consultas para o termo em uma região ou país}}{\text{Número total de consultas na região ou país durante o período de tempo examinado}}$$

As funcionalidades da ferramenta fazem dela um excelente recurso para que se possam verificar tendências e sazonalidade nos termos procurados e, também, para fazer comparativos entre palavras, pois ele permite analisar como duas palavras sinônimas se comportam.

Seleção dos termos de busca

As buscas incluíram três termos relacionados à emergência de saúde em si: coronavírus (sem acento), covid e pandemia. Já os termos escolhidos em relação

à SSR são aqueles que, segundo a literatura, foram afetados pela situação de emergência em saúde e o isolamento físico decorrente dela, bem como pelas medidas adotadas em relação ao acesso a serviços de SSR. São eles: sexo virtual, sexo en línea/sexo na internet/sexo online, masturbación/masturbação, evitar embarazo/evitar gravidez, no quedar embarazada/não engravidar e aborto. Os termos foram buscados em espanhol (para Argentina e Chile) e português (no caso do Brasil). Sinônimos que apresentaram um índice de buscas muito pequeno, como, por exemplo, cibersexo, foram excluídos da análise.

A seleção dos termos foi feita com base na hipótese de que a estratégia de isolamento físico, adotada para evitar a propagação do coronavírus, impediu ou dificultou o acesso a uma série de serviços de saúde, particularmente os de SSR, e mudou o contexto das relações interpessoais, inclusive no que diz respeito às relações íntimas. Em função disso, as pessoas podem ter se sentido motivadas a buscar, na internet, informações acerca de alguns temas relacionados à SSR.

A busca por cada termo foi feita isoladamente, de forma que cada curva de um país tivesse o valor máximo da sua distribuição normalizado em 100. Após as buscas isoladas, as curvas para cada termo nos três países foram reunidas em gráficos.

Testes de Correlação

Para verificar a correlação entre as variáveis examinadas, foi selecionado o coeficiente de correlação de Spearman. Este coeficiente é bastante utilizado na investigação da correlação de duas variáveis que não apresentam uma distribuição normal (Miot, 2018). Para realização do teste de correlação, foram seguidos alguns passos.

Em primeiro lugar, como sugerido por Miot (2018), para todas as variáveis, foram gerados diagramas de dispersão para identificar a existência de variabilidade gradual entre os conjuntos de dados – se a variabilidade era monotônica (predominantemente ascendente ou descendente), se assumia tendência proporcional (linear) e se a distribuição subjacente dos dados era normal. Em seguida, foram calculados os coeficientes de correlação entre cada uma das variáveis relativas à emergência de saúde (coronavírus, covid e pandemia) e as de SSR. Quando o GT indicava que o volume de buscas era menor que 1 (<1), os valores foram arredondados para 0 (zero).

A magnitude do efeito da correlação entre as variáveis é representada pelos coeficientes de correlação, que assumem valores de -1 (correlação perfeita negativa) até +1 (correlação perfeita positiva), passando pelo 0 (zero), que indica falta de correlação. Os coeficientes positivos ($P>0$) indicam correlação direta entre as variáveis, enquanto os coeficientes negativos indicam correlação inversa (Miot, 2018). Coeficientes em torno de 0,3 indicam correlação leve, enquanto aqueles ao redor de 0,5 indicam correlação moderada. A correlação forte exige um coeficiente de 0,7 (Cohen, 1992).

No que tange à correlação entre os termos ligados à emergência de saúde (coronavírus, covid e pandemia) e os termos relativos à SSR, espera-se encontrar, no período analisado, uma relação positiva entre eles, ou seja, que tenha havido

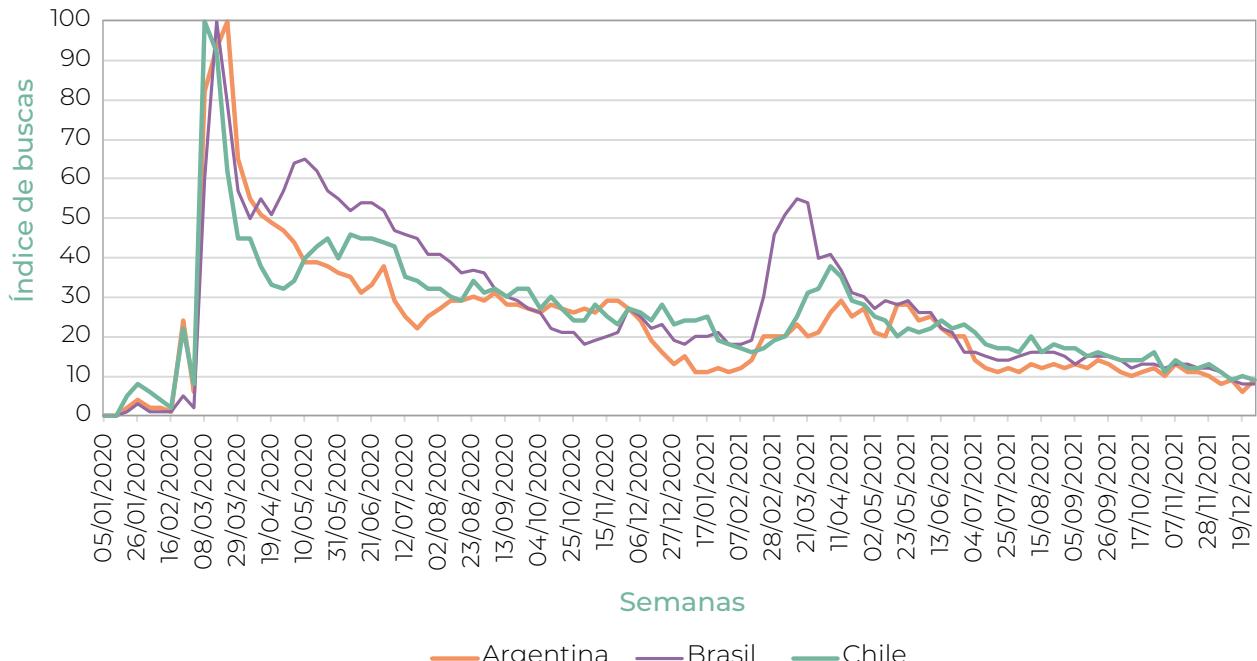
um aumento tanto nas buscas pelos termos da situação de saúde quanto pelos termos de SSR escolhidos. No caso do aborto, o aumento das buscas pelo termo poderia estar ligado a um temor de gravidez indesejada, uma vez que o acesso à contracepção ficou prejudicado. O mesmo pode ser dito em relação aos termos evitar embarazo/evitar gravidez e no quedar embarazada/não engravidar. Ao mesmo tempo, com o distanciamento físico imposto pela pandemia, é possível que muitos indivíduos tenham ficado distantes de seus parceiros sexuais (fixos ou ocasionais), fazendo com que a gravidez deixasse de ser uma preocupação, o que poderia ocasionar uma queda nas buscas pelos termos ligados à gravidez e até mesmo ao aborto. Se o isolamento físico dificultou as relações性uais presenciais entre pessoas que não residem no mesmo domicílio, pode ter havido um aumento nas buscas pelos termos sexo virtual, sexo em linha/sexo na internet, sexo online, sexo virtual e masturbação/masturbación, práticas alternativas à relação sexual tradicional, presencial, que podem ter possibilitado a muitos indivíduos a manutenção de uma vida sexual ativa durante a pandemia.

Resultados e Discussão

Como exemplo de comportamento das buscas pelos termos ligados à emergência de saúde vivida mundialmente nos últimos 2 anos, exibimos, a Figura 1, que apresenta a busca pelo termo pandemia nos três países estudados. Como era de se esperar, observa-se, nos três países, picos de busca pelo termo pandemia em março de 2020, que coincide com a declaração da situação de pandemia pela Organização Mundial da Saúde. Cerca de 1 ano depois, entre fevereiro e abril de 2021, época em que o número de mortes voltou a crescer, os índices de buscas aumentaram novamente, com destaque para o Brasil.

Figura 1.

Busca pelo termo pandemia, Argentina, Brasil e Chile, 2020-2021



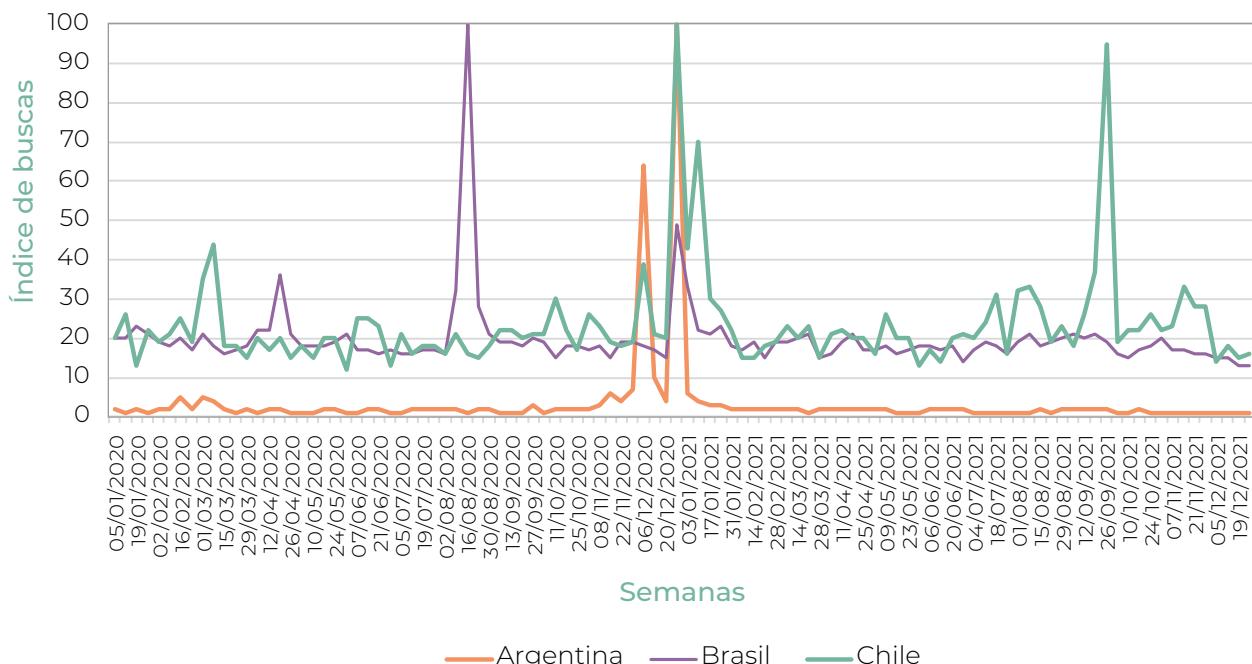
Fonte: Google Trends Brasil, 2022

Em relação ao aborto, conforme pode ser visto na Figura 2, os volumes de buscas e os picos dos três países não são coincidentes. Enquanto Brasil e Chile mantiveram um índice de buscas em torno de 20 (Brasil) e 30 (Chile), na Argentina, na maioria das semanas analisadas, o índice de buscas ficou próximo de zero. No que tange aos picos, Argentina e Chile apresentaram o maior deles em dezembro de 2020, que coincide com momento da aprovação da descriminalização do aborto na Argentina (El País, 2020a), enquanto o brasileiro, em agosto de 2020, aconteceu quando uma menina de 10 anos, após ter sido estuprada por um familiar, recebeu autorização judicial para realizar um aborto legal (G1, 2020).

No Brasil, em abril de 2020, o Supremo Tribunal Federal rejeitou uma ação que pedia que as mulheres infectadas pelo vírus da Zika pudesse interromper suas gravidezes sem que isso fosse considerado crime (Uol, 2020). Já no Chile, em 8 de março de 2020, cerca de 2 milhões de pessoas foram às ruas no Dia Internacional da Mulher e, entre outras questões, protestaram em defesa da legalização do aborto (El País, 2020b). Em torno dessas datas, as buscas pelo termo aborto cresceram nos dois países. No caso chileno, o aumento do índice de buscas, em setembro de 2021, pode estar relacionado à aprovação pela Câmara Baixa, em 28/09/2021, do projeto de descriminalização do aborto nas primeiras 14 semanas de gestação (Carta Capital, 2021). No entanto, logo depois, em novembro de 2021, o projeto foi arquivado. Todos esses fatos ocorridos no Brasil e no Chile impactaram no índice de buscas pelo termo aborto.

Figura 2.

Busca pelo termo aborto, Argentina, Brasil e Chile, 2020-2021



Fonte: Google Trends Brasil, 2022

Os coeficientes de correlação de Spearman, apresentados no Quadro 1, indicam que, na Argentina, a busca pelo termo aborto não está correlacionada a nenhum dos três termos relativos à emergência de saúde. Já no Brasil e no Chile, a correlação é leve e negativa, ou seja, ao mesmo tempo em que houve um aumento nas buscas pelos termos coronavírus, covid e pandemia (no caso do Chile) e pelo termo covid (no caso do Brasil), houve uma redução na busca pelo

termo aborto. É possível que, devido ao distanciamento físico, tenha havido menos gravidezes não planejadas, o que levaria a uma menor preocupação com o aborto e, consequentemente, a menos buscas pelo termo. Situação oposta ocorreu durante a epidemia de Zika vírus no Brasil, quando a busca pela palavra aborto na internet aumentou significativamente (Leone *et al.*, 2021).

Quadro 1

Coeficientes de Correlação de Spearman e p-valor, Argentina, Brasil e Chile, 2020-2021

		Aborto	Evitar embarazo/ evitar gravidez	No quedar embarazada/ não engravidar	Sexo virtual	Sexo en linea/ sexo na internet	Sexo online	Masturbación/ masturbação
Coronavirus	Argentina	NS	NS	NS	0,4663 (6,06E-07)	NS	0,5775 (1,38E-10)	0,1768 (0,0724)
	Brasil	NS	NS	-0,3849 (5,45E-05)	0,4179 (1,01E-05)	NS	0,5937 (3,03E-11)	0,5280 (8,37E-09)
	Chile	-0,2249 (0,0217)	NS	NS	NS	NS	0,4550 (1,21E-06)	0,2966 (0,0022)
Covid	Argentina	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-0,3478 (0,0002)
	Brasil	-0,3085 (0,0014)	NS	NS	0,2943 (0,0024)	NS	NS	NS
	Chile	-0,2585 (0,0080)	NS	NS	0,2668 (0,0061)	NS	NS	NS
Pandemia	Argentina	NS	NS	-0,2018 (0,0398)	0,5564 (8,62E-10)	NS	0,4847 (1,84E-07)	NS
	Brasil	NS	NS	-0,2226 (0,0230)	0,4905 (1,25E-07)	NS	0,3315 (0,0005)	0,3015 (0,0018)
	Chile	-0,2902 (0,0028)	NS	NS	0,2252 (0,0215)	NS	0,2907 (0,0027)	NS

NS: não significativo.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Google Trends Brasil, 2022.

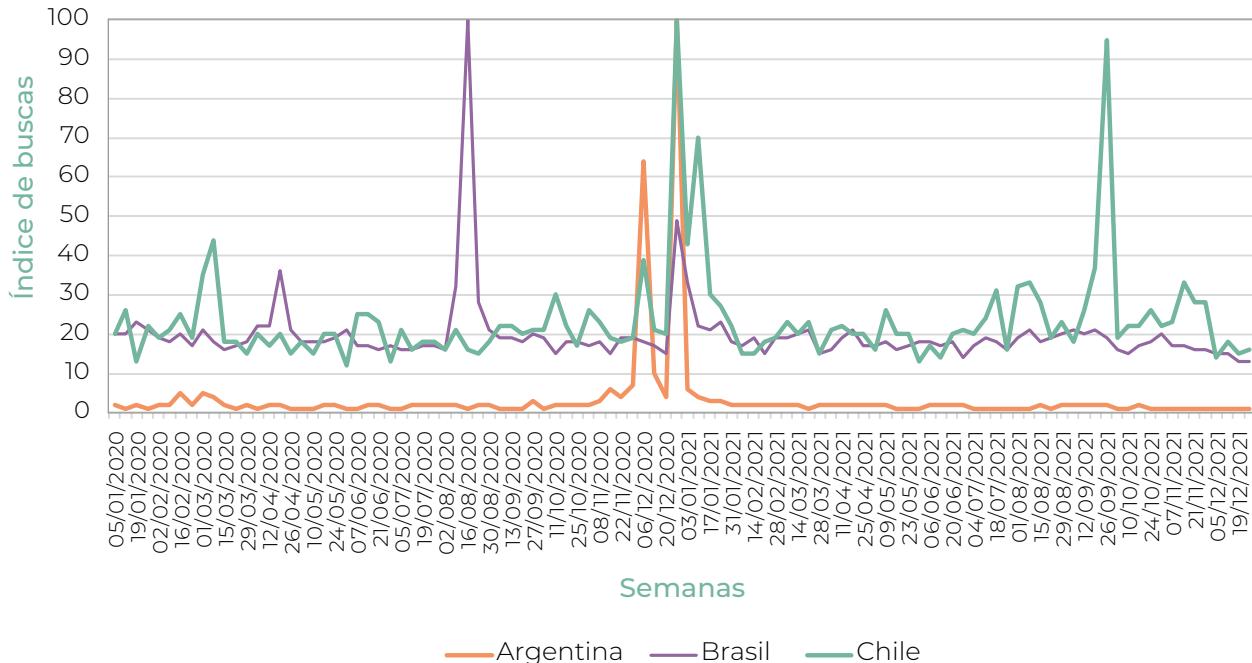
Devido à maior dificuldade de acesso a métodos contraceptivos nos serviços públicos de saúde, é possível que, entre as pessoas que mantiveram sua atividade sexual presencial durante a pandemia, tenha havido uma maior preocupação em evitar uma gravidez. Neste caso, pode ter havido um aumento nas buscas relativas a não engravidar. Por outro lado, é possível que, entre aqueles que não estavam fisicamente próximos de seus parceiros sexuais, tenha havido uma menor preocupação com questões ligadas à gravidez, o que reduziria a preocupação e, eventualmente, a busca por termos relacionados à gravidez. Desta forma, a correlação entre a pandemia e questões ligadas à gravidez poderia ser positiva ou negativa. Nesse sentido, foram analisados os termos evitar embarazo/evitar gravidez e no quedar embarazada/não engravidar. Os índices de busca para no quedar embarazada/não engravidar podem ser observados na Figura 3. As linhas se caracterizam por serem bastante irregulares, com uma sucessão de altos e baixos que se acentuam a partir da primeira semana de janeiro de 2021.

Os resultados encontrados para as correlações entre os três termos da emergência de saúde e os termos evitar embarazo/evitar gravidez não foram significativos em nenhum dos três países, conforme o Quadro 1. Já os termos no quedar embarazada/não engravidar se mostraram negativamente correlacionados com os termos coronavírus, no caso do Brasil, e pandemia, no caso da Argentina e do Brasil. Assim, os coeficientes de correlação de Spearman parecem corroborar a

hipótese de que o distanciamento físico entre os indivíduos reduziu as preocupações (e as buscas) relativas a uma gravidez.

Figura 3.

Busca pelos termos no quedar embarazada/não engravidar, Argentina, Brasil e Chile, 2020-2021

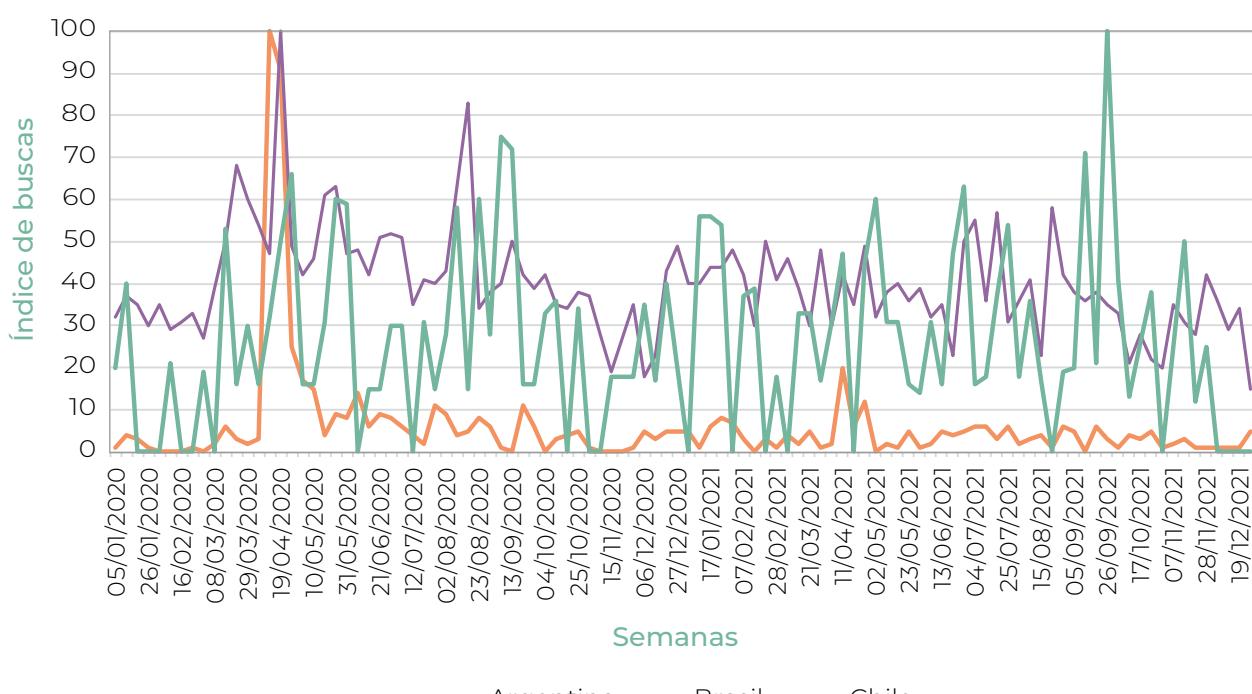


Fonte: Google Trends Brasil, 2022

Diante das recomendações de distanciamento físico durante a pandemia, parte das relações sexuais pode ter deixado de ser presencial e se transformado em virtual. Em função disso, foram analisados os termos sexo virtual, sexo em linea/sexo na internet e sexo online. São apresentados, na Figura 4, os índices de buscas do termo sexo virtual.

Figura 4.

Busca pelo termo sexo virtual, Argentina, Brasil e Chile, 2020-2021



Fonte: Google Trends Brasil, 2022

A análise da Figura 4 sugere que, com exceção da Argentina, onde os índices de buscas pelo termo sexo virtual sempre foram muito baixos, no Brasil e no Chile o volume de buscas pelo termo mostrou grande flutuação nas 104 semanas analisadas. Ainda assim, é possível observar, nos três países, um forte crescimento no volume de procura em meados de abril de 2020, logo no início da pandemia, quando os casos de COVID-19 estavam aumentando. No caso do Brasil, em 2020, uma equipe de profissionais da saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul lançou uma cartilha com dicas de prevenção e formas alternativas de trabalho para os profissionais do sexo. Entre outras recomendações, a equipe sugeria que as profissionais do sexo fizessem trabalho virtual (UFRGS, 2020). Além disso, a FIOCRUZ também traduziu e divulgou um material produzido pela NYC Health, apontando que “você é o seu parceiro mais seguro” (p. 1) e que a masturbação não transmite COVID-19 (Fiocruz, n.d.).

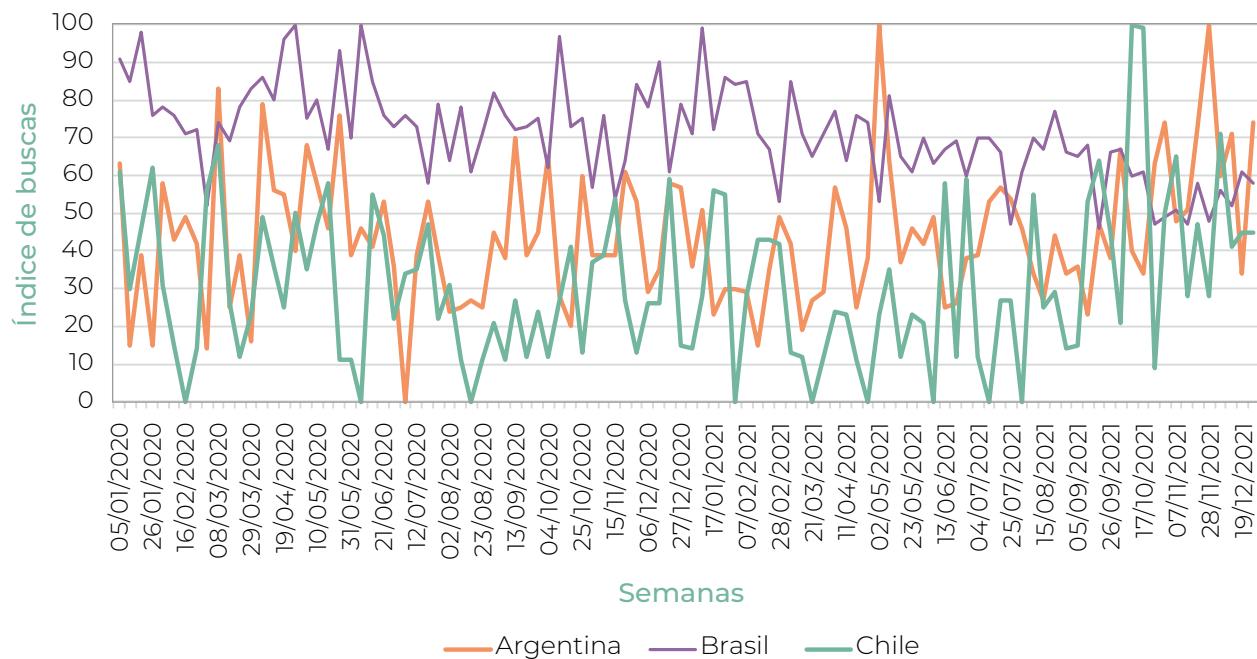
Analizando as curvas, pode-se levantar a possibilidade de que os picos, nos três países, possam ter alguma relação com o fato de que, com receio da transmissão do vírus pela via sexual, muitos parceiros reduziram a frequência de relações sexuais e procuraram se informar acerca de outras formas de sexo, dentre as quais está o sexo virtual.

Conforme o Quadro 1, a correlação entre coronavírus, covid e pandemia de um lado e sexo virtual do outro só não é significativa em dois casos (sexo virtual x coronavírus no Chile e sexo virtual x covid na Argentina). Nos demais casos, ela é positiva e varia de fraca a moderada, de forma que a busca por sexo virtual aumentou sempre que as buscas pelos termos de emergência de saúde cresceram. No caso do sexo online, os coeficientes de correlação também são positivos, variam de leves a moderados e não são significativos em relação ao termo covid. Sendo assim, os resultados sugerem que, diante da imposição do distanciamento físico, o sexo virtual/online parece ter sido uma alternativa à relação sexual tradicional, presencial.

O sexo virtual/online pode facilitar ou motivar outro comportamento: a masturbação. De fato, sexo virtual e masturbação foram práticas sexuais recomendadas durante a pandemia de COVID-19.

Figura 5.

Busca pelos termos masturbación/masturbação, Argentina, Brasil e Chile, 2020-2021



Fonte: Google Trends Brasil, 2022

Como pode ser observado na Figura 5, os índices de buscas pelo termo masturbação foram bastante flutuantes nos três países investigados, oferecendo pouco espaço para que se estabeleça, visualmente, uma relação entre sua busca e o período de COVID-19. Há que se notar, contudo, que ao longo do período analisado, os índices de buscas sempre se mantiveram mais elevados no Brasil do que nos outros dois países. Também vale esclarecer que materiais informativos, elaborados e/ou difundidos por algumas instituições brasileiras, pontuavam que ainda havia muito o que se aprender sobre a relação entre a COVID-19 e o sexo e, por isso, quando possível, as pessoas deveriam evitar relações sexuais com pessoas com algum sintoma gripal ou que não pertencessem ao mesmo núcleo familiar. A sugestão era de que a masturbação se tornasse uma possibilidade (Fiocruz, n.d.; Hospital das Clínicas, n.d.). Apesar de Ibarra *et al.* (2020) terem encontrado, com base em trabalhos sobre o impacto da COVID-19 no comportamento sexual no Irã, na Itália e na Argentina, um percentual muito baixo de pessoas (cerca de 10%) que considerava adotar a prática da masturbação enquanto o isolamento devido à pandemia perdurasse, os resultados para Argentina, Brasil e Chile indicam que a busca pelo termo masturbação na internet aumentou logo após o início a pandemia, sugerindo que a adoção dessa prática estava ao menos no rol de possibilidades nos três países latino-americanos.

O Quadro 1 sugere que as correlações significativas entre as emergências de saúde e os termos masturbación/masturbação são, com uma única exceção, positivas e, com outra exceção, leves. Em outras palavras, nos casos em que foram significativas, as variações nas buscas pelos termos se comportaram, em grande medida, na mesma direção, sugerindo que, ao mesmo tempo em que as buscas pelos termos ligados à emergência de saúde se intensificaram, o mesmo ocorreu com as buscas pelo termo masturbación/masturbação. O coeficiente de correlação entre covid e masturbación na Argentina é o único negativo, indicando um padrão diferente naquele país, fato que merece investigação mais detalhada.

Comentários Finais

As mudanças decorrentes da COVID-19 levaram os indivíduos a buscar, na internet, alternativas para lidar com os resultados que as medidas de distanciamento físico trouxeram às suas vidas. Durante a pandemia, dimensões da vida tais como trabalho, compras, relacionamentos e várias questões de SSR passaram a ser vividas e resolvidas na internet.

O objetivo desse trabalho foi verificar se, em tempos de COVID-19, a internet foi utilizada como fonte de informação sobre questões ligadas à saúde sexual e reprodutiva (SSR) na Argentina, no Brasil e no Chile. Além disso, procurou-se verificar se as buscas sobre temas ligados à SSR estavam correlacionadas às buscas por termos ligados à situação de emergência em saúde vivida desde 2020. Os dados foram coletados através da ferramenta Google Trends entre 01/01/2020 e 31/12/2021.

De maneira geral, sabe-se que os três países incluídos no estudo passaram, em períodos relativamente recentes da história, por mudanças culturais, sociais, econômicas, demográficas e políticas que afetaram a vida de suas populações em diferentes esferas, inclusive naquela relativa à saúde sexual e reprodutiva. Assim como os demais países ao redor do mundo, os três também foram impactados pela COVID-19 e também tiveram que reorganizar seus serviços de saúde para atender às crescentes demandas impostas pela pandemia. Além disso, precisaram adotar medidas para contenção do vírus que incluíram, dentre outras coisas, o distanciamento entre pessoas e o fechamento de serviços considerados como não essenciais.

O estabelecimento de tais medidas transformou muitos aspectos da vida dos indivíduos, inclusive no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Como mostram os resultados obtidos nesse estudo, as buscas pelos termos aborto, no quedar embarazada/não engravidar, sexo virtual/online e masturbación/masturação são coerentes com a situação vivida em 2020 e 2021.

No que tange ao aborto, os resultados deixam claro que as flutuações nas buscas pelo termo têm pouca relação com a emergência de saúde. Na Argentina, o maior volume de buscas ocorreu em dezembro de 2020, mês em que foi aprovada, no país, a lei que permite o aborto até a 14^a semana de gestação. No Brasil, além do pico verificado em abril de 2020, em função da discussão sobre descriminalização do aborto para mulheres infectadas com o vírus da Zika, houve também um maior volume de buscas em agosto daquele mesmo ano, quando uma menina de 10 anos, grávida após ser estuprada pelo tio, teve decisão judicial favorável ao aborto. No Chile, a maior busca pelo termo, que oscila bastante ao longo de todo período estudado, aconteceu em setembro de 2021, em função da aprovação do projeto de descriminalização do aborto naquele país, posteriormente arquivado. Quando significativos, os coeficientes de Spearman mostraram que a relação entre as buscas por aborto e coronavírus ou covid ou pandemia é sempre negativa e leve.

Já as buscas pelo termo sexo virtual aumentaram muito no início da pandemia e, no caso da Argentina, foram praticamente nulas durante o restante do período em análise. De acordo com os coeficientes de correlação de Spearman, as buscas por sexo virtual são positivamente correlacionadas aos termos coronavírus (na Argentina e no Brasil), covid (no Brasil e no Chile) e pandemia (nos três países). Já o termo sexo online não está correlacionado com o termo covid em nenhum dos três países. Se por um lado, a pandemia provoca a necessidade de modificação em muitos relacionamentos afetivos e sexuais, por outro ela faz com que as pessoas procurem alternativas para vivenciar suas experiências性uais. No que tange às buscas pelo termo masturbação, embora o índice de buscas tenha sido mais elevado do que o encontrado para sexo virtual, os coeficientes de correlação, quando significativos, indicam uma relação fraca a moderada e positiva, com uma única exceção que merece mais investigação.

Nosso estudo tem algumas limitações importantes. Diferente do que costuma ser feito por demógrafos, este não é um estudo de causalidade e tampouco de fatores associados. A população em estudo é seletiva, pois é aquela que tem acesso à internet e sabe fazer buscas no Google, o que exclui do estudo os grupos mais vulneráveis, exatamente aqueles que costumam ser afetados de forma mais contundente por medidas de restrição ao acesso a serviços de saúde em geral, incluindo os de saúde sexual e reprodutiva. Outra limitação é não conhecer os perfis socioeconômicos e demográficos daqueles que acessam a internet. Por fim, não é possível avaliar a qualidade das informações sobre saúde sexual e reprodutiva acessadas na internet. Levando em consideração que esta é a era das fake news, essa questão se torna ainda mais crucial. Nesse sentido, é imperativo que o poder público ofereça informação de qualidade em suas páginas na internet, a fim de que a população conte com fontes de informação confiáveis e seguras.

Em tempos vindouros, será fundamental compreender melhor os impactos da COVID-19 sobre a saúde sexual e reprodutiva. O que já se sabe, com clareza, é que a pandemia tem causado um impacto em diferentes aspectos da saúde sexual e reprodutiva, que vão desde a diminuição e qualidade dos serviços oferecidos até problemas ligados à disposição e possibilidade de acesso aos mesmos. É preciso que as experiências vividas durante esse período sirvam como lições para o futuro. Em especial, que sejam aprendidas lições que possibilitem avanços na saúde e nos direitos de todos, em especial, de milhares de mulheres e meninas que ainda precisam ultrapassar obstáculos de diferentes ordens para acessar serviços e informações adequadas, que lhes permitam fazer escolhas conscientes e informadas. Nessa direção, é relevante considerar o fato de que, embora a internet seja uma grande aliada na obtenção de informações e já tenha se tornado bastante acessível, diversos segmentos da população ainda enfrentam desigualdades para alcançar e receber informações disponibilizadas digitalmente, uma vez que o acesso à internet não é universal e ainda há questões de qualidade do acesso digital. Isso se aplica com mais força a grupos que, em geral, já se caracterizam por algumas vulnerabilidades, tais como aqueles de menor escolaridade e nível socioeconômico.

É possível argumentar que pandemia de COVID-19 reforçou o que já vinha sendo observado há muito tempo: para ampliar a qualidade de vida das populações, é preciso uma mobilização dos diversos setores da sociedade em torno de uma agenda política que coloque em evidência as inúmeras necessidades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva que marcam a vida na América Latina. Mais do que isso, é fundamental que, a partir dessa agenda, ações efetivas passem a se concretizar para viabilizar uma vida digna e saudável, com direitos sexuais e reprodutivos assegurados, indistintamente de raça, credo, nível socioeconômico ou país de residência. Nesse contexto, apesar de todas as críticas que possam ser feitas, o acesso à informação digital se configura como uma alternativa válida e necessária, sobretudo em tempos de crises sanitárias, políticas e sociais como a que emergiu em decorrência da pandemia de COVID-19. Há que se garantir o acesso universal à internet e, ao mesmo tempo, a disponibilidade de informações de qualidade.

Referências

- ASHM COVID-19 (2020). Recomendações da Força Tarefa para médicos e profissionais de saúde sobre abordagens de redução de danos ao sexo casual durante a pandemia COVID-19. Preparado por Jessica Michaels, Benjamin Riley, Scott McGill, o Grupo de Agrupamento de Saúde Sexual da Força Tarefa e a Presidente da Força Tarefa. Recuperado de: http://hshjovem.abiaids.org.br/wp-content/uploads/2020/07/ASHM-COVID19-TF_PT-revisado-convertido.pdf
- Avelar, L. e Rangel, P. (2019). As presidentas de Argentina, Brasil e Chile: avanços e desafios no campo das políticas para mulheres. In E. A. Blay, L. Avelar e P. Rangel (Orgs.), *Gênero e Feminismos: Argentina, Brasil e Chile em Transformação* (pp. 455-482). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Blay, E. A. (2019). Meio século de feminismo - um balanço da luta contra a desumanização das mulheres. In E. A. Blay, L. Avelar e P. Rangel (Orgs.), *Gênero e Feminismos: Argentina, Brasil e Chile em Transformação* (pp. 9-25). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Brandão, E. R., Cabral, C. S. (2021). Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de covid-19 no Brasil. *Interface* (Botucatu). 2021; 25 (Supl. 1): e200762. <https://doi.org/10.1590/interface.20076>
- Cabrera, E. S. R., Moyano, S. A., e Peláez, E. (2017). Progresos y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina de los últimos 40 años. Una aproximación a partir de información relativa a “la primera vez”. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (25) 49-67. doi: 10.1590/1984-6487.sess.2017.25.03.a
- Carta Capital (2021). Câmara Baixa do Chile aprova aborto livre até 14 semanas. Recuperado de <https://www.cartacapital.com.br/mundo/camara-baixa-do-chile-aprova-aborto-livre-ate-as-14-semanas/>
- Castillo, C. D. e Fernandez, C. (2018). Abortion in Chile: Advances in Human Rights. *Rev. Bioetica & Derecho*, 43, 61-76. Recuperado de <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/rebiiod43&div=8&id=&page=>
- CFM. Conselho Federal de Medicina. (2020). Posição do Conselho Federal de Medicina sobre a pandemia de COVID-19: contexto, análise de medidas e recomendações. de 17 de março de 2020. Recuperado de: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/covid-19cfm.pdf>

- Chackiel, J. (2004). La transición de la fecundidad en América Latina 1950-2000. *Papeles de Población* 41, julio/septiembre, p. 9-58.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98–101.
- Corporación Miles (2020). Acceso a salud sexual y reproductiva durante la pandemia. Recuperado de <https://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2020/12/Acceso-a-salud-sexual-y-reproductiva-durante-la-pandemia-1.pdf>
- Coutinho, R. Z., Lima, L. C., Leocádio, V. A. (2020) Considerações sobre a pandemia de COVID-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. *Revista Brasileira de Estudos de População* [online]. 2020, v. 37 [Acessado 12 Abril 2022], e0130. Disponível em: <<https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0130>>. Epub 26 Out 2020. ISSN 1980-5519.
- DELS. Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina. Acceso seguro y gratuito a métodos anticonceptivos. Recuperado de: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/acceso-seguro-y-gratuito-metodos-anticonceptivos>
- El País, 2020a. Argentina legaliza o aborto e se põe na vanguarda dos direitos sociais na América Latina. Recuperado de <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-12-29/votacao-historica-no-senado-de-projeto-para-legalizar-aborto-na-argentina.html>
- El País, 2020b. Maré chilena puxa protestos e milhões de mulheres mostram sua força nas ruas da América Latina. Recuperado de <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-03-09/milhares-de-mulheres-mostram-sua-forca-nas-ruas-da-america-latina.html>
- Eleuteri, S., Alessi, F., Petruccelli, F., e Saladino, V. (2021). The Global Impact of the COVID-19 Pandemic on Individuals' and Couples' Sexuality. *Frontiers in Psychology*, 12, 798260-798260. doi: 10.3389/fpsyg.2021.798260.
- Fiocruz. (n.d.). *Sexo mais seguro e a COVID-19*. Recuperado de <https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/03/covid-sex-guidance-pt.pdf>
- Fogliato, D. (2014, fevereiro 10). Brasil, Chile e Argentina: os desafios e semelhanças das três presidentas da América do Sul. *Sul21*. Recuperado de <https://sul21.com.br/ultimas-noticiasinternacional/2014/02/brasil-chile-e-argentina-os-desafios-e-semelhancas-das-tres-presidentas-da-america-sul/>
- Fontes, G. S. (2021). Argentina e Brasil: a questão do aborto e dos direitos reprodutivos das mulheres. *Observatório Feminista de Relações Internacionais (OFRI)*, 1-23. Recuperado de <https://ofri.com.br/argentina-e-brasil-a-questao-do-aborto-e-os-direitos-reprodutivos-das-mulheres/>
- G1 PE e G1 ES (2020, agosto 17). Menina de 10 anos estuprada pelo tio no Espírito Santo tem gravidez interrompida. *G1*. Recuperado de <https://g1.globo.com/pe/pernambuco/noticia/2020/08/17/menina-de-10-anos-estuprada-pelo-tio-no-es-tem-gravidez-interrompida.ghtml>
- Galli, B. (2020). Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai. *Cad. Saúde Pública*, 36(Supl. 1), e00168419. doi: 10.1590/0102-311X00168419
- Giami, A. (2021). COVID-19 and sexualities: The emergence of a new paradigm of sexualitie. *Sexologias*, 30(1), 1-7. doi: 10.1016/j.sexol.2021.01.002
- Gogna, M. (2004). *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile: oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: Cedes. Recuperado de <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4382>

Gonçalves, A. L. D. (2021, abril 24). O que é e como usar o Google Trends. *Tecmundo*. Recuperado de <https://www.tecmundo.com.br/internet/216037-usar-o-google-trends.htm>

Hospital das Clínicas (n.d.). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Serviço de Terapia Ocupacional. Sexo e COVID-19. Recuperado de <https://www.hcrp.usp.br/cer/upload/Atividade%20sexual%20isolamento.pdf>

Human Rights Watch (2020a). *A case for legal abortion: the human cost of barriers to sexual and reproductive rights in Argentina*. Recuperado de https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2020/09/argentina0820_web.pdf

Human Rights Watch (2020b). Brasil: Revogue portaria que restringe o acesso ao aborto - Notificar casos de sobreviventes de estupro à polícia pode colocar sua saúde em risco. *Human Rights Watch*. Recuperado de <https://www.hrw.org/pt/news/2020/09/21/376434>

Hussain, M. W., Mirza, T., e Hassan, M. M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on the human behavior. *International Journal of Education and Management Engineering*, 10(8), 35-61. doi: 10.5815/ijeme.2020.05.05

Hussein, J. (2020). COVID-19: what implications for sexual and reproductive health and rights globally? *Sexual and reproductive health matters*, 28(1), 1746065, doi: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1746065>

Ibarra, F. P., Mehrad, M., Mauro, M. D., Godoy, M. F. P., Cruz, E. G., Nilforoushzadeh, M. A., e Russo, G. I. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on the sexual behavior of the population. The vision of the east and the west. *Int Braz J Urol*, 46(Suppl. 1), 104-112. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.S116

Khoo, K., Bolt, P., Babl, F. E., Jury, S., e Goldman, R. D. (2008). Health information seeking by parents in the Internet age. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44(7-8), 419-423. doi: 10.1111/j.1440-1754.2008.01322.x

Kittler, A. F., Hobbs, J., Volk, L. A., Kreps, G. L., e Bates, D. W. (2004). The Internet as a vehicle to communicate health information during a public health emergency: a survey analysis involving the anthrax scare of 2001. *Journal of Medical Internet Research*, 6(1), e5. doi: 10.2196/jmir.6.1.e8

Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm

Leone, T., Coast, E., Correa, S., e Wenham, C. (2021). Web-based searching for abortion information during health emergencies: a case study of Brazil during the 2015/2016 Zika outbreak. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 29(1), 1-13. Doi: 10.1080/26410397.2021.1883804

Li, G., Tang, D., Song, B., Wang, C., Qunshan, S., Xu, C., Geng, H., Wu, H., He, ..., Cao, Y. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on partner relationships and sexual and reproductive health: cross-sectional, online survey study. *J. Med. Internet Res*, 22(8):e20961. doi: 10.2196/20961

Lima, A., Vieira, L. (2020) Cirurgias eletivas e a pandemia de COVID-19. Subsecretaria de Saúde. Núcleo de Evidências. Governo de Goiás. Recuperado de: https://www.saude.go.gov.br/files//banner_coronavirus/protocolos-notas/S%C3%ADnteses%20de%20Evid%C3%A7%C3%A1ncias/2020/Cirurgias%20Eletivas%20x%20COVID-19.pdf

Lindberg, L. D., VandeVusse, A., Mueller, J., e Kirstein, M. (2020). Early impacts of the COVID-19 Pandemic: Findings from the 2020 Guttmacher Survey of Reproductive Health experiences, New York, Guttmacher Institute. Recuperado de: <https://www.guttmacher.org/report/early-impacts-covid-19-pandemic-findings-2020-guttmacher-survey-reproductive-health>

Miot, H. A. (2019). Análise de correlação em estudos clínicos experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*, 17 (4), 275-279.

MINSAL (2018) Ministerio de Salud de Chile, Programa Nacional Salud de la Mujer, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Asociación Chilena de Protección de la Familia. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf

Miot, H. A. (2018) Análise de correlação em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro* [online] v. 17, n. 4, p. 275-279. Recuperado de: <<https://doi.org/10.1590/1677-5449.174118>>. Epub 29 Nov 2018. ISSN 1677-7301. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.174118>.

Miranda-Ribeiro, A.; Garcia, R. A.; Faria, T. C. A. B. (2019) Baixa fecundidade e adiamento do primeiro filho no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 36, e0080.

Pardo, I.; Cabella, W. (2018) "A Bimodal Pattern in Age at First Birth in Southern Cone Countries?" *Population Review* 57, no. 2 doi:10.1353/prv.2018.0004

Patarra, N. (1994) Transição demográfica: novas evidências, velhos desafios. *Revista Brasileira de Estudos de População* 11 (1), p. 27-40.

Pereira, A. L. de F., Mouta, R. J. O., Prata, J. A., Costa, L. A. M., Campelo, A. S. C., Penna, L. H. G., Correia, L. M. (2020). A pandemia da COVID-19 e suas repercussões na atenção à saúde sexual e reprodutiva. In: Luís Paulo Souza e Souza (org.). *COVID-19 no Brasil os múltiplos olhares da ciência para compreensão e formas de enfrentamento*. Ponta Grossa: Atena doi: 10.22533/at.ed.5772003122

Pires Brito, S. B., Braga, I. O., Cunha, C. C., Palácio, M. A. V., e Takenami, I. (2020). Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. *Vigilância Sanitária Em Debate*, 8(2), 54-63. <https://doi.org/10.22239/2317-269X.01531>

Raxach, J. C., Terto Jr., V. e Faulhaber, C. (2021). Combinando a Prevenção à COVID-19: dimensões comportamentais, biomédicas e estruturais. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, Rio de Janeiro – RJ.

Reuters (2021). Chile lawmakers knock down bill to ease abortion rules. Recuperado de <https://www.reuters.com/world/americas/chile-lawmakers-knock-down-bill-ease-abortion-rules-2021-11-30/>

Silva, L. E., Cohen, R. V., Rocha, J. L. L., Hassel, V. M. C., e Von-Bathen, L. C. (2020). Cirurgias eletivas no “novo normal” pós-pandemia da COVID-19: testar ou não testar? *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 47:e20202649. doi: 10.1590/0100-6991e-20202649

Silva, A. O. J., Félix, J., e Couto, E. S. (2020). Amor, sexo e distância física: pedagogias do web-namoro na pandemia da COVID-19. *Revista Educação em Questão*, 58(58), 1-25. doi: 10.21680/1981-1802.2020v58n58ID21741

Souto, R. (2021, abril 7). Google Trends: o que é e como utilizar nas estratégias de marketing. *Hubspot*. Recuperado de <https://br.hubspot.com/blog/marketing/google-trends>

Sudhakar, V. N., Wayda, B., Ranasinghe, I., Wang, S., Dreyer, R.P., Serene, I. C., e Karthink, M. (2014) The Use of Google Trends in Health Care Research: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 9(10), e109583. doi: 10.1371/journal.pone.0109583

Tafuri, B. K., Santos, V. R., e Zago, M. C. (2021). Comportamento sexual e pandemia por COVID-19: impasses e possibilidades. In M. C. Zago (Org.), *Saúde Mental no Século XXI: Indivíduo e Coletivo Pandêmico*. (1a ed., Cap. 6, pp. 82-100). São Paulo: Científica Digital. doi: 10.37885/210203323

UFRGS (2020). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coronavírus e profissionais do sexo: dicas de prevenção e formas alternativas de trabalho durante a pandemia de COVID-19. [e-book] / Universidade Federal do Rio Grande do Sul; coordenador do projeto: Matheus Neves. Porto Alegre: UFRGS, 2020. Recuperado de: <https://www.ufrgs.br/coronavirus/wp-content/uploads/2020/07/Coronav%C3%ADrus-e-profissionais-do-sexo-dicas-de-preven%C3%A7%C3%A3o-e-formas-alternativas-de-trabalho-durante-a-pandemia-de-covid-19.pdf>

UNFPA (2020). Fundo de População das Nações Unidas. *El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <https://lac.unfpa.org/es/publications/el-impacto-de-covid-19-en-el-acceso-los-anticonceptivos-en-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe>

Uol (2020). STF rejeita ação que defendia chance de aborto para infectadas pela zika. Recuperado de <https://www.uol.com.br/universa/noticias/redacao/2020/05/01/ministros-decidem-nao-votar-acao-que-defendia-aborto-em-caso-de-zika.htm>

WHO (2020, abril 6). World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Contraception and family planning. I can't access my contraceptive method of choice. What do you advise? WHO. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-contraception-and-family-planning>

Zanoni, D. A. T., Mendonça, A. L. M., Paiano, D. B. (2020) A pandemia da COVID-19 e suas repercussões na atenção à saúde sexual e reprodutiva. In: Luís Paulo Souza e Souza (org.). COVID-19 no Brasil os múltiplos olhares da ciência para as formas de enfrentamento. Ponta Grossa: Atena doi: 10.22533/at.ed.5772003129

Exploring the effects of COVID-19 on the lives of Brazilian women: results of a national online survey¹

Raquel Zanatta Coutinho²

Bruna Firmino³

David C. Mallinson⁴

1 This research was funded by grant R01HD091257, Reproductive Responses to Zika Virus Epidemic in Brazil, awarded to PI L. J. Marteleto by the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. This research was also supported by grant P2CHD042849, Population Research Center, awarded to the PRC at The University of Texas at Austin by the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development.

2 Universidade Federal de Minas Gerais e Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar)

3 Universidade Federal de Minas Gerais e Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar)

4 University of Texas at Austin

Introduction

At the beginning of the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic, which hit Brazil in March 2020, the emerging threat was more than an unknown danger. Amidst the political divisions (Ventura, Aith, and Rached, 2020) and economic crisis in the country, the Brazilian population was already experiencing increasing unemployment and inflation (Prates and Barbosa, 2020; Flamini, Toscani and Masri, 2021; Cereda, Rubiao and Sousa, 2020), important governmental budget cuts in health, science, and technology (Martins, 2019), and growing support for conservative political agendas that restrict reproductive health care (Soares and Ricoldi, 2022). Not long before in 2015-2017, Brazilians had dealt with the Zika epidemic, which left reduced fertility rates and altered women's reproductive behavior (Marteleteo et al. 2020; Rangel, Nobles and Hamoudi, 2020; Marteleteo and Dondero, 2021). Amidst uncertainty, the COVID-19 had the potential to increase poverty, withdraw political rights, and deepen existing social inequality.

The infection curve shows COVID-19 had, so far, three distinct waves. According to COVID-19 Observatory from Fundação Oswaldo Cruz (2022), the first wave peaked in late July 2020, when the 7-day rolling average of death cases hit ~1,000 deaths; the second peaking in early April 2021, with 7-day rolling average of ~3,000 deaths and a third wave in the moment of writing, with an accelerated increase in the number of cases and increase in the number of deaths, although in smaller proportions. Brazil witnessed the loss of over 600 thousand people, ranking second in the world, only behind the United States (World Health Organization, 2022).

Geographic differences in terms of numbers of infections and deaths were later partially explained by different lockdowns and other social distancing and public health measures to contain the disease (Okado and Botelho, 2021; Pereira, Oliveira and Sampaio, 2020). As these were not imposed by the federal government, states and municipalities were in charge of establishing their own regulations. Castro et al. (2021) estimated life expectancies at birth and at age 65 by sex and state using the Mortality Information System from the Ministry of Health. Compared to 2019, the absolute decline in life expectancy at birth registered in 2020 reached 3.46 years in the state of Amazonas with higher levels in Brazil's North region compared to its Southern region. As pointed out in their analysis, while the Northeast has higher levels of income inequality and poverty in tandem with restricted access to health services, state governors in that region imposed rigorous measures of physical distancing. Life expectancy decline was also higher for males (1.17 years against 0.66 for females), reflecting men's higher risk of dying from COVID-19.

In addition to tracking mortality and morbidity from COVID-19, social scientists also investigated the consequences of COVID-19 on other dimensions of livelihood. This included COVID-19's impact on income, employment, mental health, safety, and child development (Coutinho et al., 2021; Machado et al., 2021; Marteleteo and Dondero, 2021). There has also been a strong focus on

reproductive health in response to COVID-19, as a considerably large body of literature has shown that reproductive behavior and health is affected by war (Avogo and Agadjanian, 2008; McGinn et al, 2011; Urdal and Che, 2013; Torres and Urdinola, 2019), economic crisis (Neels et al, 2005; Billingsley, 2009; McKelvey et al, 2012) and epidemics (Denney et al, 2005; Grossman et al, 2005; Gamboa, 2019; Marteleteo et al. 2017; Marteleteo et al. 2020), with particularly strong consequences for socioeconomically disadvantaged populations (Coutinho et al., 2021).

Research has shown that young women in Brazil—especially those with less education or income—were unable to meet their reproductive health needs during the Zika epidemic (Diniz et al. 2020; Coutinho et al. 2021). Lack of access to care, high medical costs, inconsistent contraceptive use, the use of outdated contraceptive methods, and the inability to negotiate condom use characterized Brazilian low-income women's contraceptive status, explaining why rates of unplanned pregnancies were much higher among disadvantaged women (Theme-Filha et al., 2016). Not only were socioeconomically disadvantaged women more likely to have low contraceptive efficacy, but they were also the more exposed to Zika infections and have less access to clean water and sanitation, which increases the risk of infection from mosquito-borne diseases (Diniz 2016; Wenham et al. 2020; Baum et al. 2016; Pitanguy et al. 2016).

Our objective with this chapter is to explore the consequences of the COVID-19 on the lives of Brazilian women, focusing on increased care for dependents and income variations, and on violations of women's wellbeing, by analyzing reports of physical aggression or verbal abuse, and barriers to health care access. We also examine attitudes about pregnancy during the COVID-19 pandemic and contraceptive use. The analyses focus on age, race, education, marital status, religion, and region of residence. We use novel data from the online survey "Women's Health in the Age of Zika and Coronavirus (COVID-19)", which collected data from a convenience sample of 1,861 women between the age of 18 and 45 years old across Brazil in late 2020.

We find that women with low income and non-white women have higher odds of reporting income decline, domestic work, domestic violence and difficulties to access healthcare. We also found these groups tend to agree more with the necessity of avoiding pregnancy during the Coronavirus pandemic. Nevertheless, we also find these groups rely on hormonal and barrier contraceptives, whose access may have been jeopardized by lockdowns, limited income, and crowded health services units, increasing exposure to unplanned pregnancies.

The multiple spheres in women's lives

The first empirical studies to explore the impact of the COVID-19 pandemic indicate its potential impacts in multiple spheres at the individual- and macro-level, such as socioeconomic conditions (Flamini, Toscani and Masri, 2021; Menezes-Filho, Komatsu and Rosa, 2021; Pereira and Patel 2021; Araujo and Lua,

2020; Cereda, Rubiao and Souza 2020), child care and domestic work (Giurge, Whillans and Yemiscigil, 2021; Staniscuaski et al. 2021), health care access (Costa et al., 2021; Oliveira et al., 2021; Silveira et al, 2021; Matos et al.; 2020; Ribeiro Silva et al, 2020), domestic violence (Bezerra, 2020; Martins-Filho et al., 2020; Halford et al., 2020; Okabayashi et al, 2020) and reproductive behavior (Coutinho et al, 2020; Riley et al, 2020; Marteleteo and Dondero, 2021). In the following sections, we discuss some of these factors and state the hypothesis of this study.

Socioeconomic conditions

When COVID-19 hit Brazil, the country was still recovering from an economic recession that had driven unemployment rates to nearly 14 percent in 2017, but subsided to roughly 11 percent in late 2019 (Flamini, Toscani and Masri, 2021). Even among the employed, two in five Brazilians in the workforce relied on precarious or unprotected income sources, including informal jobs, self-employment, and recent formal employment that was not yet eligible for benefits (Cereda, Rubiao and Souza 2020). Furthermore, half of Brazilians were economically vulnerable, being either in poverty or at risk of falling into poverty. In the North and Northeast in Brazil, the percentage was as high as 70% and 80%, respectively (Cereda, Rubiao and Souza, 2020).

Three months into the pandemic, 12 million jobs closed. The reduction in employment disproportionately affected informal and self-employed workers (Flamini, Toscani and Masri, 2021; Menezes-Filho, Komatsu and Rosa, 2021; Pereira and Patel 2021), especially those with lower levels of education (Menezes-Filho, Komatsu and Rosa). For many formal workers and civil servants, work contracts were maintained with remote work¹, but the number of hours effectively worked declined abruptly (Flamini, Toscani and Masri, 2021). This reduction thusly reduced income for workers in these sectors.

COVID-19's impact on the job market also fell along other sociodemographic lines. The probabilities of job loss (Menezes-Filho, Komatsu and Rosa, 2021) or unemployment (Flamini, Toscani and Masri, 2021) were higher among Black workers when compared to White. Futher, the probability of losing a job was also higher for women (27%) than men (18%) (Menezes-Filho, Komatsu and Rosa, 2021). According to Araujo and Lua (2020), it was expected that women would face more job loss given the reduction in the service sector, which is predominantly female. With this evidence, we hypothesized that reduced income would be more pronounced with less education. Besides a decline in income, women would face increased domestic work and more difficulties in reconciling family and professional work particularly due to the closing of schools and day care centers, which increased household tasks (Araujo and Lua, 2020). This is our next topic.

¹ Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda (BEm) was introduced to allow flexibility to suspend paid work as a strategy to reduce layoffs. Companies were able to reduce their labor demand temporarily, by reducing hours or imposing temporary leaves, while protecting the employment relationship (Cereda, Rubiao and Souza, 2020).

Child care and domestic work

In nine different time-use surveys conducted between mid-March and mid-June 2020 in five different countries—including Brazil—Giurge, Whillans and Yemiscigil (2021) found consistent evidence that, compared to men, women spent more time on domestic work (household chores and caretaking, which are classified as “necessities”) during COVID-19, with stronger gender differences for parents compared to non-parents. Women also reported lower levels of happiness, which the authors interpreted as a conflict of not being able to be “an ideal employee and parent simultaneously,” and less time spent for leisure when compared to their male counterparts, especially when both were young.

Even when we consider only highly educated individuals in remote work; burdens tend to fall on women’s shoulders. A study conducted among academic professionals during April-May 2020 found that productivity (measured by the ability to submit papers as planned and to meet deadlines) fell sharply, especially for Black women and for mothers in general, being even worse for mothers of young children (Staniscuaski et al. 2021). In contrast, academic professional men without children saw their productivity increase with COVID-19, but even for those who had children, the pandemic did not disturb their productivity.

Thusly, we hypothesized that increases in domestic work caring for dependents would be more prevalent among younger women and women with children, and that caring for dependents would still be high among women with high levels of education.

Health care access

The COVID-19 pandemic disturbed Brazilians’ access to health services for prevention, diagnosis, and treatment of disease. Using data from the Federal Surveillance System for Primary Care, Oliveira et al. (2021) found that COVID-19 was associated with a 30% reduction in the monthly average of scheduled medical appointments. Additionally, Oliveira et al. (2021) and Silveira et al. (2021) also reported a dramatic 18%-20% decline in vaccination during the first year of the COVID-19 pandemic, with smaller declines for infants and for those with greater income. Cancer diagnoses and treatment were also strongly impacted by the closure of hospitals and health centers, with shortages of resources or the adaptation of these structures for COVID-19 cases. Costa et al. (2021) evaluated nationwide cancer-related hospital admissions from the National Public Health System throughout March 2019 to July 2020, which encompassed pre-and post-COVID-19 outbreak periods. The monthly average hospital admission rates revealed that cancer-related hospital admissions dropped by 26% and 28% for clinical and surgical purposes, respectively. These reductions also varied regionally, with the most significant decreases in south and southeastern Brazil.

As such, we hypothesized that women with less education, with less income, or who lived in regions most affected by COVID-19 faced higher barriers to health care access.

Domestic violence

Stressors in the home could also lead to a surge in domestic violence, such as alcohol abuse or depression driven by financial hardship and increased housework for child and elderly care. Bezerra et al. (2020) reported a considerable increase in domestic violence in the quarantine period in Brazil, specifically bodily injury, threats, rape and feminicide. Also, Okabayashi et al. (2020) showed that São Paulo, Brazil had a 38% increase of feminicide following the COVID-19 outbreak. Others states also reported a considerable increase in cases of femicides in the first quarter of 2020 compared to the same period in 2019, such as: Rio de Janeiro (13%), Espírito Santo (30%), Ceará (60%), Rio Grande do Sul (73%) and Tocantins (300%). Although there was an increase in cases of femicide in these states, the same did not happen with the number of formal occurrences of violence against women. One plausible explanation, as argued by some researchers, is that social isolation prevented victims from reporting cases of violence to law enforcement (Ribeiro-Junior et al., 2021; Halford et al., 2020; Martins-Filho et al., 2020). A decline in cases of violence in Brazil was identified, for example, by Ribeiro-Junior et al. (2021) using SINAM data. Similarly, Martins-Filho et al. (2020) reported rate of child physical injury decreased in the first half of 2020 by 24.3% compared to the first half of 2019.

We hypothesized that women with less education or less income witnessed more violence in their household, as they had fewer resources to deal with financial and gendered constraints that exposes them to violent behavior.

Reproductive behavior and attitudes toward pregnancy

In mid-2020, Coutinho et al. (2020) anticipated that COVID-19 would alter the sexual and reproductive health of Brazilian women. The directions of these impacts, however, would depend on how well women were able to stick to their own planning. At one side, fertility rates could increase if lockdowns, economic constraints, and health services closures decrease access to contraceptives. A recent study on low- and middle-income women projected a hypothetical 10% decline in the proportion of women receiving services related to sexual and reproductive health due to COVID-19 (Riley et al, 2020). Pregnancies—especially unplanned pregnancies—could also be a result of sexual and gender violence, as well as mental health problems that could destabilize reproductive planning.

Coutinho et al. (2020) also identified factors that could contribute to decreasing fertility rates during COVID-19. In a study carried out in the six largest Brazilian cities between October-December 2020 and January-March 2021, Lima, Soares and Monteiro da Silva (2021) showed a strong decline in the number of births across these cities. From a survey conducted in Pernambuco, Brazil, Marteleto and Dondero (2020) found that women who perceived a greater risk of COVID-19 infection were more likely to report that they were worried about pregnancy and fetal complications due to pandemic. They also found that women who reported being worried about pregnancy and fetal complications due to COVID-19 were also more likely to postpone or forgo pregnancy during the pandemic.

Nevertheless, the COVID-19 pandemic could also generate a re-evaluation of parental costs, especially for women who work outside the household who could see this time as an opportunity for childbearing. We can look to the Zika virus epidemic for this evidence. According to Marteletto et al. (2017), older women who postponed pregnancy because of education or career purposes were more likely to continue with their pregnancy plans regardless of Zika.

We hypothesized that older women and women with higher levels of education to be more open to continue or not postpone pregnancy during the COVID-19 pandemic.

Methods

Data

This analysis is part of an umbrella project, the Demographic Consequences of Zika and Covid (DeCodE) study, which investigates the impact of the Zika epidemic and the COVID-19 pandemic on reproductive health in Brazil (Marteletto and Dondero, 2020). For our analysis, we use data from the DeCodE Online Survey, which collected information on women's reproductive behaviors and preferences, concerns about Zika and COVID-19, access to healthcare, employment, family life, and demographic background.

The study team announced the survey in social networks and news media outlets throughout December 2020 to March 2021, targeting women of reproductive age (18 to 45 years old) in all Brazilian states. This yielded a convenience sample of 1,861 women, and the average survey response time was 25 minutes. All women signed an electronic consent form, and their participation was anonymous and voluntary. IP address and date of birth were used to check for double entries, which were not found. The survey was authorized by the Research Ethics Committee at the University of Texas at Austin and the Research Ethics Committee of the Universidade Federal de Minas Gerais CAAE 34032920.1.0000.5149). The data collection was funded by the National Institutes of Health.

Variables

We included several respondent characteristics: age at survey in years, both continuously and categorically (18-19 years; 20-24 years; 25-29 years; 30-34 years; 35-39 years; 40+ years); respondent education (high school or less; some college; college degree; graduate school); maternal education, defined as the education received by the respondent's mother (incomplete elementary; incomplete high school; high school; some college or greater); household income (<1 minimum salary [MS]; 1-2 MS; 2-3 MS; 3-5 MS; >5 MS); Race (White; Non-white (Yellow; Black; Brown)); religion (Catholic; Protestant; other; religious (but unaffiliated); atheist); marital status (married; cohabiting; divorced/separated/widowed; single); romantic relationship status (no; yes); region of residence (North; Northeast;

Southeast; Center-west; South); and parity, defined as the number of children previously born (none; one child; two children; three or more children).

In order to evaluate the impacts of the COVID-19 on women's lives, we considered several outcomes from the survey, which are our dependent variables. Three binary outcomes included "Having more work to care for child or elderly dependents in the past four weeks," "Perceiving an income decline the past four weeks," and "Having suffered or witnessed violence in the household in the past four weeks." Respondents could choose "No" or "Yes" for binary outcomes. Unfortunately, women were not asked whether the frequency of violence had changed due to the pandemic. Because of that, one cannot confirm that domestic violence changed, but this did not invalidate the finding that Brazilian women were facing important violations of their human rights.

The fourth outcome was "Needing a healthcare appointment in the past four weeks," and respondents could choose the following categories of responses: "No," "Yes, but preferred not to go," "Yes, but could not get an appointment because of lack of doctors or because the clinic was closed," or "Yes, and got an appointment." We also created a binary variable from this outcome, called, "Barrier to healthcare due to structural changes," where women who needed an appointment but could not get one were defined as having a barrier, and all other were defined as not having a barrier.

The fifth outcome was "Agreement with the statement that women should avoid pregnancy during the COVID-19 pandemic," and respondents could choose one of the following answers: "Totally disagree," "Disagree," "Neutral," "Agree," and "Totally agree." The last raw outcome was "Contraceptive use," and respondents could choose one (main) option of the following: "Traditional (calendar, withdrawal, lactation)," "Barrier (condom, diaphragm, spermicide)," "Hormonal (injection, pill, vaginal ring, patch, emergency contraceptive)," "Long-Acting Reversible Contraceptive-LARC (intrauterine device, implant)," "Permanent (vasectomy, sterilization)," or "None."

Methods

We first conducted a descriptive analysis for the full sample, tabulating the distribution of all raw variables (Table 1). This tabulation included respondents with missing information on variables. Second, we tabulated raw outcomes against all respondent characteristics, excluding respondents with missing information on variables. We tested differences of proportions using Pearson chi-square tests (Tables 2-4 and 7).

We then performed univariate logit regressions of each of the binary outcomes on each respondent characteristic except for maternal education and romantic relationship status (Table 5, "Uni." columns). The dependent variables in those logit models were perceiving an income decline the past four weeks (yes vs. no), having more work to care for child or elderly dependents in the past four weeks (yes vs. no), having suffered or witnessed violence in the household in the past four weeks (yes vs. no), barrier to healthcare (yes vs. no), and agreement that

women should avoid pregnancy during the COVID-19 pandemic (totally agree/agree vs. neutral/disagree/totally disagree).

Finally, for each of the dependent variables, we performed multivariate regressions that controlled for all respondent characteristics at once (Table 5, "Multi." Column), again, excluding maternal education and romantic relationship status. We excluded those variables because maternal education and romantic relationship status were highly correlated with respondent's education and marital status, respectively. For agreement that women should avoid pregnancy during the COVID-19 pandemic (totally agree/agree vs. neutral/disagree/totally disagree), we also performed multivariate logistic regression stratified by region of residence (Table 7), this time aggregating the regions with smaller sample sizes (North/Northeast; Southeast; Center-west/South). Stratified analysis of all outcomes is discussed in the text but not shown. Results are available upon request.

All analyses were conducted in Stata Statistical Software, version 17 (StataCorp, 2021).

Results

Table 1 includes descriptive statistics of the sample. Approximately 70% of respondents lived in the Southeast region, and the mean age was 31.8 years old. The distributions of education and income reveal the selectivity of the sample, with 72.34% of respondents having a college degree, a higher percentage if compared to 34.9% of women with the same age reported in last census (2010). The sample is also selected in terms of income, as just over 50% of respondents were in the highest household income bracket, while according to the last census, just 26.3% of the total number of households were in this same range. Sixty-three percentage of the sample was white (proportion for the country was 47.4% for women of reproductive age).

Table 1.

Baseline statistics (N = 1,861 respondents)

Respondent characteristics	Statistic
Age (years), mean (SD)	31.84 (6.88)
Age (years), n (%)	
18-19	52 (2.79)
20-24	274 (14.72)
25-29	377 (20.26)
30-34	445 (23.91)
35-39	437 (23.48)
40+	276 (14.83)
Missing	0 (0)

(continue)

(continued)

	Statistic
Education, n (%)	
High school or less	186 (9.99)
Some college	326 (17.52)
College degree	524 (28.16)
Graduate school	824 (44.28)
Missing	1 (0.05)
Maternal education, n (%)	
Incomplete elementary	380 (20.42)
Incomplete high school	226 (12.14)
High school	500 (26.87)
Some college or greater	745 (40.03)
Missing	10 (0.54)
Household income, n (%)	
<1 MS	78 (4.19)
1-2 MS	152 (8.17)
2-3 MS	268 (14.40)
3-5 MS	366 (19.67)
>5 MS	934 (50.19)
Missing	63 (3.39)
Race, n (%)	
White	1,173 (63.03)
Non-white	676 (36.32)
Missing	12 (0.64)
Religion, n (%)	
Catholic	686 (36.86)
Protestant	376 (20.20)
Other	268 (14.40)
Religious	345 (18.54)
Atheist	155 (8.33)
Missing	31 (1.67)
Marital status, n (%)	
Married	694 (37.29)
Cohabiting	293 (15.74)
Divorced/separated/widowed	72 (3.87)
Single	782 (42.02)
Missing	20 (1.07)
In romantic relationship	
No	477 (25.63)
Yes	1,384 (74.37)
Region, n (%)	
North	44 (2.36)
Northeast	242 (13.00)
Southeast	1,293 (69.48)
Center-west	177 (9.51)
South	105 (5.64)
Missing	0 (0)
Parity, n (%)	
None	1,186 (63.73)
One	361 (19.40)
Two	230 (12.36)
Three or more	57 (3.06)
Missing	27 (1.45)

(continue)

(continued)

	Statistic
Outcomes	
Healthcare appointment needed in past four weeks, n (%)	
No	1,111 (59.78)
Yes, but preferred not to go	330 (17.73)
Yes, but could not get appointment	121 (6.50)
Yes, got appointment	188 (10.10)
Missing	111 (5.96)
More work to care for dependents, n (%)	
No	840 (45.14)
Yes	957 (51.42)
Missing	64 (3.44)
Reduced income, n (%)	
No	1,122 (60.29)
Yes	696 (37.40)
Missing	43 (2.31)
Suffered or witnessed violence, n (%)	
No	1,595 (85.71)
Yes	218 (11.71)
Missing	48 (2.58)
Should avoid pregnancy during COVID-19 pandemic	
Totally disagree	261 (14.02)
Disagree	372 (19.99)
Neutral	302 (16.23)
Agree	503 (27.03)
Totally agree	359 (19.29)
Missing	64 (3.44)
Contraceptive use	
Traditional (calendar, withdrawal, lactation)	40 (2.15)
Barrier (condom, diaphragm, spermicide)	241 (12.95)
Hormonal (injection, pill, vaginal ring, patch, emergency contraceptive)	603 (32.40)
Long-acting reversible contraception (intrauterine device, implant)	246 (13.22)
Permanent (hysterectomy, vasectomy, sterilization)	63 (3.39)
None	573 (30.79)
Missing	95 (5.10)

Abbreviations: "MS" minimum salary, "SD" standard deviation.

Most respondents were in a union, with 37.3% being married and 15.7% cohabiting with a partner, including women living together. In contrast, less than 4% of respondents were divorced, widowed, or separated. Overall, nearly 75% of the full sample reported being in some type of romantic relationship. Most respondents did not have any children (63.7%), followed by those with one child (19.4%), two children (12.4%), and three or more children (3.1%).

Almost 60% of respondents did not need a healthcare appointment in the past four weeks, and only 10.1% of respondents needed a healthcare appointment and were able to secure it. In contrast, 17.7% needed an appointment but could not get one. Across all respondents, more than half had more work caring for dependents, almost 40% had reduced income, and more than 10% witnessed or suffered from violence in the household. Approximately 46% of respondents agreed that women should avoid pregnancy during the COVID-19 pandemic, and more than 30% of respondents reported not using contraception.

In the following sections, we discuss some important associations found between respondent characteristics and the outcomes of interest. Descriptive analyses for the full sample continue in Tables 2-4, 7, and the logit regression analyses for the full sample are in Tables 5 and 6.

Table 2.

Tabulations of dichotomous outcomes against respondent characteristics

Characteristic	Reduced Household Income (Row %)		More Work for Dependents (Row %)		Suffered or Witnessed Violence (Row %)	
	No	Yes	No	Yes	No	Yes
Age (years)						
18-19	53.33	46.67	63.46	36.54	78.72	21.28
20-24	55.60	44.40	58.04	41.96	83.65	16.35
25-29	59.19	40.81	52.78	47.22	88.38	11.62
30-34	65.01	34.99	46.14	53.86	88.43	11.57
35-39	65.89	34.11	38.37	61.63	91.12	8.88
40+	60.44	39.56	39.19	60.81	87.55	12.45
Chi-square P-value	0.037		<0.001		0.027	
Education						
High school or less	44.89	55.11	47.16	52.84	80.35	19.65
Some college	53.09	46.91	54.49	45.51	82.13	17.87
College degree	59.81	40.19	46.65	53.35	88.82	11.18
Graduate school	69.76	30.24	43.70	56.30	91.37	8.63
Chi-square P-value	<0.001		0.015		<0.001	
Maternal education						
Incomplete elementary	54.72	45.28	43.29	56.71	84.28	15.72
Incomplete high school	60.09	39.91	47.91	52.09	87.73	12.27
High school	60.66	39.34	45.59	54.41	88.98	11.02
Some college or greater	66.62	33.38	48.54	51.46	89.41	10.59
Chi-square P-value	0.001		0.384		0.083	
Household income						
<1 MS	32.47	67.53	45.83	54.17	74.67	25.33
1-2 MS	43.92	56.08	56.85	43.15	78.32	21.68
2-3 MS	49.23	50.77	49.42	50.58	83.59	16.41
3-5 MS	61.94	38.06	47.46	52.54	90.76	9.24
>5 MS	71.12	28.88	45.83	54.17	90.29	9.71
Chi-square P-value	0.001		0.384		<0.001	
Race						
White	65.56	34.44	46.94	53.06	89.01	10.99
Non-white	55.35	44.65	46.51	53.49	86.3	13.7
Chi-square P-value	<0.001		0.863		0.088	
Religion						
Catholic	65.08	34.92	45.62	54.38	87.46	12.54
Protestant	49.58	50.42	37.98	62.02	89.34	10.66
Other	61.45	38.55	48.22	51.78	87.21	12.79
Religious	64.41	35.59	48.20	51.80	87.68	12.32
Atheist	71.43	28.57	64.24	35.76	88.67	11.33
Chi-square P-value	<0.001		<0.001		0.902	

(continue)

(continued)

Characteristic	Reduced Household Income (Row %)		More Work for Dependents (Row %)		Suffered or Witnessed Violence (Row %)	
	No	Yes	No	Yes	No	Yes
Marital status						
Married	63.61	36.39	35.59	64.41	90.64	9.36
Cohabiting	64.6	35.4	43.62	56.38	89.44	10.56
Divorced/separated/widowed	56.94	43.06	34.29	65.71	81.43	18.57
Single	59.73	40.27	59.22	40.78	85.34	14.66
Chi-square P-value	0.262		<0.001		0.005	
In romantic relationship						
No	60.04	39.96	54.25	45.75	85.62	14.38
Yes	62.28	37.72	44.17	55.83	88.77	11.23
Chi-square P-value	0.395		<0.001		0.073	
Region						
North	57.14	42.86	56.82	43.18	83.72	16.28
Northeast	62.03	37.97	46.81	53.19	88.66	11.34
Southeast	60.05	39.95	45.32	54.68	87.39	12.61
Center-west	67.44	32.56	49.43	50.57	91.95	8.05
South	73.79	26.21	54.81	45.19	88.57	11.43
Chi-square P-value	0.031		0.198		0.422	
Parity						
None	63.34	36.66	59.21	40.79	87.74	12.26
One	58.99	41.01	25.28	74.72	90.80	9.20
Two	61.67	38.33	18.75	81.25	85.96	14.04
Three or more	45.61	54.39	46.44	53.56	81.82	18.18
Chi-square P-value	0.034		<0.001		0.138	

Note: Individual cross-tabulations exclude respondents with missing data.

Reduced income

In Table 2, we see that reduced household income was more prevalent for younger women (46.7% of women aged 18-19 years compared to 39.6% of women aged 40+ years), women with less education (55.1% of women high school education or less compared to 30.2% of women with graduate education), women with lower incomes (67.5% of women who earn <1 MS compared to 28.9% of women who earn >5 MS), non-white women (44.7% of non-white women compared to 34.4% of white women), Protestant women (50.4%), and women living in the North region of Brazil (42.9%). The logistic model confirms these associations in the univariate models and, to a less extent, in the multivariate models (Table 5). Additionally, women with three or more children appear having approximately twice the odds of nulliparous women of reporting reduced income in the univariate models. Stratifying the analysis for region of residence (not shown), the income and education associations are stronger for the North and Northeastern regions and that the parity association persists for the Southeast region only.

More work with dependents in the household

In Table 2, we see that older women reported more work for dependents compared to younger women. Work does not notably vary by women's education, income, race, or region. However, marital status is strongly associated

with reporting more work, with single women being the category with the lowest frequency of reporting more work for dependents (40.8%) compared to married women (64.4%), cohabiting women (56.4%), or divorced/separated/widowed women (65.7%). This outcome also varied by religion. For example, only 35.8% of atheist women reported increased work for dependents compared to 62.0% of Protestant women. The logistic regression models on Table 5 confirm the associations found above in the univariate models. For the full models, only marital status and religion continues to be significant.

An important relationship arises both in the univariate and full model. Women who are mothers have much higher odds of reporting more work compared to women who are not mothers. Compared to having no children, having one child (odds ratio [OR]=4.4), two children (OR=6.9), or three or more children (OR=3.8) is strongly associated with having increased work for dependents in the multivariate model.

Suffering or witnessing violence

As seen in Table 2, suffering or witnessing violence in the household is not a rare event, and this characteristic varies by respondent background. 21.3% of women aged 18 to 20 year report violence, a percentage that declines with age, with a slight increase for women aged 40+ years (12.5%). Violence was also more common among women with less education; 19.7% of the women with high school or lower levels of education suffered violence compared to 8.6% of the women with a graduate degree. Additionally, suffering or witnessing violence was more prevalent among women with less income (over 25% for women who earned <1 MS compared to less than 10% for women who earned 3+ MS) or non-white women (13.7% compared to 11.0% for white women). Perhaps less expected, violence was more common among divorced/separated/widowed women (18.6%) compared to single, cohabiting, or married women (<15%). Regression results in Table 5 confirm these associations. Further, in the multivariate models, education and income are negatively associated with reporting suffering or witnessing violence, especially for respondents in the Southeastern region of the country (not shown).

Healthcare access

Table 3 shows that while the percentage of people who respond that did not need service during the period varied 10 percentage points among the age groups (58-68%) the percentage of people were able to get an appointment is higher for women in the second half of the reproductive age (4% to 8.4% in the first half to 10.8% to 13.5% in the second half) and increases with education level (varying from 4.6% for high school or lower levels of education to 13.6% for graduate degree) and income (4.1% in the bottom category to 15% in the top category). The percentage of women who responded that needed service, but was not able to have an appointment is higher for women below 20 (12.2%) compared to all other age groups (and percentage decreases with age); women with high school or lower (13.7%) compared to women in all other education

levels (and decreases the higher the education level the women has achieved); and much higher for women in the bottom distribution of income (varying from 26% for the poorest to 3.86% for women who earn more than 5 salaries).

Table 3.

Tabulations of needing an appointment in the last four weeks against respondent characteristics

Characteristic	Needed Appointment in Last Four Weeks (Row %)			
	No	Yes, but preferred not to go	Yes, but could not get one	Yes, got one
Age (years)				
18-19	61.22	22.45	12.24	4.08
20-24	64.26	19.01	8.37	8.37
25-29	68.16	20.11	7.82	3.91
30-34	63.37	16.39	6.75	13.49
35-39	58.37	19.46	5.91	16.26
40+	64.86	19.31	5.02	10.81
Chi-square P-value	<0.001			
Education				
High school or less	62.29	19.43	13.71	4.57
Some college	60.52	21.68	9.71	8.09
College degree	65.99	16.40	7.49	10.12
Graduate school	63.34	19.17	3.89	13.60
Chi-square P-value	<0.001			
Maternal education				
Incomplete elementary	64.23	16.62	10.14	9.01
Incomplete high school	61.32	20.75	11.32	6.60
High school	65.04	19.28	6.57	9.11
Some college or greater	62.54	19.09	4.27	14.10
Chi-square P-value	<0.001			
Household income				
<1 MS	47.95	21.92	26.03	4.11
1-2 MS	62.50	17.36	15.97	4.17
2-3 MS	64.14	19.92	9.56	6.37
3-5 MS	66.18	20.00	5.29	8.53
>5 MS	63.07	18.07	3.86	15.00
Chi-square P-value	<0.001			
Race				
White	65.76	17.17	5.45	11.63
Non-white	59.56	21.79	9.25	9.40
Chi-square P-value	0.001			
Religion				
Catholic	64.84	16.64	5.65	12.87
Protestant	65.92	17.88	9.50	6.70
Other	63.49	19.84	7.54	9.13
Religious	57.40	25.68	7.55	9.37
Atheist	66.44	13.01	4.79	15.75
Chi-square P-value	0.001			
Marital status				
Married	61.02	16.77	6.68	15.53
Cohabiting	61.73	22.74	5.42	10.11
Divorced/separated/widowed	65.15	15.15	7.58	12.12
Single	66.04	19.33	7.65	6.98
Chi-square P-value	<0.001			

(continue)

(continued)

Characteristic	Needed Appointment in Last Four Weeks (Row %)			
	No	Yes, but preferred not to go	Yes, but could not get one	Yes, got one
In romantic relationship				
No	66.08	19.29	7.10	7.54
Yes	62.59	18.71	6.85	11.86
Chi-square P-value	0.088			
Region				
North	50.00	25.00	15.00	10.00
Northeast	52.65	21.68	9.29	16.37
Southeast	66.07	18.85	6.56	8.52
Center-west	68.64	13.61	6.51	11.24
South	52.63	18.95	3.16	25.26
Chi-square P-value	<0.001			
Parity				
None	63.08	18.95	7.12	10.85
One	66.37	17.26	4.76	11.61
Two	58.69	22.07	9.86	9.39
Three or more	71.70	15.09	3.77	9.43
Chi-square P-value	0.329			

Note: Individual cross-tabulations exclude respondents with missing data.

Race was also important for health access, with non-white respondents reporting a higher frequency of not being able to schedule an appointment when desired. Atheists, followed by Catholics, also have a higher frequency of being able to schedule an appointment when compared to the other religions. Married women, compared to single, reported more frequency of being able to schedule an appointment when needed. A difference of 18% is found among regions when it comes to barriers to access. While in the north, 50% of the women report not needing health access, this percentage is 68.6% and 66% in the Center-West and Southeast, respectively. Only 3.2% of the women in the South respond not being able to get an appointment. In the North, this percentage was 15%.

Moving to the logistic models, on Table 5, we modeled the odds of facing a barrier to healthcare (when a woman was not able to schedule an appointment when needed). Some results appear strong in the univariate models, but loses significance in the full models, such as women's level of education (women with graduate education or complete college have lower odds of facing barriers), race (non-Whites have 54% higher odds of facing barriers when compared to Whites) and Region (North and Northeast regions have higher odds of facing barriers when compared to the Southeast). The outcome for Non-whites is remarkably strong in the Center-West (not shown), with 2.57 the odds of having a barrier when compared to their White counterparts. Income level is also associated with lower odds of finding barriers, a result that remains strong in the full model, as well as religion (women who report being religious, but not affiliated with any religion, have 2.3 the odds of Atheists of facing barriers) and parity (women with two children have higher odds of facing barriers, a result that remains significant even after controls).

Agreeing with the statement “Women should avoid pregnancy during COVID-19”

While there is no clear pattern in responses according to age, having less education or less income are associated with higher frequencies of believing women should avoid getting pregnant during COVID-19 (Table 4). For example, 60.3% of women who earn <1 MS and 58.9% of women with high school or less education believe one should avoid pregnancy during COVID-19. Racial differences are also pronounced, with non-white women demonstrating greater agreement. Regarding marital status, 67.6% of divorced, separated, or widowed women agree with avoiding pregnancy during COVID-19. The logistic models in Table 5 confirm these relationships. Interestingly, having a child and the number of children is not associated with any perception regarding having a pregnancy during COVID-19.

Table 4.

Tabulations of attitudes towards pregnancy (should avoid) during COVID-19 pandemic against respondent characteristics

Characteristic	Should Avoid Pregnancy During COVID-19 Pandemic (Row %)				
	Totally disagree	Disagree	Neutral	Agree	Totally agree
Age (years)					
18-19	12.00	20.00	14.00	34.00	20.00
20-24	13.41	20.31	24.52	24.14	17.62
25-29	14.09	20.17	19.61	27.35	18.78
30-34	15.94	18.94	15.01	31.18	18.94
35-39	15.22	22.72	15.93	26.23	19.91
40+	13.26	21.59	10.23	29.17	25.76
Chi-square P-value	0.042				
Education					
High school or less	10.00	11.67	19.44	26.11	32.78
Some college	13.92	19.09	19.09	27.83	20.06
College degree	16.24	18.02	15.84	28.51	21.39
Graduate school	14.69	25.03	15.94	28.14	16.19
Chi-square P-value	<0.001				
Maternal education					
Incomplete elementary	11.98	16.99	14.48	26.46	30.08
Incomplete high school	14.88	18.14	15.35	28.37	23.26
High school	12.83	19.55	15.68	33.20	18.74
Some college or greater	16.99	24.03	19.20	24.86	14.92
Chi-square P-value	<0.001				
Household income					
<1 MS	9.59	19.18	10.96	21.92	38.36
1-2 MS	11.41	15.44	14.09	30.87	28.19
2-3 MS	15.62	16.8	16.02	28.91	22.66
3-5 MS	12.08	21.91	17.42	25.28	23.31
>5 MS	16.45	23.07	17.66	28.70	14.13
Chi-square P-value	<0.001				
Race					
White	15.59	22.32	17.98	27.02	17.09
Non-white	12.44	17.91	14.87	29.74	25.04
Chi-square P-value	<0.001				
Religion					

(continue)

(continued)

Characteristic	Should Avoid Pregnancy During COVID-19 Pandemic (Row %)				
	Totally disagree	Disagree	Neutral	Agree	Totally agree
Catholic	14.78	22.99	15.67	30.00	16.57
Protestant	11.67	16.39	17.22	27.22	27.50
Other	14.23	22.69	17.69	28.46	16.92
Religious	16.32	18.69	16.32	27.00	21.66
Atheist	16.44	19.86	19.86	24.66	19.18
Chi-square P-value	0.028				
Marital status					
Married	16.57	22.49	16.42	26.78	17.75
Cohabiting	12.32	22.18	14.08	30.28	21.13
Divorced/separated/widowed	12.68	14.08	5.63	40.85	26.76
Single	13.85	19.17	19.44	27.03	20.51
Chi-square P-value	0.013				
In a romantic relationship					
No	12.58	18.66	18.66	27.33	22.78
Yes	15.19	21.41	16.17	28.22	19.01
Chi-square P-value	0.155				
Region					
North	7.32	19.51	14.63	39.02	19.51
Northeast	12.88	20.60	15.02	29.61	21.89
Southeast	13.70	20.91	17.71	27.72	19.95
Center-west	18.60	20.93	14.53	28.49	17.44
South	24.27	18.45	14.56	22.33	20.39
Chi-square P-value	0.340				
Parity					
None	14.02	21.52	17.42	27.79	19.25
One	13.29	22.83	15.32	29.19	19.36
Two	17.26	17.26	14.6	28.32	22.57
Three or more	20.37	7.41	20.37	22.22	29.63
Chi-square P-value	0.180				

Note: Individual cross-tabulations exclude respondents with missing data.

Table 5.

Regression results, full sample

Variable	Reduced Household Income		More Work for Dependents		Suffered or Witnessed Violence		Barrier to Appointment		Avoid Pregnancy During COVID-19	
	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.
Age (years)										
18-19	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
20-24	0.913 (0.296)	0.931 (0.345)	1.256 (0.395)	0.998 (0.352)	0.723 (0.285)	0.677 (0.289)	0.710 (0.234)	0.554 (0.203)	0.611 (0.190)	0.515* (0.181)
25-29	0.788 (0.250)	1.080 (0.412)	1.554 (0.477)	0.767 (0.282)	0.487* (0.191)	0.634 (0.285)	0.730 (0.235)	0.736 (0.279)	0.730 (0.221)	0.677 (0.245)
30-34	0.615 (0.194)	0.930 (0.366)	2.028** (0.616)	0.732 (0.278)	0.484* (0.187)	0.768 (0.362)	0.566* (0.182)	0.598 (0.236)	0.856 (0.256)	0.968 (0.361)
35-39	0.592* (0.187)	0.969 (0.385)	2.789*** (0.850)	0.732 (0.281)	0.361*** (0.142)	0.590 (0.285)	0.640 (0.205)	0.699 (0.279)	0.730 (0.219)	0.865 (0.326)
40+	0.748 (0.242)	1.068 (0.437)	2.695*** (0.845)	0.545 (0.218)	0.526 (0.211)	0.747 (0.373)	0.605 (0.202)	0.671 (0.278)	1.038 (0.321)	1.232 (0.480)

(continue)

(continued)

Variable	Reduced Household Income		More Work for Dependents		Suffered or Witnessed Violence		Barrier to Appointment		Avoid Pregnancy During COVID-19	
	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.
Education										
HS or less	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Some college	0.719*	1.085	0.745	1.148	0.889	0.813	0.923	1.031	0.642**	0.819
	(0.137)	(0.235)	(0.141)	(0.261)	(0.214)	(0.220)	(0.186)	(0.238)	(0.122)	(0.176)
College degree	0.547***	0.926	1.021	1.374	0.514***	0.636	0.633**	0.785	0.695**	0.817
	(0.0964)	(0.195)	(0.179)	(0.306)	(0.122)	(0.176)	(0.122)	(0.180)	(0.122)	(0.172)
Graduate school	0.353***	0.761	1.150	1.489*	0.386***	0.488**	0.604***	0.769	0.556***	0.684*
	(0.0599)	(0.163)	(0.192)	(0.340)	(0.0883)	(0.142)	(0.110)	(0.180)	(0.0930)	(0.146)
Household income										
<1 MS	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
1-2 MS	0.614*	0.728	0.960	0.968	0.816	1.011	0.543**	0.579*	0.951	0.990
	(0.181)	(0.227)	(0.278)	(0.318)	(0.273)	(0.361)	(0.159)	(0.182)	(0.277)	(0.312)
2-3 MS	0.496**	0.590*	0.866	0.752	0.579*	0.728	0.454***	0.492**	0.702	0.756
	(0.135)	(0.173)	(0.232)	(0.231)	(0.181)	(0.248)	(0.124)	(0.146)	(0.189)	(0.224)
3-5 MS	0.295***	0.382***	0.937	0.899	0.300***	0.413**	0.368***	0.442***	0.623*	0.687
	(0.0787)	(0.111)	(0.243)	(0.272)	(0.0968)	(0.147)	(0.0976)	(0.130)	(0.163)	(0.201)
>5 MS	0.195***	0.283***	1.000	0.845	0.317***	0.489**	0.305***	0.377***	0.494***	0.583*
	(0.0496)	(0.0813)	(0.246)	(0.253)	(0.0912)	(0.167)	(0.0757)	(0.110)	(0.123)	(0.168)
Race										
White	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Non-white	1.535***	1.104	1.017	0.974	1.286*	0.975	1.540***	1.187	1.535***	1.336***
	(0.153)	(0.128)	(0.100)	(0.117)	(0.190)	(0.163)	(0.172)	(0.152)	(0.151)	(0.149)
Religion										
Atheist	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Catholic	1.341	1.237	2.141***	1.860***	1.121	1.153	1.324	1.269	1.117	1.045
	(0.263)	(0.258)	(0.400)	(0.383)	(0.317)	(0.341)	(0.313)	(0.311)	(0.205)	(0.202)
Protestant	2.542***	1.853***	2.934***	2.529***	0.933	0.687	1.740**	1.328	1.549**	1.232
	(0.526)	(0.425)	(0.590)	(0.588)	(0.288)	(0.235)	(0.429)	(0.356)	(0.306)	(0.268)
Other	1.568**	1.417	1.853***	1.782**	1.147	1.085	1.740**	1.669*	1.065	0.937
	(0.343)	(0.328)	(0.391)	(0.411)	(0.365)	(0.358)	(0.450)	(0.445)	(0.222)	(0.203)
Religious	1.381	1.201	1.930***	1.748**	1.099	1.085	2.297***	2.052***	1.215	1.097
	(0.292)	(0.269)	(0.390)	(0.386)	(0.336)	(0.343)	(0.565)	(0.521)	(0.242)	(0.228)
Marital status										
Single	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Married	0.849	0.952	2.629***	1.239	0.601***	0.694	0.829	1.018	0.886	0.757*
	(0.0923)	(0.147)	(0.287)	(0.191)	(0.100)	(0.164)	(0.103)	(0.178)	(0.0943)	(0.113)
Cohabiting	0.813	0.961	1.878***	1.511**	0.687*	0.725	1.061	1.269	1.168	1.095
	(0.117)	(0.161)	(0.265)	(0.253)	(0.150)	(0.183)	(0.167)	(0.232)	(0.163)	(0.175)
Divorced/ separated/ widowed	1.122	0.862	2.784***	1.353	1.327	1.115	0.796	0.844	2.303***	1.922**
	(0.280)	(0.247)	(0.731)	(0.410)	(0.430)	(0.427)	(0.243)	(0.287)	(0.608)	(0.563)

(continue)

(continued)

Variable	Reduced Household Income		More Work for Dependents		Suffered or Witnessed Violence		Barrier to Appointment		Avoid Pregnancy During COVID-19	
	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.	Uni.	Multi.
Region										
Southeast	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
North	1.127 (0.357)	1.112 (0.386)	0.630 (0.195)	0.467** (0.168)	1.348 (0.568)	1.658 (0.741)	1.957** (0.645)	1.456 (0.535)	1.549 (0.499)	1.331 (0.456)
Northeast	0.920 (0.134)	0.871 (0.140)	0.942 (0.134)	0.875 (0.143)	0.887 (0.196)	0.834 (0.202)	1.317* (0.208)	1.268 (0.218)	1.165 (0.166)	1.081 (0.167)
Center-west	0.726* (0.125)	0.828 (0.154)	0.848 (0.137)	0.843 (0.155)	0.606* (0.177)	0.721 (0.216)	0.739 (0.150)	0.756 (0.166)	0.932 (0.152)	1.001 (0.175)
South	0.534*** (0.123)	0.502*** (0.126)	0.683* (0.140)	0.647* (0.150)	0.894 (0.285)	1.073 (0.354)	0.833 (0.213)	0.982 (0.260)	0.818 (0.169)	0.926 (0.203)
Parity										
None	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
One	1.201 (0.149)	1.376** (0.209)	4.290*** (0.586)	4.360*** (0.701)	0.725 (0.149)	0.952 (0.233)	0.801 (0.119)	0.833 (0.147)	1.063 (0.130)	1.024 (0.150)
Two	1.074 (0.161)	1.120 (0.216)	6.290*** (1.142)	6.938*** (1.539)	1.168 (0.246)	1.460 (0.409)	1.330* (0.215)	1.473* (0.304)	1.166 (0.170)	1.042 (0.192)
Three or more	2.060*** (0.562)	1.610 (0.515)	3.330*** (0.988)	3.806*** (1.310)	1.590 (0.574)	1.974 (0.845)	0.660 (0.236)	0.658 (0.264)	1.213 (0.338)	0.851 (0.276)

Notes: Cells include regression coefficients (not in parentheses) followed by standard errors (in parentheses).

Abbreviations: "HS" high school, "MS" minimum salary, "Multi." multivariate, "Uni." univariate.

*P<0.10 **P<0.05 ***P<0.01

Table 6 shows multivariate regressions on agreement with whether to avoid pregnancy during COVID-19, but stratified on region of residence. The magnitude and strength of the race coefficients are remarkable for the inhabitants of the North/Northeast and Southeast regions, with non-white women having higher odds of agreeing with pregnancy avoidance. In the North/Northeast regions, women of higher parity (3+ children) have lower odds of agreeing with avoiding pregnancy when compared to their counterparts without children. In the remaining regions, parity does not have an effect. For the Southeast, interestingly, women who are 20-24 years old, have a graduate school education, or have an income >5 MS have lower odds of agreeing that women should avoid pregnancy during the COVID-19 pandemic relative to their counterparts. These associations are not observed for the remaining regions.

Table 6.

Multivariable regressions on agreement of whether to avoid pregnancy during COVID-19, stratified on region of residence

Variable	North/Northeast	Southeast	Center-west/South
Age (years)			
18-19	ref.	ref.	ref.
20-24	0.658 (0.623)	0.456* (0.184)	0.632 (0.956)
25-29	0.916 (0.885)	0.513 (0.214)	2.802 (4.377)
30-34	0.894 (0.886)	0.842 (0.368)	2.630 (4.103)
35-39	0.713 (0.725)	0.682 (0.299)	2.967 (4.678)
40+	0.881 (0.931)	0.929 (0.422)	7.392 (11.76)
Education			
HS or less	ref.	ref.	ref.
Some college	0.696 (0.447)	0.826 (0.204)	2.823 (2.293)
College degree	0.807 (0.489)	0.913 (0.223)	1.444 (1.073)
Graduate school	2.293 (1.468)	0.643* (0.160)	0.986 (0.723)
Household income			
<1 MS	ref.	ref.	ref.
1-2 MS	1.006 (0.700)	0.943 (0.366)	0.875 (1.100)
2-3 MS	0.565 (0.372)	0.738 (0.270)	0.727 (0.822)
3-5 MS	0.852 (0.567)	0.656 (0.238)	0.545 (0.605)
>5 MS	0.349 (0.229)	0.536* (0.191)	0.772 (0.852)
Race			
White	ref.	ref.	ref.
Non-white	2.045** (0.611)	1.294* (0.174)	0.837 (0.275)
Religion			
Atheist	ref.	ref.	ref.
Catholic	1.197 (0.632)	0.888 (0.207)	1.806 (0.973)
Protestant	1.342 (0.788)	1.156 (0.302)	1.080 (0.699)
Other	0.733 (0.446)	0.796 (0.208)	2.276 (1.405)
Religious	1.158 (0.651)	0.906 (0.227)	2.021 (1.199)
Marital status			
Single	ref.	ref.	ref.
Married	0.627 (0.247)	0.763 (0.139)	0.588 (0.244)
Cohabiting	0.939 (0.397)	1.189 (0.238)	0.874 (0.340)
Divorced/ separated/ widowed	0.412 (0.373)	2.104** (0.711)	6.985 (8.529)

(continue)

(continued)

Variable	North/Northeast	Southeast	Center-west/South
Parity			
None	ref.	ref.	ref.
One	0.926 (0.347)	1.077 (0.195)	1.127 (0.435)
Two	1.172 (0.569)	1.139 (0.253)	1.019 (0.549)
Three or more	0.221* (0.201)	1.558 (0.637)	0.264 (0.272)

Notes: Cells include regression coefficients (not in parentheses) followed by standard errors (in parentheses).

Abbreviations: "HS" high school, "MS" minimum salary.

*P<0.10 **P<0.05 ***P<0.01

Type of contraceptive method

As displayed in Table 7, there is a clear pattern of decreasing contraceptive use with older age. For example, nearly 70% of women aged 18-19 years use contraceptive compared to approximately 60% of women aged 35+ years. The use barrier methods, especially condoms, is greater among highly educated women and low among less educated women. We also note that less educated women tend to use hormonal contraceptives compared to women that are more educated. Likewise, more educated women tend to use long-acting reversible contraceptives more so than less educated respondents. The distribution of contraceptive use by income is similar to that of education level, with higher proportions of hormonal methods and sterilization among those with less income and a higher percentage of long-acting reversible contraceptive use of among the wealthiest respondents.

Table 7.

Tabulations of contraception used against respondent characteristics

Characteristic	Type of Contraception (Row %)					
	Traditional	Barrier	Hormonal	LARC	Sterilization	None
Age (years)						
18-19	3.92	5.88	52.94	3.92	0	33.33
20-24	2.62	13.48	46.82	8.61	0.37	28.09
25-29	1.10	12.36	44.23	14.84	0.82	26.65
30-34	2.88	17.27	34.05	14.87	2.64	28.30
35-39	2.48	11.41	26.80	15.38	4.96	38.96
40+	1.89	14.77	15.15	16.29	10.61	41.29
Chi-square P-value	<0.001					
Education						
High school or less	2.81	5.62	36.52	9.55	6.74	38.76
Some college	2.18	13.40	41.74	7.17	3.12	32.40
College degree	1.60	11.98	35.13	15.37	3.59	32.34
Graduate school	2.61	16.71	29.77	16.84	3.00	31.07
Chi-square P-value	<0.001					
Maternal education						
Incomplete elementary	1.38	10.74	29.48	11.57	6.06	40.77
Incomplete high school	2.38	12.38	33.81	15.71	2.38	33.33
High school	1.67	14.61	42.80	12.32	3.55	25.05
Some college or greater	3.12	14.89	31.06	15.46	2.70	32.77
Chi-square P-value	<0.001					

(continue)

(continued)

Characteristic	Type of Contraception (Row %)					
	Traditional	Barrier	Hormonal	LARC	Sterilization	None
Household income						
<1 MS	0	15.07	32.88	8.22	6.85	36.99
1-2 MS	2.76	10.34	38.62	9.66	3.45	35.17
2-3 MS	2.29	10.69	37.79	11.83	4.20	33.21
3-5 MS	1.70	14.16	39.09	13.60	2.83	28.61
>5 MS	2.52	14.91	30.39	16.06	3.56	32.57
Chi-square P-value	0.128					
Race						
White	2.60	14.78	32.53	14.25	3.49	32.35
Non-white	1.72	11.58	37.25	13.46	3.76	32.24
Chi-square P-value	0.197					
Religion						
Catholic	1.41	9.39	39.91	14.71	2.97	31.61
Protestant	2.80	10.36	29.69	12.04	6.44	38.66
Other	1.18	15.75	28.35	15.35	2.76	36.61
Religious	2.06	18.88	33.63	12.09	2.65	30.68
Atheist	7.38	22.15	29.53	18.12	2.68	20.13
Chi-square P-value	<0.001					
Marital status						
Married	2.55	15.79	25.04	16.27	7.18	33.17
Cohabiting	5.49	15.38	34.43	15.02	3.30	26.37
Divorced/separated/widowed	0	8.33	25.00	23.61	6.94	36.11
Single	1.03	11.98	42.01	10.95	0.39	33.63
Chi-square P-value	<0.001					
In a romantic relationship						
No	0.84	11.13	33.82	8.19	1.05	44.96
Yes	2.79	14.57	34.26	16.05	4.50	27.83
Chi-square P-value	<0.001					
Region						
North	2.33	9.30	27.91	11.63	2.33	46.51
Northeast	4.89	19.11	24.00	8.44	2.67	40.89
Southeast	2.19	12.84	35.74	15.43	3.41	30.38
Center-west	0	13.10	37.50	13.10	4.76	31.55
South	1.01	14.14	34.34	10.1	6.06	34.34
Chi-square P-value	0.001					
Parity						
None	2.30	14.31	38.87	11.22	0.44	32.86
One	2.14	14.98	28.44	20.49	1.22	32.72
Two	2.65	11.95	23.01	18.58	15.49	28.32
Three or more	0	0	16.36	12.73	32.73	38.18
Chi-square P-value	<0.001					

Note: Individual cross-tabulations exclude respondents with missing data.

The percentages of contraceptive use do not vary by race. However, they vary by religion, as atheist women were more likely to use traditional methods or barrier methods relative to more religious women. Catholic women generally used hormonal methods of contraceptives (~40%) relative to non-Catholic women (<30%). By marital status, the reliance of single women on hormonal methods is striking (>40%), which could be a compositional age effect.

Last, we found some important differences according to the geographic region. Specifically, over 40% of women in the North and Northeastern regions do not use contraceptives, whereas non-use falls below 35% among women in other regions. Likewise, hormonal contraceptive is less popular in the North and Northeastern regions relative to the South, Southeast, and Center-west regions.

Discussion and conclusion

Results from our survey indicated that women who had less education, had less income, or were non-white faced increased care for dependents, reduced incomes, increased violence, and greater barriers to health care access amidst COVID-19. The social distancing imposed by COVID-19 created the necessity of new ways of collecting data. Convenience online surveys, like ours, allow for a fast and low-cost collection of national data. Still, it is important to mention that our online survey has an important limitation: the convenience sampling procedure is not probabilistic. Participants tended to have more education and, thusly, better access to information and might be selected on certain unobserved characteristics that make them more responsive for participation in surveys about women's health. Given that women in our convenience sample are likely selected in terms of their social status, we need to keep in mind as we read our results. That means we can only expect that the reality of Brazilian women is worse than the one we were able to capture.

Despite the fact that we were able to cover all states of the country, we observed a disproportionately large proportion of women who live in the Southeast compared to women living in other parts of the country. This happened due to the fact that a major media attention was devoted to this research at the moment of collection in the Southeast. The use of logistic regression models and models stratifying the sample by region of residence shed light on these sample characteristics, but future studies should explore geographic differences of these outcomes.

Another important limitation is that all outcomes measured women's experiences in the previous four weeks before the survey. Although we recognize this attempt as a way to control for COVID-19 exposure, not all women answered the survey in the same calendar week. Besides, lockdown and social distancing measures may vary according to municipality and time frame. Future studies will take both sources of variation into account.

As we hypothesized, we found that the COVID-19 pandemic have been characterized by income decline, more domestic work caring for dependents, and an important violation of human rights: women suffered or witnessed violent behavior. This was more common for women who are younger, single, less educated, low-income, or non-white. Further, these groups also reported finding more barriers accessing health services during the pandemic. Of note, these women disproportionately rely on the Public Health System, which was strained during the pandemic.

Increased domestic work related to care for dependents was common among mothers and older women. It is also closely associated with marital status, with divorced and separated women reporting more work than women in unions or of single women. Although it is intuitive that the extra burden comes from being the only caretaker of the children and elderly, the reverse relationship—which is domestic work causing divorce during the pandemic—is also a possibility that deserves further study. The same happens for violence: one in five women who are divorced or separated report suffering or witnessing violence. Unfortunately, as we do not have the timing of the events, it is impossible to know what came first: violence or marital separation. It is important to study the effect of the pandemic on violent behavior and their consequences, especially when linked to low socioeconomic status, since education and income appear to be a protective factor against violence in the full regression models.

As far as public policies are concerned, some were designed to minimize domestic violence at the national and regional levels. In Acre, a state located in the North of Brazil, for example, the state public prosecutors created a cell phone application that allows women to report cases of violence remotely and provides information on violent behaviors and resources available for protection (Bastos et al., 2020). At the national-level, the Ministry of Women, Family and Human Rights launched a contingency plan to respond to increasing numbers of violence against women during the pandemic, including guidance for maintaining services provided by the network of support to victims (Bastos et al, 2020). It is important to strengthen the channels and helplines to receive complaints of domestic violence and to prevent physical, sexual, or psychological violence and abuse.

Moreover, future studies should investigate the role of the Emergency Assistance program in reliving financial burden exacerbated by the pandemic and their consequent impact on women's and children's lives. Researchers studied the importance of the emergency cash assistance programs implemented during COVID-19 crisis in compensating the negative effects on poverty (Flamini, Toscani and Masri, 2021; Menezes-Filho, Komatsu and Rosa, 2021; Cereda, Rubiao and Souza, 2020). With the purpose of providing emergency protection varying from 150 to 600 reais during the COVID-19 pandemic, emergency assistance was implemented in April 2020 and lasted until October 2021. According to the federal government, 36.5% of the Brazilian population received this monetary assistance (Brazilian federal government, 2022).

Because poverty can cause food insecurity, reduced income can impair the physical and cognitive development of children and adults whose nutrition were already vulnerable due to poor living conditions and the lack of clean drinking water and basic sanitation, further limiting access to high-quality food (Ribeiro Silva et al. 2020). Food insecurity may increase both growth deficit and acute malnutrition (e.g., weight-for-height deficit), as well as increase the risk of obesity or being overweight, as the consumption of healthy and adequate foods tend to give away to a substantial increase in the intake of ultra-processed foods which are cheaper and easier to access during a crisis.

The importance of religion was not anticipated. Even controlling for important socio-demographic characteristics, atheists reported fewer barriers to health access and less domestic work than religious women, which could be linked to more risk behaviors and different family routines. Future research in this area is necessary.

Interestingly, the women most likely to believe that one should avoid getting pregnant during the COVID-19 pandemic also had lower incomes and less education. Based on our results—and contrary to our hypothesis—we believe these women could be dealing with major uncertainties coming from the pandemic and would face bigger challenges in case of an unwanted pregnancy. Racial differences are also pronounced, with non-white women demonstrating higher agreement with the statement that pregnancies should be avoided during the COVID-19. This was particularly pronounced in the North, Northeast, and Southeast regions, which could be a reflection of previous experiences and exposure to the Zika virus as discussed elsewhere (Marteleteo and Dondero, 2021). As most women with low social status rely on hormonal methods, and a large percentage of women living in the North and Northeast uses traditional methods, it is easy to expect that unwanted pregnancies will also be higher among these population subgroups despite what they think about the best moment for reproduction.

Importantly, as this data was collected halfway through the pandemics, we have reasons to believe some conditions deteriorated even more as the pandemic continued. Qualitative studies will shed light on the mechanisms and ordering of events, as an income decline may deteriorate household conditions and relationships, exacerbating challenges experienced by women of reproductive age.

References

- Araújo, T. M. D., and Lua, I. (2021). Work has moved home: remote work in the context of the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 46.
- Avogo, W., and Agadjanian, V. (2008). Childbearing in crisis: War, migration and fertility in Angola. *Journal of Biosocial Science*, 40(5), 725-742.
- Bastos, Gabriela., Carbonari, Flavia., Tavares, Paula. (2020) Addressing Violence Against Women under COVID-19 in Brazil. World Bank, Washington, D.
- Baum, P., Fastro, A., Kunselman, S., Vega, C., Ricardo, C., Galli, B., and Nascimento, M. (2016). Ensuring a rights-based health sector response to women affected by Zika. *Cadernos de Saúde Pública*, 32.
- Bezerra, C. F. M., Vidal, E. C. F., Kerntopf, M. R., de Lima Júnior, C. M., Alves, M. N. T., and de Carvalho, M. D. G. (2020). Violência contra as mulheres na pandemia do COVID-19: Um estudo sobre casos durante o período de quarentena no Brasil/ Violence against women during the COVID-19 pandemic: A study of cases during the quarantine period in Brazil. *ID on line Revista de Psicologia*, 14(51), 475-485.
- Billingsley, S. (2010). The post-communist fertility puzzle. *Population research and policy review*, 29(2), 193-231.

- Brasil. Governo Federal. Portal Transparência. Available in <<https://www.portaltransparencia.gov.br/download-de-dados/auxilio-emergencial>>. Acess in april 2022.
- Castro Torres, A. F. and Urdinola, B. P. (2019). Armed conflict and fertility in Colombia, 2000–2010. *Population Research and Policy Review*, 38(2), 173-213.
- Castro, M. C., Gurzenda, S., Turra, C. M., Kim, S., Andrasfay, T., and Goldman, N. (2021). Reduction in life expectancy in Brazil after COVID-19. *Nature medicine*, 27(9), 1629-1635.
- Cereda, F., Rubiao, R. and Sousa, L. (2020). COVID-19, Labor Market Shocks, Poverty in Brazil.
- Costa, A. M., Ribeiro, A. L., Ribeiro, A. G., Gini, A., Cabasag, C., Reis, R. M., ...and Soerjomataram, I. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on cancer-related hospitalizations in Brazil. *Cancer Control*, 28, 10732748211038736.
- Coutinho, R. Z., Lima, L. C. D., Leocádio, V. A., & Bernardes, T. (2020). Considerações sobre a pandemia de Covid-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 37.
- Coutinho, R. Z., Montalvo, A. V., Weitzman, A., & Marteletto, L. J. (2021). Zika virus public health crisis and the perpetuation of gender inequality in Brazil. *Reproductive health*, 18(1), 1-21.
- de Oliveira, M. M., Fuller, T. L., Gabaglia, C. R., Cambou, M. C., Brasil, P., de Vasconcelos, Z. F. M., and Nielsen-Saines, K. (2022). Repercussions of the COVID-19 pandemic on preventive health services in Brazil. *Preventive medicine*, 155, 106914.
- Denney, L., Gordon, R., and Ibrahim, A. (2015). *Teenage Pregnancy after Ebola in Sierra Leone*. London: Overseas Development Institute
- Diniz, D. (2016). Vírus Zika e mulheres. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00046316.
- Diniz, D., Ali, M., Ambrogi, I., and Brito, L. (2020). Understanding sexual and reproductive health needs of young women living in Zika affected regions: a qualitative study in northeastern Brazil. *Reproductive Health*, 17(1), 1-8.
- Flamini, V., & Toscani, M. F. G. (2021). The short-term impact of covid-19 on labor markets, poverty and inequality in brazil (No. 2021/066). International Monetary Fund.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2022). Boletim especial. Balanço de dois anos da pandemia COVID-19. Observatório da COVID-19.
- Gamboa, L. F. and Lesmes, P. R. (2019). The fertility-inhibiting effect of mosquitoes: Socio-economic differences in response to the Zika crisis in Colombia. *Economics & Human Biology*, 35, 63-72.
- Giurge, L. M., Whillans, A. V., and Yemiscigil, A. (2021). A multicountry perspective on gender differences in time use during COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(12).
- Grossman, D. S., and Slusky, D. J. (2019). The impact of the Flint water crisis on fertility. *Demography*, 56(6), 2005-2031.
- Halford, E., Dixon, A., Farrell, G., Malleson, N., and Tilley, N. (2020). Crime and coronavirus: Social distancing, lockdown, and the mobility elasticity of crime. *Crime science*, 9(1), 1-12.
- Lima, E. E., Soares, C. F., and Monteiro da Silva, J. H. (2021). Baby Bust: Births fall in Brazilian major cities during the COVID-19 pandemic (No. a3n6s). Center for Open Science.

- Machado, M. M. T., Rocha, H. A. L., Castro, M. C., Sampaio, E. G. M., Oliveira, F. A., Silva, J. P. F. D, and Correia, L. L. (2021). COVID-19 and mental health of pregnant women in Ceará, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 55.
- Marteleto, L. J., Guedes, G., Coutinho, R. Z., and Weitzman, A. (2020). Live births and fertility amid the Zika epidemic in Brazil. *Demography*, 57(3), 843-872.
- Marteleto, L. J., Weitzman, A., Coutinho, R. Z., & Alves, S. V. (2017). Women's reproductive intentions and behaviors during the Zika epidemic in Brazil. *Population and Development Review*, 43(2), 199.
- Marteleto, L., and Dondero, M. (2021). Navigating women's reproductive health and childbearing during public health crises: COVID-19 and Zika in Brazil. *World Dev*, 139, 105305.
- Marteleto, L., and Dondero, M. (2021). Scars from a Previous Epidemic Among White and Black Women: Social Proximity to Zika and Fertility Intentions During the COVID-19 Pandemic.
- Martins, M., Lima, S. M. L., Andrade, C. L. T. D., and Portela, M. C. (2019). Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 4541-4554.
- Martins-Filho, P. R., Damascena, N. P., Lage, R. C., and Sposito, K. B. (2020). Decrease in child abuse notifications during COVID-19 outbreak: A reason for worry or celebration?. *Journal of Paediatrics and Child Health*.
- Matos, T. S., do Nascimento, V. A., do Carmo, R. F., Moreno de Oliveira Fernandes, T. R., de Souza, C. D. F., and da Silva, T. F. A. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the diagnosis of new leprosy cases in Northeastern Brazil, 2020. *International Journal of Dermatology*, 60(8), 1003-1006.
- McGinn, T., Austin, J., Anfinson, K., Amsalu, R., Casey, S. E., Fadulalmula, S. I., ... and Yetter, M. (2011). Family planning in conflict: results of cross-sectional baseline surveys in three African countries. *Conflict and health*, 5(1), 1-8.
- McKelvey, C., Thomas, D. and Frankenberg, E. (2012). Fertility regulation in an economic crisis. *Economic Development and Cultural Change*, 61(1), 7-38.
- Menezes-Filho, N., Komatsu, B. K., and Rosa, J. P. (2021). Reducing poverty and inequality during the coronavirus outbreak: The emergency aid transfers in Brazil. *Policy Paper*, 54.
- Neels, K., Theunynck, Z., and Wood, J. (2013). Economic recession and first births in Europe: recession-induced postponement and recuperation of fertility in 14 European countries between 1970 and 2005. *International Journal of public health*, 58(1), 43-55.
- Okabayashi, N. Y. T., Tassara, I. G., Casaca, M. C. G., de Araújo Falcão, A., and Bellini, M. Z. (2020). Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil-impacto do isolamento social pela COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 4511-4531.
- Okado, L. T. A., and Botelho, J. C. A. (2021). Covid-19 and polarization in Brazil: The dynamics of state-level policies related to the pandemic. *Política. Revista de Ciencia Política*, 59(2), 61-78.
- Oliveira, T. D. O., Costa, D. S., Alvim-Soares, A., de Paula, J. J., Kestelman, I., Silva, A. G., and Miranda, D. M. (2021). Children's behavioral problems, screen time, and sleep problems' association with negative and positive parenting strategies during the COVID-19 outbreak in Brazil. *Child Abuse & Neglect*, 105345.
- Pereira, A. K., Oliveira, M. S., and Sampaio, T. D. S. (2020). Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. *Revista de Administração Pública*, 54, 678-696.

- Pereira, I., and Patel, P. C. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the hours lost by self-employed racial minorities: Evidence from Brazil. *Small Business Economics*, 1-37.
- Pitanguy, J. (2016). Os direitos reprodutivos das mulheres e a epidemia do Zika vírus. *Cadernos de Saúde Pública*, 32.
- Prates, I. and Barbosa, R. J. (2020). The impact of COVID-19 in Brazil: labour market and social protection responses. *The Indian Journal of Labour Economics*, 63(1), 31-35.
- Rangel, M. A., Nobles, J., and Hamoudi, A. (2020). Brazil's missing infants: Zika risk changes reproductive behavior. *Demography*, 57(5), 1647-1680.
- Ribeiro-Junior, M. A. F., NÉder, P. R., Augusto, S. D. S., Elias, Y. G. B., Hluchan, K., and SANTO-ROSA, O. T. T. O. (2021). Current state of trauma and violence in São Paulo Brazil during the COVID-19 pandemic. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 48.
- Ribeiro-Silva, R. D. C., Pereira, M., Campello, T., Aragão, É., Guimarães, J. M. D. M., Ferreira, A. J., ... and Santos, S. M. C. D. (2020). Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3421-3430.
- Riley, T., Sully, E., Ahmed, Z., and Biddlecom, A. (2020). Estimates of the potential impact of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health in low-and middle-income countries. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 46, 73-76.
- Silveira, M. F., Tonial, C. T., Maranhão, A. G. K., Teixeira, A. M., Hallal, P. C., Menezes, A.M. B., ... and Victora, C. G. (2021). Missed childhood immunizations during the COVID-19 pandemic in Brazil: analyses of routine statistics and of a national household survey. *Vaccine*, 39(25), 3404-3409.
- Soares, F. and Ricoldi, A. (2022). A escalada neoconservadora e a agenda antigênero: o caso da participação do Brasil na Cúpula Demográfica de Budapeste. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 39.
- Staniscuaski, F., Kmetzsch, L., Soletti, R. C., Reichert, F., Zandonà, E., Ludwig, Z., ... and de Oliveira, L. (2021). Gender, race and parenthood impact academic productivity during the COVID-19 pandemic: from survey to action. *Frontiers in psychology*, 12, 1640.
- Theme-Filha, M. M., Baldisserotto, M. L., Fraga, A. C. S. A., Ayers, S., da Gama, S. G. N. and Leal, M. D. C. (2016). Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. *Reproductive health*, 13(3), 235-243.
- Urdal, H., and Che, C. P. (2013). War and gender inequalities in health: the impact of armed conflict on fertility and maternal mortality. *International Interactions*, 39(4), 489-510.
- Ventura, D., Aith, F. and Rached, D. (2020). A emergência do novo coronavírus e a “lei de quarentena” no Brasil. *Revista Direito e Práxis*, 20(10), 1-38.
- Wenham, C., Nunes, J., Correa Matta, G., de Oliveira Nogueira, C., Aparecida Valente, P., and Pimenta, D. N. (2020). Gender mainstreaming as a pathway for sustainable arbovirus control in Latin America. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 14(2), e0007954.
- World Health Organization (2021). COVID-19 Dashboard.

Con o sin pandemia. La persistencia de la caída de la fecundidad en Uruguay

Wanda Cabella¹

Ignacio Pardo²

1 Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay.

2 Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay.

Introducción

El 13 de marzo de 2020 el gobierno uruguayo decretó el estado de emergencia sanitaria y puso en vigor un conjunto de medidas que restringieron la movilidad de las personas. Entre otras cosas, se limitó el trabajo presencial al mínimo, de forma obligatoria en los servicios públicos y con una fuerte recomendación en la actividad privada; se cerraron las fronteras, se decretó el cierre de las instituciones educativas, se limitó el derecho de reunión, se prohibieron los espectáculos públicos y se clausuraron los restaurantes, bares y salones de fiestas. Si bien el gobierno no decretó sanciones a la movilidad individual, la población fue altamente receptiva a las exhortaciones de distanciamiento social y restricción de la movilidad personal, por lo que en los hechos el país se paralizó durante ese período (Filgueira *et al.* 2021)¹.

En los casi dos meses que duró esta etapa de confinamiento quasi voluntario, los contagios y las defunciones fueron mínimos. De hecho, la epidemia solo se propagó varios meses después². Pero la incertidumbre respecto a los efectos de la enfermedad y la situación que referían las noticias en torno a los estragos que estaba haciendo en varios países europeos, especialmente España e Italia, con los que Uruguay tiene fuertes lazos, determinó que la población adoptara una actitud en extremo prudente, logrando que la contención de la pandemia fuera exitosa durante casi todo el 2020 (Filgueira *et al.* 2021).

Como en el resto de los países en los que hubo períodos más o menos extensos de confinamiento, en Uruguay surgieron interrogantes respecto a sus efectos demográficos. En un país que asiste a una caída sin precedentes de la natalidad desde hace un quinquenio, la pregunta relativa a cuánto y cómo el encierro afectaría el comportamiento sexual y reproductivo de las parejas y, en consecuencia, los nacimientos, resonó en los medios de comunicación, que consultaron con insistencia a los demógrafos sobre sus previsiones a este respecto. Luego de transcurridos dos años de una pandemia que colocó al mundo en vilo, se cobró millones de vidas, puso en jaque a los sistemas de salud y provocó daños enormes a la economía global, es notorio que la crisis del COVID -19 ha afectado todos los aspectos de la vida, incluido el comportamiento reproductivo. Con datos a la vista, ya es posible preguntarnos en qué medida la pandemia y especialmente las medidas de aislamiento social afectaron el número de

¹ Un indicador elocuente respecto a cómo las medidas asociadas a la contención de los contagios afectaron los planes de las parejas fue la enorme reducción de los matrimonios en 2020. La tasa de nupcialidad es muy baja en Uruguay, como consecuencia de una tendencia al descenso que se registra desde al menos tres décadas. Sin embargo, en 2020 el número de casamientos registrados apenas superó los 6500, un 30% menos respecto a 2019. Si bien es posible que esto haya contribuido a postergar algunos nacimientos, lo cierto es que la mayoría de la fecundidad se procesa fuera del matrimonio (más del 80% de los nacimientos ocurren en uniones consensuales), por lo que este dato se trae a colación para dar cuenta de la magnitud del efecto de la pandemia sobre el cierre de la vida social. No contamos aun con datos oficiales de 2021, pero se sabe que los matrimonios aumentaron una vez que se reabrieron los locales de fiestas y se flexibilizaron los aforos.

² De acuerdo con la información oficial el promedio semanal de contagios en marzo de 2020 era de 16 casos. Este indicador se redujo y llegó prácticamente a cero hasta octubre, mientras que las defunciones al 31 de mayo de 2020 alcanzaron un total de 17. En noviembre comenzó la primera ola de COVID 19 en Uruguay que duró hasta fines de abril del siguiente año, con un saldo de mortalidad de poco más de 6000 defunciones en ese período.

concepciones en 2020, y, en consecuencia, los nacimientos de fin de 2020 e inicios de 2021. El objetivo de este trabajo es entonces determinar si el confinamiento ocurrido desde marzo de 2020 afectó la natalidad del país.

El estudio de las consecuencias de la pandemia sobre el comportamiento reproductivo abarca aspectos mucho más amplios y extendidos en el tiempo, pero por razones de disponibilidad de información, nos concentraremos en las consecuencias del confinamiento de la primera ola, que, por otra parte, ha sido objeto de gran interés entre los demógrafos.

El texto se organiza de la siguiente manera. Luego de esta introducción, se presenta una breve sección con información sobre el comportamiento de los principales indicadores del contexto económico y social durante el primer año de la pandemia. En la tercera sección se describen las tendencias de la fecundidad y la natalidad en el período reciente, con énfasis en los años inmediatamente previos a la declaración de la emergencia sanitaria; en la sección 4 se reseñan cuáles fueron los impactos de los períodos de confinamiento en otros países. En la sección 5 se describen los datos y los métodos, y los resultados se presentan en el sexto apartado. El documento se cierra con una sección de discusión, conclusiones y prospectiva.

Los principales indicadores socioeconómicos durante el primer año de la emergencia sanitaria

A raíz de las medidas adoptadas para evitar los contagios, sumadas a un contexto internacional desfavorable, la situación económica se modificó considerablemente en el primer año de la pandemia. En 2020 el PIB se redujo 5,9% y todos los indicadores del mercado de trabajo empeoraron de forma significativa, con el agravante de que durante el quinquenio anterior la economía había comenzado a deteriorarse. El empleo tuvo una caída muy importante en el segundo trimestre de 2020 situándose en 53%, frente a valores que oscilaron entre 55% y 57% en los doce meses anteriores. Paralelamente, se registró un aumento del desempleo, que pasó de 8.9% en 2019 a 10.4% en 2020 y una caída de la tasa de actividad del 62.2% al 60.5%. De acuerdo con los datos de este informe los principales afectados fueron los trabajadores jóvenes y las mujeres (Amarante, Bucheli y Scalese, 2021).

Distintos trabajos señalan que la mayor pérdida de empleo femenino se debió a que a que las tareas de cuidado de los hijos recayeron en mucho mayor medida en las mujeres. El cierre de las instituciones educativas, los centros de cuidado, las restricciones de acceso a cuidados domiciliarios remunerados y la pérdida de los apoyos familiares, sumado a las normas sociales respecto a los roles de género, contribuyeron a que fueran las mujeres quienes asumieron la mayor parte del trabajo doméstico y de cuidado en el contexto de la pandemia (Espino *et al*, 2021; ONU Mujeres y UNICEF, 2020; ONU MUJERES 2020).

La crisis de cuidados que acompañó a la crisis sanitaria y económica puso de relieve las limitaciones en la consolidación de las conquistas femeninas en términos de la división del trabajo doméstico. Si bien continúa vigente la percepción de que son las mujeres quienes deben ocuparse de los hijos, especialmente si son pequeños (ENCOR, 2017; Batthyány, 2015; ENDIS, 2013), y en los hechos la responsabilidad de la gestión de los cuidados seguía estando en sus manos, ante la instalación de las medidas sanitarias, en cuestión de días las mujeres, se vieron nuevamente dedicadas a tiempo completo a las tareas del hogar, incluso si se encontraban teletrabajando (Espino *et al.*, 2021). Este aspecto es relevante para interpretar la evolución de la fecundidad vinculada al confinamiento, en la medida que, a la incertidumbre económica aguda de ese período, y a la percepción de los riesgos sanitarios, se sumó el estrés cotidiano vinculado a la falta de apoyos públicos y privados para hacer frente al cuidado de los hijos.

Por último, cabe señalar que, si bien la ampliación de las prestaciones a los trabajadores formales aumentó, Uruguay fue el país de América Latina que realizó menos esfuerzos fiscales para mitigar los efectos de la pandemia sobre el bienestar económico de los hogares (Salas y Vigorito, 2021) lo que pudo haber reforzado la percepción de escasez e incertidumbre.

El descenso de la fecundidad en Uruguay hasta la pandemia (2005-2020)

La fecundidad uruguaya, históricamente baja para el contexto regional, descendió apenas por debajo del umbral de reemplazo en 2005 y se mantuvo estable durante los siguientes diez años. En este peculiar régimen de fecundidad, influído por el fuerte cambio familiar desatado en las últimas décadas (Cabella, 2009), se observó la convergencia hacia descendencias poco numerosas y la divergencia en cuanto al calendario: una parte de la población femenina postergó cada vez más su primer nacimiento, mientras otra mantuvo un comportamiento reproductivo marcado por la fecundidad adolescente y temprana (Nathan *et al.*, 2016; Nathan, 2014).

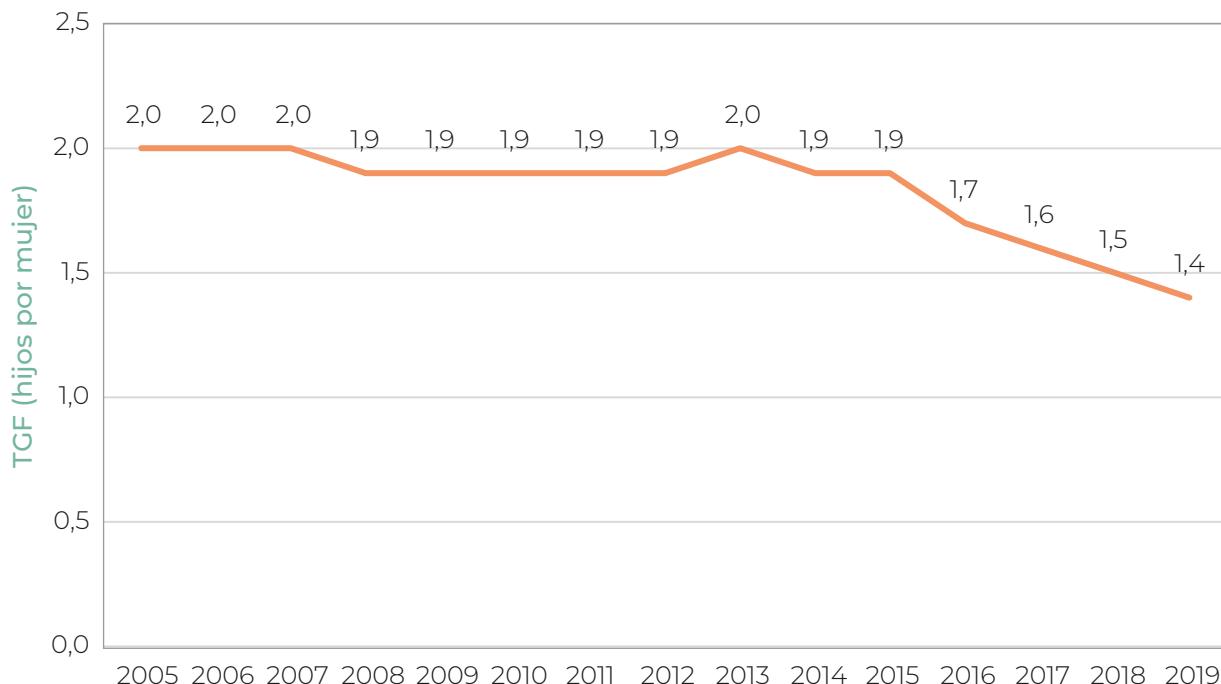
Pero todo cambió en el período 2015-2020, cuando no solo se alteró la estabilidad de los diez años anteriores, sino que se observó un descenso extraordinariamente pronunciado, que llevaría la fecundidad uruguaya a niveles difíciles de prever hasta ese momento (Gráfico 1). En términos de su Tasa Global de Fecundidad, es un descenso inédito, de 1,96 a 1,42 hijos por mujer en apenas un lustro, expresado en una reducción de 48.926 a 35.866 nacimientos anuales.

Una parte muy importante de la explicación de este descenso está dada por el desplome de la tasa de fecundidad temprana (20-24 años) y, en especial la adolescente (15-19 años), que llegó a valores de 26 nacimientos anuales por mil adolescentes tras oscilar en torno a un piso de 55% durante todo el período anterior de estabilidad de la fecundidad. Ambas tasas explican el 52% del descenso de la

TFG del lustro (Gráfico 2). De esta forma, no solo se redujo de forma espectacular el nivel de la fecundidad, sino que se empezó a desdibujar la bipolaridad de su calendario (Nathan et al., 2016). De todos modos, tiene interés que casi la mitad de la reducción (48%) se haya procesado en el tramo de las edades centrales de la fecundidad e incluso en las tardías.

Gráfico 1.

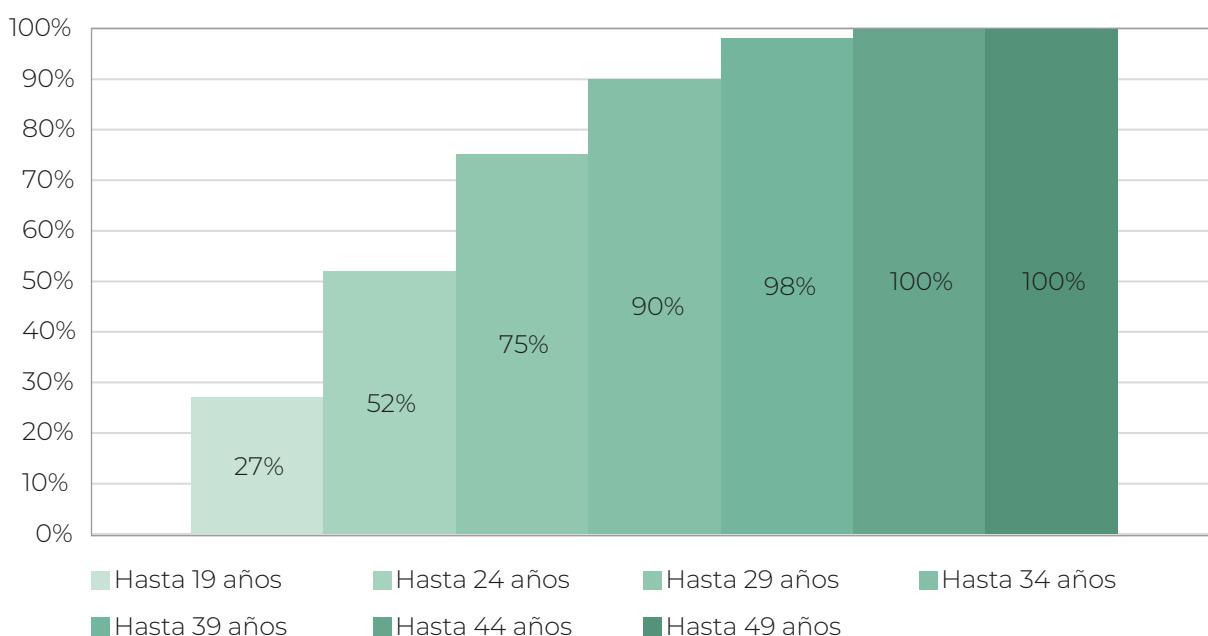
Evolución de la Tasa Global de Fecundidad en Uruguay, 2005-2020



Fuente: Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública y Proyecciones Nacionales de Población, Revisión 2013, Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 2.

Contribución acumulada de las tasas de fecundidad por edad al descenso de la fecundidad (Uruguay, 2015-2020)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública y Proyecciones Nacionales de Población, Revisión 2013, Instituto Nacional de Estadística.

La incipiente investigación cuantitativa y cualitativa orientada a explicar esta reducción, destaca la importancia de los efectos de la política de introducción masiva de los implantes subcutáneos a partir de 2015. Luego de un piloto llevado a cabo en 2014, el sistema público de salud incluyó en la canasta de métodos anticonceptivos implantes subdérmicos de cinco años de duración, sin costo alguno para sus usuarias. Este método de larga duración demostró tener una fuerte aceptación entre las mujeres más jóvenes, en torno al 80% de las mujeres que lo adoptaron no llegaban a los 30 años (Ceni *et al.*, 2021)³.

Como en otras poblaciones en las que se produjo un descenso hasta niveles tan bajos de la TGF, la perspectiva más probable es la de una recuperación hacia niveles intermedios, entre el umbral de reemplazo y el de fecundidad muy baja ($TGF < 1,5$). Esto es lo que ocurrió en varios países europeos como resultado del mencionado proceso de postergación. Por ejemplo, en Dinamarca la TGF había descendido hasta 1,3 en 1985 y en 2008 alcanzó el valor de 1,7; entre fines de los '90 y 2008 la TGF sueca aumentó de 1,5 a 2 hijos por mujer y así, con diferentes ritmos, gran parte de los países de Europa experimentaron caídas y recuperaciones de esta índole desde mediados de la década de 1980 hasta entrada la década de 2010 (Sobotka, 2017). Más allá de las especulaciones en torno al papel de las políticas familiares o las orientaciones culturales en los diferentes contextos, en ningún caso es fácil predecir exactamente cuándo se producirá el rebote en Uruguay, ni cuán cerca del umbral del reemplazo se estabilizaría la TGF en la etapa posterior, si es que cabe esperar este nuevo equilibrio.

El modelo explicativo más habitual (Kohler *et al.*, 2002) sugiere que, a medida que va terminando la *transición del aplazamiento*, se registran los nacimientos postergados durante el período previo de aumento de la edad media al primer hijo. Este proceso de recuperación de nacimientos sería así el motor del rebote de la fecundidad de período. En Uruguay, el descenso a niveles muy bajos fue liderado por la reducción de la intensidad de la fecundidad entre las menores de 25 años, por lo que es posible que la duración del aplazamiento difiera de la del modelo elaborado sobre datos de poblaciones en las que el cambio de calendario ocurre en edades posteriores.

Pero si el análisis de las probables trayectorias de la fecundidad ya incluía de por si un cariz predictivo difícil de formalizar, lo cierto es que más de dos años de vida en contexto de pandemia agregan una nueva dosis de incertidumbre a las tendencias esperadas. La evidencia demográfica respalda la expectativa de un aumento de la fecundidad en un futuro cercano, por el señalado efecto rebote entre las mujeres jóvenes, pero mientras en un documento anterior nos ceñíamos a una explicación fuertemente recostada sobre una cierta inercia demográfica (Cabella, Nathan y Pardo, 2019), el análisis prospectivo luego de la pandemia exige la consideración de un conjunto de nuevas circunstancias que seguramente modifiquen en algo la perspectiva reproductiva de las

³ Un aspecto relevante de esta política es que se entrenó personal del primer nivel de atención de la salud (médicos generales, parteras, enfermeras) para colocar los dispositivos, antes reservado a ginecólogos y obstetras. Un estudio realizado a efectores de la salud pública evidenció que esta ampliación no sólo facilitó a las mujeres el acceso a este método, sino que contribuyó a que el personal de salud se sensibilizara e informara en el área de la salud sexual y reproductiva (López-Gómez *et al.*, 2019)

distintas generaciones. Estas consideraciones ya son parte de los análisis hechos para otros países que han comenzado a medir los efectos de la pandemia sobre la fecundidad.

El estudio del descenso de la fecundidad en la pandemia en otros países

Desde el surgimiento de la pandemia proliferaron los análisis acerca del posible efecto en la fecundidad tanto de la propia enfermedad, como de la reacción de las poblaciones ante la epidemia y las distintas medidas de restricción impuestas por los gobiernos. En consideración del número de meses que media entre las decisiones de fecundidad y los nacimientos, durante el 2020 no fue posible evaluar ningún efecto concreto, y por tanto, los análisis quedaron mayormente en el terreno de la especulación: diversos trabajos presentaron esquemas detallados sobre los potenciales efectos de la pandemia sobre la natalidad (Aassve *et al.*, 2020; UNFPA Asia-Pacific 2020; Nitsche y Lee 2021; Fostik 2021) mientras que otros realizaron interesantes ejercicios de predicción, por ejemplo, a partir de búsquedas en Google de términos asociados a natalidad (Wilde *et al.* 2020; Berrington *et al.* 2021).

De un lado, se hipotetizó acerca del posible efecto depresor de la fecundidad, en respuesta a mecanismos tales como el menor acceso a tecnologías de reproducción asistida, la mayor morbilidad de los adultos (incluido el posible aumento de la mortalidad materna y abortos espontáneos) y un menor ritmo de concepciones. Este último elemento podría deberse al peso de la restricción a la movilidad individual, al afectar la formación de nuevas parejas y por ende la disminución de encuentros sexuales, especialmente entre la población joven. Pero sobre todo podría deberse al efecto indirecto de las medidas adoptadas para mitigar la propagación de la epidemia, que trajeron mayor incertidumbre económica y dificultades de conciliación laboral-familiar y conyugal; es decir, podría darse por vía de las decisiones reproductivas al interior de las parejas, que además podrían estar en mayor riesgo de disolución (Aassve *et al.*; 2020; Berrington *et al.*, 2021; UNFPA Asia-Pacific 2020; Nitsche y Lee, 2021; Fostik 2021).

De otro, se identificaron potenciales factores que producirían un efecto de alza, en particular la saturación de los sistemas de salud, que podría perjudicar la oferta de métodos anticonceptivos y el acceso a la interrupción voluntaria de embarazos, contribuyendo así al aumento del número de nacimientos no intencionales. En el comienzo de la pandemia se especuló con un *baby boom*, en la medida que se asoció la intensificación del tiempo cotidiano de convivencia de las parejas con una mayor frecuencia de encuentros sexuales, pero este tipo de especulación no superó el nivel de la anécdota, al igual que la idea de que las parejas jóvenes decidieron iniciar la convivencia para eludir las barreras del distanciamiento social, lo que también aumentaría la frecuencia de vida sexual (Berrington *et al.*, 2021).

Con los primeros datos, surgidos principalmente de los países en que el conteo de nacimientos se hace disponible con periodicidad mensual, pudieron chequearse estas hipótesis de descenso e incremento de la fecundidad. En sus versiones más extremas, se trataba de dilucidar si la pandemia favorecía escenarios de *baby boom / baby bust*, aunque lo más probable fuese la presencia de efectos más modestos o incluso de diversidad de efectos, que eventualmente se compensasen, por ejemplo, según edad de la madre. Además, se llegó a incorporar el posible efecto de la pandemia en las proyecciones de fecundidad, asumiendo diversos escenarios de impacto (Berrington *et al.*, 2021; Edwardsa *et al.*, 2021). Con los datos a la vista, el resultado en la gran mayoría de los países fue inequívoco: si hubo algún efecto de la pandemia y sus medidas asociadas, fue de reducción de los nacimientos. Este hallazgo coincide con el conocimiento acumulado durante el siglo XX, que encuentra la postergación sistemática de los nacimientos cuando las parejas enfrentan contextos de guerra, epidemias u otros shocks externos.

Los datos mensuales, para el caso de los países más desarrollados, muestran un descenso de la natalidad entre noviembre de 2020 y febrero de 2021, nueve meses después del período inicial de la pandemia en esos países, a principios de 2020⁴. La caída, si se compara la fecundidad de esos meses con los niveles del mismo mes en el año anterior, fue considerable en los países del sur de Europa, sobre todo en los meses iniciales (se llegaron a registrar reducciones de 20% en España, 12% en Italia, 14% en Portugal), aunque a menudo se observó repuntes en los meses posteriores. Existe cierta heterogeneidad en el impacto, ya que no hay descensos significativos en esos meses en Dinamarca, Finlandia, Holanda y Noruega, pero no existen países con aumento significativo de la fecundidad y la caída es bastante extendida, con un descenso promedio de 5,1% en noviembre, 6,5% en diciembre y 8,9% en enero, para los países más desarrollados (Sobotka *et al.*, 2021).

Para el caso de los Estados Unidos, no solo se ha encontrado una reducción de la fecundidad a escala nacional (8% de la caída en diciembre 2020 en relación con igual mes de 2019), también se registró una interesante asociación a nivel subnacional, con las mayores reducciones en los condados más afectados por la pandemia en cuanto a tasas de infección y reducciones de la movilidad (Cohen, 2021).

Además, los escasos estudios acerca de intenciones reproductivas en países con datos de encuesta disponibles tienden a mostrar una disminución en el número de personas que buscan concebir a corto plazo. Esta disminución es de un tercio, tanto en el caso de Moldavia (Emery y Koops, 2022) como en el de Alemania (Lindberg *et al.*, 2020), mientras que otros estudios muestran más variabilidad entre países, con una mayor revisión a la baja entre las italianas que en otros países de Europa (Luppi *et al.*, 2020).

Más recientemente, algunos trabajos pudieron incorporar la evolución de los

⁴ La base de datos *Short-Term Fertility Fluctuations* (STFF), de la Human Fertility Database (HFD) recopila gran parte de esta información.

nacimientos en los primeros meses de influencia de la pandemia de COVID-19 en países latinoamericanos; es el caso de Colombia (Montaño Mendoza *et al.*, 2021), donde se detectó un descenso de la fecundidad hacia el final de 2020 y de Brasil (Lima *et al.*, 2021). En este último caso, al estudiar lo sucedido en seis de las ciudades más importantes del país a partir de los nacimientos de octubre de 2020 a marzo de 2021, los datos apoyaron nuevamente la hipótesis del *baby bust*. En todas las ciudades, hubo un descenso de los nacimientos cuando se los compara con datos de los mismos meses en años anteriores. En algunos casos (Curitiba, Salvador, Belo Horizonte) el descenso alcanzó reducciones de entre 15% y 20%, protagonizadas por mujeres de 30 años y más, quienes probablemente decidieron aplazar sus proyectos reproductivos ante la situación de incertidumbre ambientada por la pandemia.

Por último, es importante señalar que en los países en los que la fecundidad venía reduciéndose, como es el caso de Uruguay, discernir entre los efectos de las fluctuaciones de muy corto plazo provocados por el shock de la pandemia y los de más largo plazo, es obviamente más complejo que en aquellos países en los que la fecundidad estaba estable o en aumento. De todas formas, con la información de nacimientos ocurridos mensualmente es posible rastrear los efectos puntuales del confinamiento sobre la natalidad.

Datos y métodos

Uruguay cuenta con un registro completo de sus nacimientos desde hace poco más de una década, cuando se implementó el Certificado Electrónico del Nacido Vivo. El nuevo sistema implica que los nacidos vivos son ingresados en el registro de identificación civil por medio de la adjudicación del número de cédula de identidad pocos minutos después del alumbramiento. Al mismo tiempo se genera el certificado médico del nacido vivo que alimenta las estadísticas vitales del Ministerio de Salud Pública. Este procedimiento asegura que no haya diferencias entre la fecha de ocurrencia y de registro de los nacimientos. En suma, Uruguay está, en general, en una situación ventajosa en términos de la cobertura y calidad de sus registros vitales en el contexto de América Latina. Y, en particular, la inmediatez del registro colabora con el análisis de la natalidad en las coyunturas: a los efectos de este trabajo, es especialmente relevante la convicción de que no existen sospechas de problemas de corrimiento entre la fecha de ocurrencia y la de registro de los nacimientos.

Para aproximarnos al fenómeno, utilizamos varias estrategias. En primer lugar, describimos las tendencias ocurridas en 2020 y 2021 y calculamos la diferencia relativa de nacimientos mensuales interanuales, es decir, la comparación de las variaciones de un año a otro considerando los mismos meses del calendario. Se trata de un indicador sencillo, similar al usado por utilizado por Sobotka *et al.*, (2021), de fácil interpretación y que incorpora un control de la estacionalidad a la vez que elimina las distorsiones que acarrea comparar meses con distintas

duraciones. Con el fin de poner en perspectiva esta descripción, mostramos asimismo diferencias interanuales entre cada mes del año desde 2017.

En segundo lugar, calculamos la significatividad de estas diferencias (para dos períodos diferentes) con una prueba t. En tercer lugar, se genera un escenario contrafactual que permite trascender el supuesto de estabilidad respecto al año anterior, considerando la tendencia a la baja de la natalidad uruguaya. Para eso, se utilizan nacimientos proyectados en los distintos escenarios que prevén las proyecciones probabilísticas, de tipo bayesiano.

Estas proyecciones, adoptadas oficialmente por Naciones Unidas durante la década de 2010⁵, incorporan la tendencia de la fecundidad de cada población nacional, así como la trayectoria de aquellas poblaciones que ya transitaron por los niveles de fecundidad de la población en estudio. En el caso de Uruguay, se consideró una fecundidad muy baja, asociada a la fase III, postransicional, en la que eventualmente se da la estabilización y recuperación a niveles ligeramente superiores al mínimo alcanzado⁶). A nuestros efectos, hemos distribuido los nacimientos esperados a partir de la fecundidad proyectada, atendiendo a la estacionalidad mensual promedio de los últimos cinco años y remitiéndonos a 2021, para aprovechar la información de 2020.

En cuarto lugar, se utiliza otra forma de incorporar las tendencias preexistentes de la natalidad, para asumir así un nuevo escenario contrafáctico de continuidad de esas tendencias con la intención de discernir su efecto del impacto efectivo de la pandemia. Se trata de la especificación de un modelo como el ensayado en Aassve *et al.* (2021) para 22 países. Allí se incorporan la estacionalidad y las tendencias preexistentes de la fecundidad desde 2016 como regresores de la Tasa Bruta de Natalidad mensual en un modelo de Mínimos Cuadrados Ordinarios, al que se le agrega una variable binaria que identifica los meses posteriores al comienzo de la pandemia. El coeficiente relativo a esta última variable podría revelar entonces el efecto neto de la pandemia.

La natalidad y la fecundidad uruguayas durante la pandemia

Como se señaló más arriba, el paso de los meses dejó en evidencia que la respuesta de la población de aquellos países en que hubo datos oportunos, fue mayoritariamente la reducción de los nacimientos, con distintos niveles de intensidad. Debido a que al momento de inicio de la pandemia la fecundidad uruguaya procesaba el descenso quinquenal más pronunciado de su historia, no resulta intuitivo desentrañar cuánto afectó la pandemia a una tendencia

⁵ La metodología se basa en los trabajos de Alkema *et al.* (2011) y Raftery *et al.* (2014). Aquí, se utilizó el software de código abierto “bayesTFR” (Še včíková y Alkema y Raftery 2011), escrito en R y actualizado a abril de 2021

⁶ Los países o zonas que colaboran con información en este punto del proceso son los 40 que están en fase III tras la revisión 2019

descendente que ya estaba en marcha. De todos modos, la disponibilidad de datos de nacimientos mensuales nos permite realizar una evaluación aproximativa de los efectos parciales de la pandemia sobre la natalidad en los meses en los que efectivamente se expresan las decisiones reproductivas, tomadas y no tomadas, durante el período del confinamiento. O al menos nos permiten especular de manera informada sobre el vínculo entre ambos.

Antes de la pandemia, nuestra principal hipótesis apuntaba a que la natalidad continuaría cayendo en 2020, aunque a menor ritmo que en años anteriores. De hecho, en los dos años previos la caída se ralentizó, aunque las magnitudes continuaron siendo importantes: entre 2015 y 2021 Uruguay registró algo más de 14.329 nacimientos menos, partiendo de una cifra de 48.926. Los datos confirmaron esta presunción, de la misma forma que la flamante información de 2021 corroboró la suposición de que el descenso no se frenaría, aunque continuaría disminuyendo su ritmo, ya situados en niveles de fecundidad muy baja (Tabla 1).

Tabla 1.

Evolución de los nacimientos y su variación porcentual y evolución de la Tasa Global de Fecundidad (Uruguay, 2015-2021)

Año	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nacimientos	48.926	47.058	43.036	40.139	37.468	35.866	34.597
Variación porcentual		3.8	8.5	6.7	6.7	4.3	3.5
TGF	1.96	1.88	1.71	1.59	1.49	1.42	1.37

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública y Proyecciones Nacionales de Población, Revisión 2013, Instituto Nacional de Estadística

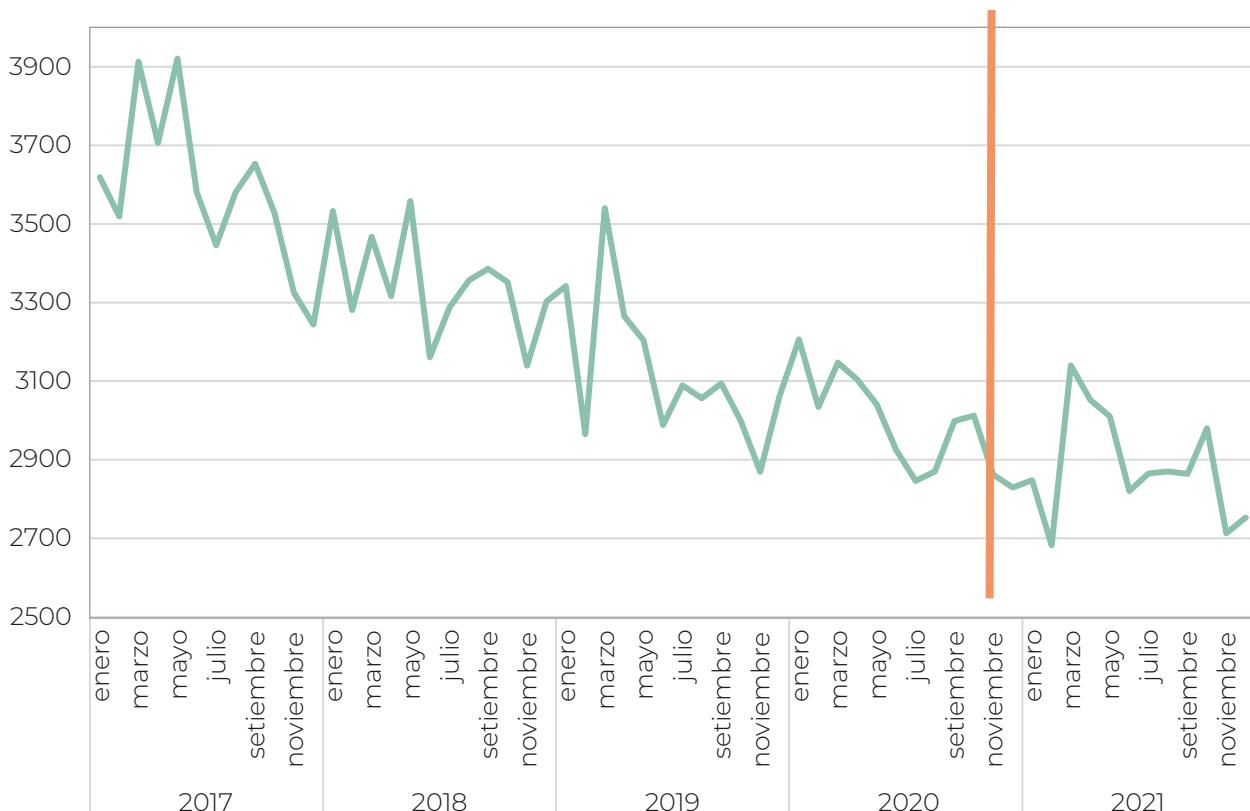
Tendencias en la natalidad mensual

En una primera mirada a los datos mensuales, es posible que los datos de nacimientos, tal como se expresan en el gráfico 3, no sugieran diferencias entre el antes y después de la pandemia, pero al observar los cambios en cada mes en particular sí podrían identificarse comportamientos específicos.

Es lo que puede discernirse en el Gráfico 4. Las tres caídas más importantes, en términos relativos al mismo mes del año anterior, corresponden a diciembre de 2020, enero de 2021 y febrero de 2021 (resaltadas en contorno negro). Los datos del gráfico abarcan todo el período en el que podrían observarse consecuencias del confinamiento en el comportamiento reproductivo y replican un fenómeno que también se ha registrado en los países europeos: la concentración del posible impacto de la pandemia en los nacimientos en un período corto, en este caso en tres meses. Los tres meses que corresponden, con un rezago de nueve meses, a la declaración de la emergencia sanitaria en el país y al inicio del período de confinamiento.

Gráfico 3.

Evolución de los nacimientos mensuales entre 2017 y 2021

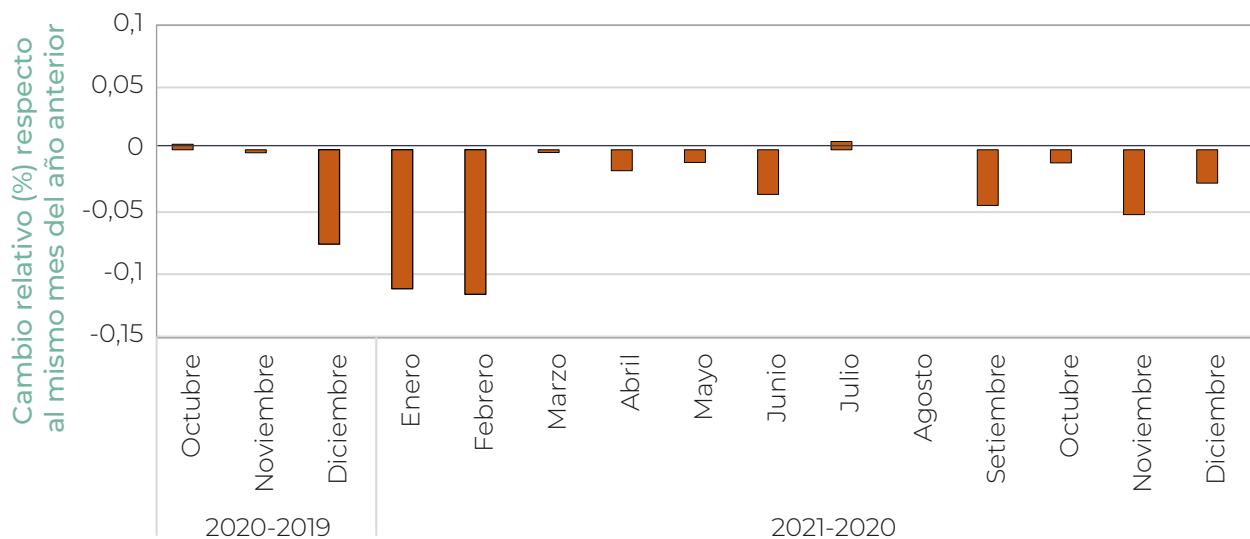


Fuente: Elaboración propia con base en datos de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública.

Nota: La línea roja sobre noviembre señala el transcurso de nueve meses a partir del inicio del período de confinamiento.

Gráfico 4.

Cambio relativo de los nacimientos respecto al mismo mes del año anterior (%), Uruguay, octubre 2020 – diciembre 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública

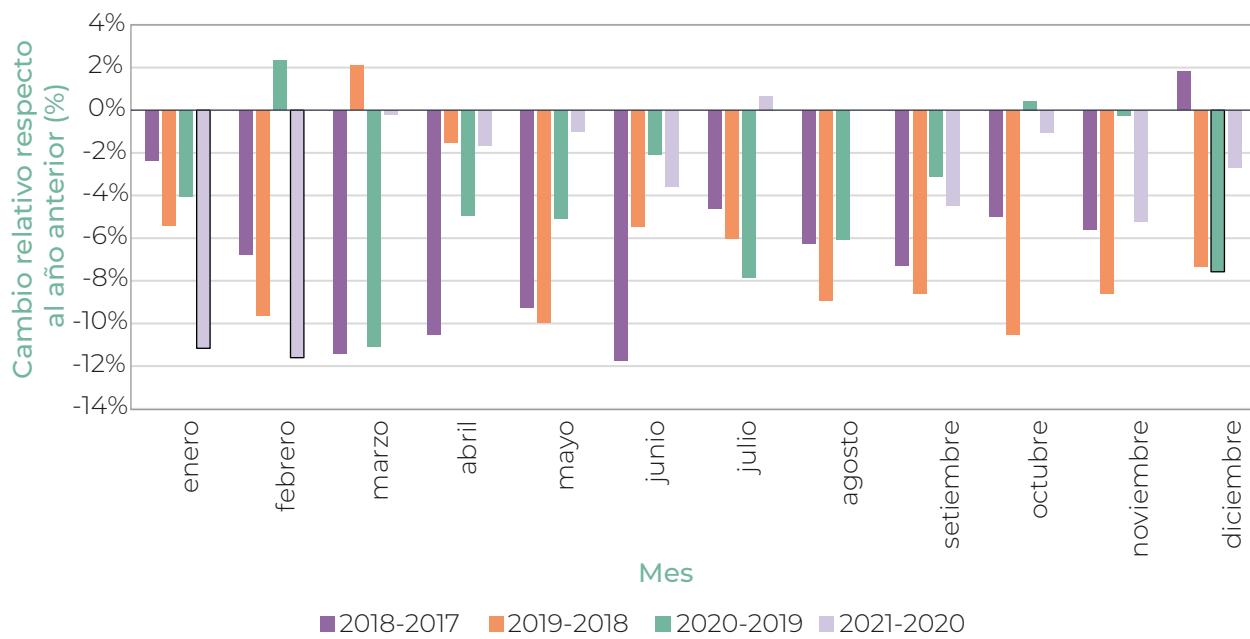
Si bien hay disminución de los nacimientos en varios momentos del período, tal como ocurría antes de la pandemia en el proceso de descenso de la fecundidad total de niveles bajos a muy bajos, es en ese trimestre cuando el cambio es máximo. En términos absolutos, se trata de 232 nacimientos menos en diciembre 2020, 358 nacimientos menos en enero de 2021 y 352 en febrero de 2021, siempre en comparación con el mismo mes del año anterior. En el resto

del período afectado por la pandemia, la reducción mensual de los nacimientos solo superó la centena en un par de ocasiones.

De hecho, el descenso del trimestre es destacable aún si lo comparamos con el de años anteriores, en los que el descenso de la fecundidad uruguaya tuvo la magnitud inédita que se comentó en secciones anteriores. En la comparación con esos años (de cambio interanual cercano al 7% y desde niveles en los que existía aún un importante margen para el descenso), el trimestre afectado por la pandemia sigue resaltando como parte de las caídas mensuales más marcadas del período (gráfico 5).

Gráfico 5.

Cambio relativo en nacimientos, respecto al mismo mes del año anterior. Uruguay, 2017-2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública

Esta primera impresión es confirmada en la tabla 2. Puede observarse que la media de la natalidad mensual (en este caso, a través de la Tasa Bruta de Natalidad mensual) del período diciembre 2020 – febrero 2021 tiene diferencias estadísticamente significativas en relación con la media del mismo período de un año atrás. Mientras tanto, no puede decirse lo mismo del período marzo-noviembre de 2021 con respecto a su equivalente.

Tabla 2.

Prueba t de significatividad para comparación de la Tasa Bruta Mensual de Natalidad con períodos equivalentes del año anterior

	Dic2019 a Feb2020	Dic2020 a Feb2021	Dif	Mar2020 a Nov2020	Mar2021 a Nov2021	Dif
Media	0,87	0,78	-0,11***	0,84	0,83	-0,1
Desvío Standard	0,014	0,015		0,03	0,023	

*** p < 0,01; ** p < 0,05; * p < 0,10

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública y Proyecciones Nacionales de Población, Revisión 2013, Instituto Nacional de Estadística.

Puede especularse con que el efecto de la incertidumbre inicial generado por las medidas de distanciamiento social y su alto impacto en la opinión pública, sumadas a las restricciones del mundo laboral vividas en esos meses, fue el principal mecanismo por el cual la pandemia pudo haber influido en el descenso de los nacimientos. Si bien no es posible saber cuál es el peso de la potencial recuperación de esos nacimientos faltantes en el período marzo-diciembre 2021, sí puede verse que no es de una importancia tal como para generar saldos positivos en la comparación con el mismo mes de 2020.

En suma, la caída de la natalidad en el trimestre diciembre 2020-febrero 2021 tuvo un peso fuera de las proporciones esperables, y colaboró con la tendencia a la baja de la fecundidad uruguaya que venía procesándose desde 2016. En términos de la magnitud del cambio relativo, se encuentra dentro de los márgenes observados en los países de la muestra trabajada por Sobotka *et al.*, (2021). En los 17 países para los que los autores encuentran disminuciones mensuales, en ese caso a partir de noviembre de 2020, el promedio es de un 5,1% de reducción en noviembre a un 8,9% en enero de 2021.

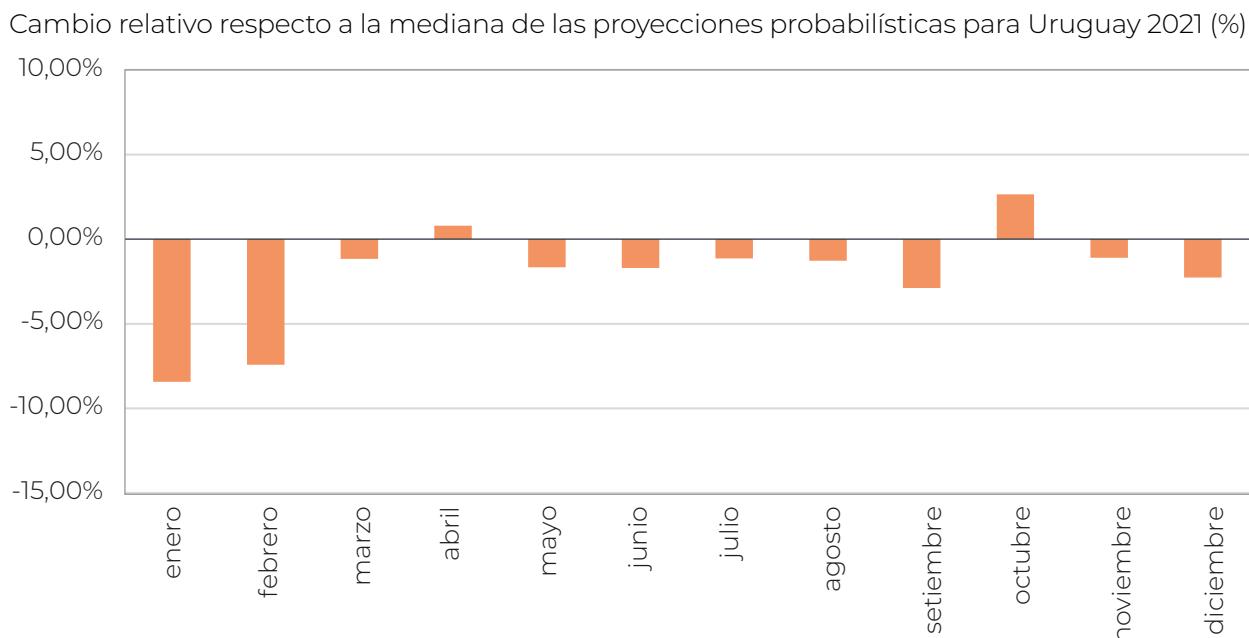
La natalidad en la pandemia y los escenarios contrafácticos para su evaluación

Como se dijo, la tendencia descendente de la fecundidad en Uruguay previa al año 2020 dificulta la identificación del efecto de la pandemia, y hace más necesario que en otros casos la explicitación de un escenario contrafáctico, de nacimientos esperados, con relación al cual evaluar ese posible efecto.

Un escenario posible es el ensayado más arriba: asumir en cada mes magnitudes similares a las del año anterior en el mismo mes calendario. En ese caso, se asume como escenario contrafáctico el fin de la tendencia descendente y no su continuidad. Se trata de la opción más sencilla, aunque no necesariamente de la más probable, por lo que es necesario ensayar otras que incorporen la tendencia decreciente sin asumir su finalización.

Una de esas formas es la proyección de nacimientos con métodos probabilísticos, de tipo bayesiano, para el año 2021. Estos escenarios se construyen tras la generación de miles de futuros proyectados, y permiten medir el nivel de incertidumbre de las proyecciones. Para empezar, puede tomarse en cuenta la mediana de estos escenarios posibles (Gráfico 6), en relación con el cual el efecto de la pandemia se modera, en comparación con el escenario de estabilidad del Gráfico 4, pero sigue siendo importante en los meses de enero y febrero.

Gráfico 6.



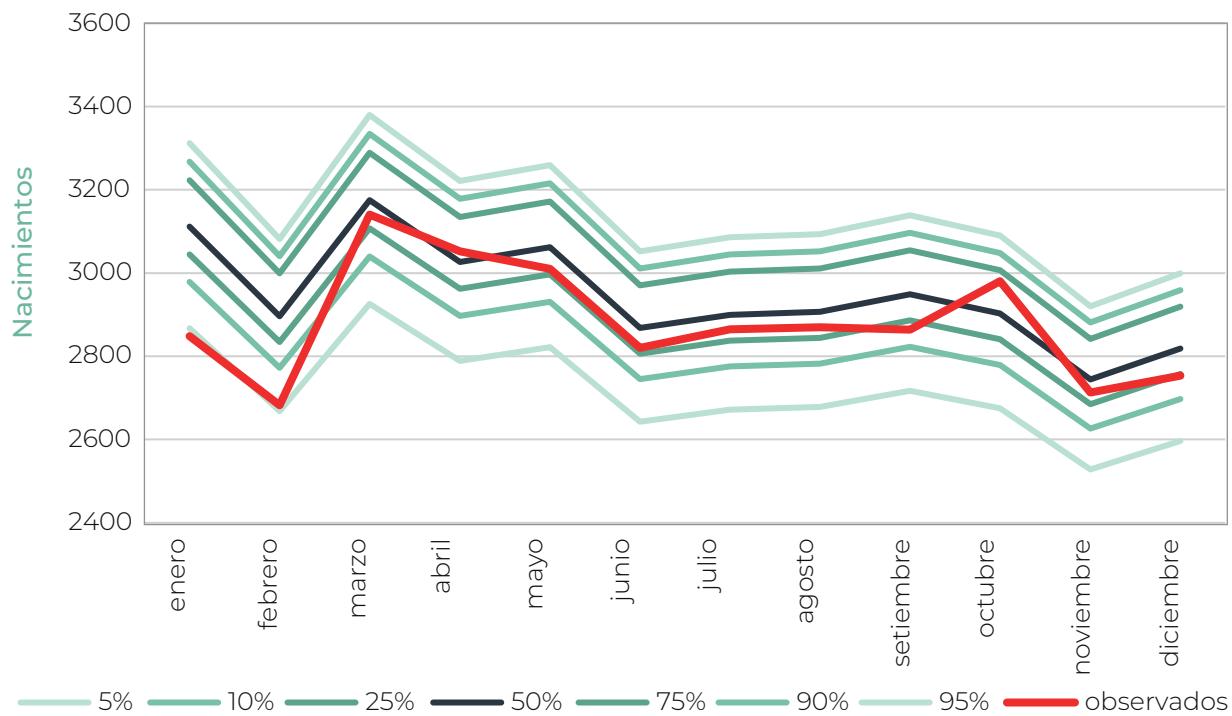
Fuente: Elaboración propia con base en Ševčíková *et al.*, 2011.

Pero también pueden tomarse en cuenta más escenarios proyectados, desde el correspondiente al percentil 5 (un escenario de descenso acentuado de los nacimientos) hasta el 95 (en el que hay recuperación). En ese rango, existe una confianza del 90% en relación con el valor que es razonable asumir. El gráfico 7 muestra varias proyecciones dentro del rango, y agrega el valor efectivamente observado (en rojo). Así, permite visualizar con más detalle lo que se venía sugiriendo: desde marzo 2021 en adelante, hay un comportamiento muy alineado con el percentil 50 de las proyecciones, pero en enero y febrero, la natalidad muestra valores tan bajos, que se solapan con el umbral más bajo: el del percentil 5 de las proyecciones. En términos absolutos se trata de 478 nacimientos menos (264 en enero y 214 en febrero) que lo que se hubiera esperado, de acuerdo con la mediana de estas proyecciones.

Finalmente, la utilización de un modelo explicativo de la natalidad mensual como el de Aassve *et al.* (2021) permitiría incorporar la estacionalidad y las tendencias previas de la natalidad como regresoras, así como una variable binaria para distinguir los meses en los que es esperable observar efectos de la pandemia. Para los 22 países analizados en ese trabajo, estos efectos habrían existido solo en los siete en los que el coeficiente de la variable de identificación de la pandemia fue estadísticamente significativo, pero no en otros 10, en los que otras estimaciones sin la incorporación de controles lo sugerían (Sobotka *et al.*, 2021).

Gráfico 7.

Nacimientos mensuales observados en Uruguay en 2021 y nacimientos esperados de acuerdo con las proyecciones probabilísticas para el mismo año



Fuente: Elaboración propia con base en Ševčíková et al., 2011.

Replicando el ejercicio para el caso uruguayo, podría decirse que tampoco se observa un efecto, dado que el coeficiente relativo a los meses de pandemia tras la especificación de un modelo de ese tipo no es estadísticamente significativo. Sin embargo, la concentración de una fuerte disminución de los nacimientos en el trimestre correspondiente a las gestaciones del trimestre inicial de la pandemia puede generar un efecto de compensación con el resto de los meses, en los que no se ve una disminución particularmente destacable respecto de la tendencia en curso (descenso sostenido en el período 2016-2021). En esta línea va el hallazgo presentado en la sección 6.1 (Tabla 2), que es parte de las estrategias también presentes en Aassve et. al (2021): someter a una prueba t las diferencias entre diciembre 2020 – febrero 2021 de la pandemia y el mismo período en un año anterior.

Conclusiones, discusión y prospectiva

Uruguay está entre aquellos países en los que la pandemia llegó en medio de un proceso de descenso de la fecundidad, como Corea del Sur e Irán (Sobotka et al., 2021). Ese contexto previo de reducción no contribuye a dilucidar cuánto de la caída de la fecundidad en 2021 podría deberse a la pandemia y las medidas adoptadas para mitigar su propagación y cuánto a la propia dinámica de descenso de la fecundidad. Sin embargo, nuestros resultados sugieren que sí hubo un impacto vinculado a las medidas de distanciamiento social.

Esto puede constatarse en prácticamente todos los escenarios construidos para generar una estimación contrafactual. Dependiendo de la estimación considerada, los resultados muestran un saldo que oscila entre 214 y 358 nacimientos mensuales “faltantes” a lo largo del trimestre en el que se esperaban los nacimientos correspondientes al período de confinamiento. Es decir, un descenso mensual de entre un 7% y un 12% en ese período.

El resultado no sorprende si se toma en cuenta que todos los indicadores económicos, y en especial los que atanen al mercado de trabajo y a los ingresos laborales mostraron un desempeño en extremo adverso durante los primeros meses de la emergencia sanitaria (Amarante *et al.*, 2021). La incertidumbre laboral, que golpeó en especial a la población joven, a las mujeres y a los sectores vulnerables, aquellos que apenas superaban la línea de la pobreza y en extremo sensibles a los shocks externos (Brum y De Rosa, 2020) se asoció con un cambio repentino en los hábitos de la vida cotidiana y en la intensidad y formas de las relaciones familiares. Los arreglos de cuidado de los niños experimentaron cambios drásticos asociados al cierre de las instituciones educativas; esta medida se fue flexibilizando en el correr de 2020, pero la mayoría de los niños no volvieron a la presencialidad plena hasta bastante entrado el año siguiente, luego de superado el pico de la primera ola (Filgueira *et al.*, 2020).

A ello se sumó que los padres debieron asumir tareas de apoyo a la enseñanza virtual, muchas veces en condiciones poco adecuadas y en conflicto con sus propias horas de trabajo, agregando cuotas de estrés a la vida familiar (Espino *et al.*, 2021, ONU MUJERES, 2020). En suma, es factible que el contexto de incertidumbre que afectó todas las esferas de la vida haya contribuido a revisar las intenciones reproductivas a la baja o a postergar los nacimientos. La bibliografía que vincula incertidumbre económica y fecundidad en general suele confirmar esta relación (Adsera y Menéndez, 2011; Vignoli, 2022).

Para terminar, es necesario considerar algunas limitaciones de los datos. Al momento de realizar las estimaciones para este trabajo solo accedimos a la información de nacimientos de 2021 desagregados por edad de la madre y mes del nacimiento; deberemos esperar a tener acceso a las bases completas para realizar un análisis con mayor número de variables (educación y situación conjugal de la madre, orden de nacimiento, nacimientos planeados, entre otras) y elaborar estimaciones y análisis más completos. Otra limitación es que no disponemos por el momento de información que permita evaluar si durante los meses de confinamiento de 2020 aumentaron los nacidos muertos y los abortos espontáneos respecto a los meses de años adyacentes. Por el contrario, se sabe que las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas en el marco de la ley no presentaron modificaciones relevantes de acuerdo con la información divulgada por el Ministerio de Salud Pública⁷.

¿Cuánto de la incertidumbre propia de la pandemia se trasladará a las decisiones reproductivas en el futuro inmediato y en el corto plazo? Para el caso uruguayo, es

⁷ La información fue otorgada ante diversas solicitudes de información pública amparadas por las disposiciones legales, se puede consultar en diversos medios de prensa. <https://ladiaria.com.uy/feminismos/articulo/2021/9/los-abortos-legales-disminuyeron-en-2020-por-segundo-ano-consecutivo/>.

posible esperar que la fecundidad continúe aminorando su ritmo de descenso, como estaba previsto en la prepandemia. De todas formas, el margen de reducción de la TGF, llegados a un valor de 1,37, es muy menor; el estancamiento previo a la potencial recuperación de los nacimientos podría darse en una fecha muy cercana. En cualquier caso, este escenario era asimismo esperable en el contexto pre-pandemia. Dada la pandemia, sabemos que la potencial recuperación ocurrirá en un contexto de nuevas vicisitudes económicas y políticas, que complejizan el escenario y pueden eventualmente influir sobre el momento de la recuperación.

Referencias

- Aasve, A., Cavalli, N., Mencarini, L. Plach, S y Senders, S. (2020). Early assessment of the relationship between the COVID-19 pandemic and births in high-income countries, *PNAS* September 7, 118 (36) e2105709118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2105709118>
- Aassve, A., Cavalli, N., Mencarini, L., Plach, S., y Bacci, M. L. (2020). The COVID-19 pandemic and human fertility. *Science*, 369 (6502), 370-371. <https://doi.org/10.1126/science.abc9520>
- Adsera, A., y Menendez, A. (2011). Fertility Changes in Latin America in Periods of Economic Uncertainty. *Population Studies*, 65, 37-56. <http://dx.doi.org/10.1080/00324728.2010.530291>
- Amarante, V., Bucheli, M. y Scalese, F. (2021). El mercado de trabajo uruguayo en el primer año de la llegada del COVID 19. Serie Documentos RISEP n. 26, Academia Nacional de Ciencias, Montevideo.
- Alkema; L., Raftery, L., Gerland, P. Clark. S. Pelletier, Fr., Buettner, T. y Heilig, G. (2011). Probabilistic Projections of the Total Fertility Rate for All Countries, *Demography* 48 (3), 815–839. <https://doi.org/10.1007/s13524-011-0040-5>
- Batthyany, K. (2015). *Los tiempos del bienestar social. Género, trabajo no remunerado y cuidados en el Uruguay*, Montevideo, Doble clic.
- Berrington, A., Ellison, J., Kuang, B., Vasireddy, S., y Kulu, H. (2021). Scenario-based fertility projections incorporating impacts of COVID-19. *Population, Space and Place*, e2546. <https://doi.org/10.1002/psp.2546>
- Brum, M. y De Rosa, M. (2020) Estimación del efecto de corto plazo de la covid-19 en la pobreza en Uruguay. [en línea]. Disponible en: http://fceia.edu.uy/images/dto_economia/Blog/Estimaci%C3%B3n_del_efecto_de_corto_plazo_de_la_covid-19_en_la_pobreza_en_Uruguay.pdf
- Cabella, W. (2009). Dos décadas de transformaciones de la nupcialidad uruguaya. La convergencia hacia la segunda transición demográfica. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 24 (2), 389-427. <https://doi.org/10.24201/edu.v24i2.1338>
- Cabella, W. Nathan, M. y Pardo, I. (2019). La caída de la fecundidad entre 2015 y 2018 en Uruguay. En Naciones Unidas. Fondo de Población (Uruguay), en Ministerio de Salud Pública y Universidad de la República *Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018: tres estudios para su análisis*, pp. 32-70. Montevideo, UNFPA.

- Cabella, W. y Nathan, M. (2018). *Los desafíos de la baja fecundidad en América Latina y el Caribe, Serie Documentos de Trabajo del Fondo de población de Naciones Unidas*, UNFPA-LACRO Latinoamérica y el Caribe.
- Cabella, W., Fernández Soto, M. Nathan, M. y Pardo, I. (2017). *Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos ENCOR*, UNFPA-INE-MIDES-PP, Montevideo.
- Ceni, R., Parada, C., Perazzo, I. y Sena, E. (2021). Birth Collapse and a Large-Scale Access Intervention with Subdermal Contraceptive Implants. *Studies in Family Planning*, 52(3), 321-342.
- Cohen, P. N. (2021). Baby Bust: Falling Fertility in US Counties Is Associated with COVID-19 Prevalence and Mobility Reductions. *SocArXiv*. <https://doi.org/10.31235/osf.io/qwxz3>
- ENDIS (2015). *Salud, nutrición y desarrollo en la primera infancia en Uruguay Primeros resultados de la ENDIS*, UCC, Udelar y MIDES, Montevideo.
- Espino, A., De los Santos, D. y Salvador, S. (2021). Impacto de la pandemia en el empleo y los cuidados desde una perspectiva de género en Uruguay. Serie Documentos RISEP N°14. Academia Nacional de Ciencias, Montevideo.
- Emery, T. y Koops, J. C. (2022). The impact of COVID-19 on fertility behaviour and intentions in a middle income country. *PLoS ONE*, 17(1), e0261509. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261509>
- Filgueira, F., Carneiro, F., Schmidt, N., Méndez, G. y Pandolfi, J. (2021). Transitando por la pandemia en Uruguay: situación epidemiológica, medidas no farmacológicas y resiliencia social. Serie Documentos RISEP N°1, Academia Nacional de Ciencias, Montevideo.
- Fostik, A. (2021). COVID-19 and Fertility in Canada: a Commentary. *Can. Stud. Popul.* 48, 217–224. <https://doi.org/10.1007/s42650-021-00054-y>
- Lima, E., F. Soares, C., y H. C. Monteiro da Silva, J. (2021). Baby Bust: Births Fall in Brazilian Major Cities During the COVID-19 Pandemic. *OSF Preprints*. 10.31219/osf.io/a3n6s. <https://doi.org/10.31219/osf.io/a3n6s> <https://doi.org/10.31219/osf.io/a3n6s>
- Lindberg, L. D., Mueller, J., Kirstein, M., y VandeVusse, A. (2021). The Continuing Impacts of the COVID-19 Pandemic in the United States : Findings from the 2021. <https://doi.org/10.1363/2021.33301>
- López Gómez, A., Brunet, N. y Couto, M. 2019. Estudio sobre descenso de la fecundidad y factores explicativos en Uruguay 2015-2017: políticas públicas implementadas en el período analizado. En Naciones Unidas. Fondo de Población (Uruguay), en Ministerio de Salud Pública y Universidad de la República *Descenso acelerado de la fecundidad en Uruguay entre 2015 y 2018: tres estudios para su análisis*, p.13-31. Montevideo, UNFPA.
- Mendoza, V. M. M., Velilla, P. A., Hussein, S. T., y Maya, W. C. (2021). Impact of the COVID-19 Pandemic on Birth Rates in 2020: The Case of Colombia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 43, 492-494.
- Nathan, M., Pardo, I. y Cabella, W. (2016). Diverging patterns of fertility decline in Uruguay, *Demographic Research*, 34 (20), 563-586. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2016.34.20>
- Nathan, M. (2015). La lenta transición hacia un régimen de fecundidad tardía en Uruguay: los cambios en la edad al primer hijo entre 1978 y 2011, *Revista Latinoamericana de Población* 17, <https://doi.org/10.31406/relap2015.v9.i2.n17>
- Nitsche, N., y Susie Lee, D. (2021). Emotion and Fertility in Times of Disaster: Conceptualizing Fertility Responses to the COVID-19 Pandemic and Beyond. Population Association of America Conference 2021, 5-8 de mayo, conferencia virtual.

- ONU Mujeres. (2020). Pandemia, políticas públicas y desigualdades de género en Uruguay. <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/06/pandemia-politicas-publicas-y-desigualdades-de-genero-en-uruguay>.
- ONU Mujeres, y UNICEF. (2020). Encuesta sobre niñez, género y uso del tiempo en el marco de la emergencia sanitaria. Principales resultados. <https://www.unicef.org/uruguay/informes/segunda-encuesta-ninez-uso-del-tiempo-genero>.
- Raftery, L., Alkema, L., y Gerland, P. (2014) Bayesian Population Projections for the United Nations. *Statistical Science* 29, 1, 58-68. <https://doi.org/10.1214/13-STS419>
- Salas, G. y Vigorito, A. (2021). Pobreza y desigualdad en Uruguay: aprendizajes de cuatro décadas de crisis económicas y recuperaciones, Serie de Comunicación - Instituto de Economía, FCEA, Udelar, Uruguay. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/27070>
- Ševčíková, H., Alkema, L., & Raftery, A. E. (2011). bayesTFR: An R Package for Probabilistic Projections of the Total Fertility Rate. *Journal of statistical software*, 43(1), 1–29.
- Sobotka, T. (2017). Post-Transitional Fertility: Childbearing Postponement and the Shift to Low and Unstable Fertility Levels, Vienna Institute of Demography Working Papers, No. 01/2017, Austrian Academy of Sciences (ÖAW), Vienna Institute of Demography (VID), Vienna, <https://doi.org/10.1553/0x003cd016>
- Sobotka, T., Jasiliuniene, A., Alustiza Galarza, A., Zeman, K., Németh, L., Winkler-Dworak, M. y Jdanov, D. (2021). Boom or bust? Shifts in births and fertility rates across the highly developed countries during the COVID-19 pandemic. Population Association of America Conference 2021, 5-8 de mayo, conferencia virtual.
- Vignoli, D., Minello, A., Bazzani, G. et al. Narratives of the Future Affect Fertility: Evidence from a Laboratory Experiment. *European Journal of Population* (2022). <https://doi.org/10.1007/s10680-021-09602-3>
- Wilde, J., Chen, W., y Lohmann, S. (2020). COVID-19 and the future of US fertility: what can we learn from Google? MPIDR Working Paper WP 2020-034.

Agradecimientos

Queremos agradecer al Departamento de Estadísticas Vitales y a la Dirección de Salud del Ministerio de Salud Pública, en especial a su directora, Adriana Misa, por haber autorizado la disponibilización de los datos de nacimientos mensuales.

Gestar e parir durante a COVID-19: percepções maternas sobre os aspectos assistenciais e emocionais em tempos de crise sanitária

Raquel Zanatta Coutinho¹

Fabiana Guimarães²

Michelle Elaine Siqueira Ferreira³

Sônia Lansky⁴

1 Departamento de Demografia e Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar).

2 Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

3 Programa de Pós-Graduação em Demografia.

4 Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Contextualização

Desde o começo da pandemia de COVID-19 ficou evidente a maior fragilidade das pessoas com comorbidades e condições preexistente frente à doença, o que frequentemente resultava em casos graves de SARS-CoV-2, com alta proporção evoluindo para óbito (Guan et al., 2020). Ao mesmo tempo, no Brasil, especialistas em saúde materno-infantil observavam o risco que as gestantes poderiam estar correndo, uma vez que a epidemia de H1N1 acometeu esse grupo com uma maior letalidade (Estrela et al. 2020). Como previsto, rapidamente, a elevada mortalidade deste grupo revelou que as mudanças fisiológicas do corpo da gestante, por si só, favoreciam o descompensamento das medidas vitais no caso de infecção (Rasmussen et al., 2020). Estudos demonstraram que gestantes infectadas com o vírus SARS-CoV-2 apresentam chance aumentada para pré-eclâmpsia, infecções graves, admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e mortalidade. Já para o neonato, são maiores as chances de parto prematuro, morbidade perinatal e neonatal grave e mortalidade perinatal (Healy, 2021 e Villar et al., 2021 in Brasil, 2021)

Sabe-se que para evitar a morte materna é necessária uma assistência adequada e de qualidade, o que pode não ocorrer em países em desenvolvimento ou em países com falhas assistenciais, como ocorre no Brasil (Fernandez e Amorim, 2021). Na data do presente capítulo, o Brasil contabilizava 1991 mortes de mulheres grávidas ou puérperas devido à infecção por COVID-19, com 459 óbitos em 2020, 1511 em 2021 e 21 em 2022 (Francisco, Lacerda e Rodrigues, 2022), sustentando o maior número de mortes maternas por essa causa no mundo. Diante disso, fotografias de mulheres grávidas sorridentes que morreram de COVID-19, antes ou depois do parto, foram manchete nos jornais e revistas de todo o país (Brasil, 2021; Nakamura-Pereira et al.; 2020).

Apesar de uma predisposição fisiológica das gestantes e puérperas para desenvolver casos mais graves de COVID-19, segundo nota técnica de Fernandez e Amorim (2021), o elevado número de mortes maternas no Brasil, em detrimento do resto do mundo, ocorreu devido à desorganização dos serviços de assistência pré-natal, com suspensão de consultas durante a pandemia, à falta de acesso a testes diagnósticos que permitiriam cuidados adequados em momento oportuno, e a problemas importantes de acesso ao atendimento adequado da COVID-19 à gestantes e puérperas, como falta de insumos terapêuticos e de leitos de UTI específicos para a população obstétrica.

A desorganização descrita por Fernandez e Amorim (2021) vai de encontro à abordagem sobre a imposição do poder hegemônico na institucionalização da atenção materno-infantil, descrita por Nagahama e Santiago (2005) em que a mulher é um objeto no processo de parto e nascimento, sendo despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade e organizada em linha de produção, se transformando em propriedade institucional, sendo submetida à intervenções médicas muitas vezes desnecessárias ou não recebendo intervenções necessárias em momentos oportunos. Tal assistência não atua de acordo com as evidências científicas, o que é apontado pelo paradoxo perinatal brasileiro,

descrito por Diniz (2009). De acordo com a autora, nas últimas décadas houve uma melhora de todos os indicadores de saúde materno-infantil, como acesso aos serviços de saúde, melhor nutrição, menor número de filhos, maior número de consultas pré-natal, início mais cedo de pré-natal, melhor imunização, melhor rastreamento para diagnóstico de infecções e maior número de consultas pós-parto, entretanto, as taxas de mortalidade materna se mantêm.

De acordo com Diniz (2009), não basta ter assistência especializada no Brasil, pois há frequente falta de adesão a protocolos baseados em evidências para o manejo de gestações de alto risco. Em estudo citado pela autora, realizado em São Paulo, apenas 10% das mulheres que faleceram por eclâmpsia (em hospitais e atendidas por médicos), haviam sido medicadas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde: “no Brasil, na assistência ao parto podemos conviver com o pior dos dois mundos: o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada.” (Diniz, 2009, p.316)

Diante desse contexto, no primeiro ano da pandemia, Takemoto *et al.* (2020) utilizaram dados do Sistema Nacional Brasileiro de Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave, para descrever os desfechos em gestantes e puérperas com COVID-19. Considerando desde o primeiro caso de COVID-19 documentado no Brasil, no período entre fevereiro e junho de 2020, das 978 gestantes diagnosticadas com a doença, 124 evoluíram para óbito. Embora os protocolos assistenciais buscassem mitigar os efeitos adversos graves, os resultados mostraram uma série de falhas assistenciais, dentre elas ausência de assistência ventilatória e menor chance de ser admitida em uma Unidade de Terapia Intensiva (Takemoto *et al.* 2020). Estudo mais recente mostra que, no Brasil, 6,6% das gestantes e puérperas que morreram de COVID-19 não receberam nenhum suporte ventilatório e 18,7% não foram transferidas para uma Unidade de Terapia Intensiva (Francisco, Lacerda e Rodrigues, 2022).

No país, que contabiliza 644 mil mortes por COVID-19 desde o início da pandemia, diferenças de mortalidade geral foram explicadas por diferentes políticas de saúde pública para enfrentamento e mitigação, como a imposição de confinamento, o fechamento de comércio e serviços, salvo os essenciais, e a utilização de máscaras, já que o governo federal definiu a responsabilidade dos estados e municípios na elaboração dos Decretos e a vacinação não começou até o início do ano de 2021 (Werneck e Carvalho, 2020; Pereira, Oliveira e Sampaio, 2020; Diniz e Cabral, 2021). Esse atraso na compra das vacinas faz parte da estratégia ativa do governo federal para controlar a pandemia com a tese de imunidade de rebanho, difusão de drogas sem comprovação científica, negação de fatos e evidências científicas e desmonte do Sistema de Saúde Pública Universal (Botelho, 2021).

Diferenças também foram observadas segundo critérios demográficos como raça/cor e status socioeconômico (Baqui *et al.*, 2020; De Negri *et al.*, 2021; Wollenstein-Betech *et al.*, 2020). O racismo estrutural e obstétrico refletiu em uma maior mortalidade de mulheres negras (Santos *et al.*, 2021). Enquanto 13,4% das negras e 10,4% das gestantes e puérperas pardas que se contaminaram vieram a óbito, essa porcentagem é de 8,9% entre as brancas (Francisco, Lacerda e

Rodrigues, 2021). Além disso, locais com condições de moradias precárias, com grandes densidades, carentes de saneamento, enfrentam desafios para o distanciamento social. Ademais, onde as condições de emprego não permitem trabalho remoto, especialmente aqueles ligados aos serviços ditos “essenciais”, por exemplo os funcionários das instituições de saúde, supermercados, padarias, drogarias, transporte público entre outros como prestadores de serviços de entrega e empregadas domésticas, também refletem em maior exposição, maior incidência de casos graves e maiores taxas de mortalidade (Da Silva *et al.*, 2021).

Não bastasse as mortes, contabilizam-se as variadas consequências negativas para a saúde materna e infantil. A sobrecarga do sistema de saúde trouxe sérios desdobramentos e prejuízo da qualidade prestada, e da redução dos insumos e serviços disponíveis para a saúde sexual e reprodutiva, com importante redução em 36% nas consultas de pré-natal 2020 (Chisini *et al.* 2021). Há mulheres que sofreram redução da qualidade ou da disponibilidade de consultas e exames de pré-natal causado pela limitação dos serviços, e há aquelas que optaram por não procurar o serviço em tempo oportuno por medo da infecção durante as consultas ou no deslocamento, o que também pode estar associado a piores desfechos de saúde (Souto; Albuquerque e Prata; 2020; Brasil, 2021). Destacam-se ainda efeitos para a saúde mental de gestantes, como uma maior taxa de depressão, ideação suicida e ansiedade (Koyucu e Karaca; 2021; Paixão *et al.* 2021; Wu *et al.* 2020).

Do ponto de vista do planejamento reprodutivo, enquanto muitas mulheres adiaram os planos de gravidez durante a pandemia, especialmente nos primeiros meses de maior incerteza (Lima *et al.* 2022; Martelete *et al.* 2022), várias podem ter engravidado devido a perda do acesso à contracepção, pois, embora serviços de saúde sexual e reprodutiva sejam considerados essenciais, o fechamento dos serviços eletivos impactou a oferta ao planejamento sexual e reprodutivo (Diniz e Cabral, 2021). Para outras tantas, é possível que a pandemia tenha sido vista como um momento propício à gestação devido a idade da mulher ou sua situação laboral (Coutinho *et al.* 2020; Martelete e Dondero, 2021).

Independente do desejo pela gestação, o vivenciamento deste importante período pode ter sido marcado por solidão, ansiedade, tristeza e preocupações, com consequências de longo prazo ainda desconhecidas pela literatura (Souto *et al.* 2020; Rahman *et al.* 2021; Lucas e Bamber, 2021; Paixão *et al.* 2021). Assim, este capítulo procura lançar luz sobre como a COVID-19 impactou a experiência gestacional e de parto na visão das próprias mulheres, por meio da análise de dados qualitativos de uma subamostra de 302 mulheres que tiveram nascimento de filho vivo após 18 de março de 2020, data do primeiro lockdown na cidade de Belo Horizonte.

Metodologia

No início de 2020, nosso grupo de pesquisa se preparava para entrar em campo e coletar dados sobre a assistência obstétrica na cidade de Belo Horizonte a fim

de explorar, entre outros objetivos, as relações entre a qualidade da assistência obstétrica, em especial as boas práticas, e os desfechos maternos e neonatais. A pesquisa, intitulada “Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte”, partia da hipótese de que a violência obstétrica sofrida pela mulher durante a gestação, parto e pós-parto era mais alta do que a violência obstétrica percebida e que essa violência poderia trazer consequências às mulheres e crianças. Foi criado um instrumento capaz de medir essas diferenças e estávamos em processo de testagem do questionário quando a pandemia de COVID-19 assolou todo o mundo.

O questionário continha seções fechadas e abertas sobre dados demográficos, gravidez, história reprodutiva e desejo por filhos e, para a gravidez mais recente, o questionário previa a coleta de informações sobre consultas pré-natais, cuidados obstétricos, cuidados pós-parto, cuidados pediátricos após o nascimento, percepções sobre o cuidado recebido e possíveis consequências acerca da assistência recebida, entre outros. Ao longo do primeiro ano da pandemia, adaptamos o instrumento para captar também, o impacto da pandemia de COVID-19 sobre a experiência gestacional.

Belo Horizonte havia sido escolhida para o campo de estudo por ser uma cidade pioneira na busca e na elaboração de políticas para a redução da mortalidade materna e neonatal, que antecede os acordos internacionais de redução da mortalidade materna no mundo (OMS, 2009). O estudo foi conduzido pelo Centro de Planejamento e Desenvolvimento Regional (Cedeplar/UFMG) em parceria com o Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina (FM/UFMG) e foi aprovado, em suas versões original e adaptada, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE: 99674718.1.0000.5149).

Dessa forma, em maio de 2021, o questionário da pesquisa foi lançado. *Online*, anônimo, autoadministrado, foi programado na plataforma “Lime Survey”, e ficou disponível para preenchimento entre 25 de maio e 15 de julho de 2021 para mulheres que tiveram experiências gestacionais desde 1 de janeiro de 2018 a 30 de abril de 2021. O prazo estendido deste recorte transversal se deveu ao fato de obter tamanho amostral para comparar experiências obstétricas pré e pós COVID-19. Todas as mulheres nesse perfil eram elegíveis desde que tivessem tido parto domiciliar ou hospitalar em qualquer instituição de saúde na cidade de Belo Horizonte. O tempo médio utilizado para responder ao questionário era de 20 minutos, o que ocorria após leitura e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A divulgação do questionário foi feita por meio de redes sociais e com o apoio da Universidade Federal de Minas Gerais e cobertura da imprensa local na cidade de Belo Horizonte.

Ao todo, 851 mulheres de 19 a 47 anos responderam à pesquisa. Desses, 405 tiveram nascidos vivos após o primeiro lockdown na cidade de Belo Horizonte, datado de 18 de março de 2020, até a data limite de 30 de abril de 2021. Como o questionário era dinâmico, essas mulheres foram perguntadas sobre o impacto da COVID-19 na experiência gestacional da seguinte forma: “Ao relembrar a

assistência que você recebeu durante a gestação, parto ou pós-parto você considera que houve impacto na pandemia de COVID-19 na forma como você viveu essas experiências?”. Caso a mulher tivesse respondido ‘sim’ a qualquer uma das três situações, lhe foi perguntado a questão aberta “O que houve?”. Ao todo, 302 mulheres responderam “sim” à primeira pergunta e deixaram registrado o seu relato espontâneo na pergunta aberta, formando a subamostra na qual esse estudo se concentra.

Assim, esse capítulo apresentará a análise dos dados qualitativos dessas 302 mulheres que responderam à questão aberta sobre o impacto da pandemia de COVID-19 na gestação e parto, que formam a amostra analítica deste trabalho e cujas características sociodemográficas podem ser vistas na Tabela 1. A idade média foi 34,3 anos. Dividindo em grupos etários, 11 (3,6%) das mulheres tinham idade entre 19 e 24 anos, 137 (45,4%) tinham entre 25 e 34 anos e 154 (51%) tinham pelo menos 35 anos. Com relação ao status marital, 225 (54,5%) eram casadas, 62 (20,5%) viviam em união estável e 15 (5%) eram solteiras, separadas ou viúvas. Com relação à raça, 211 eram brancas (66,9%), 60 eram pardas (19,9%) e 23 eram pretas (7,6%). A grande maioria, 266 mulheres, tinham curso superior (88,1%), a mesma distribuição das que tinham plano de saúde suplementar. Com relação ao local do parto, 212 (70,2% das mulheres) tiveram seus filhos em hospitais ou maternidades privadas (independente do sistema de financiamento, se totalmente particular ou com uso de convênio de saúde), seguido de 65 (21,5%) que tiveram seus partos em hospitais e maternidades da rede pública. Apenas 12 mulheres (4% da amostra) tiveram parto domiciliar. Não houve entrevista de seguimento com as participantes.

Dado o caráter online da coleta de dados, a amostra deste trabalho é selecionada em termos de características socioeconômicas, raça/cor e educação, condições que permitem o acesso a tecnologia digital e informações advindas de redes sociais. Percebe-se, em análise não mostrada que, em adição a seletividade típica de pesquisas online, aquelas 302 que optaram por deixar registrado os seus sentimentos e percepções são duplamente selecionadas entre as 405 que tiveram partos após o *lockdown*, pois não apenas se consideram aptas a elaborar e redigir frases, muitas vezes complexas, esmiuçando relações entre os acontecimentos na sua experiência de vida, mas também reconhecem a importância da coleta de informação acurada e completa no processo científico. Por vezes, notamos que mulheres de menor nível de escolaridade escreviam frases menores e menos detalhadas e muitas reportaram que a COVID-19 havia impactado a sua experiência (respondendo “sim” a primeira pergunta), mas não incluíam o relato ou explicação (na pergunta: “o que houve?”), logo, suas percepções não puderam ser analisadas. Apesar disso, foi captada uma boa variedade das instituições de saúde que assistem partos na cidade de Belo Horizonte, como pode ser visto nas notas da Tabela 1. Assim, ressaltamos que a análise que se segue não foi estratificada por critérios socioeconômicos e demográficos, como escolaridade, número de filhos ou tipo de hospital, o que será feito em oportunidades futuras.

Tabela 1.

Características sociodemográficas das participantes da pesquisa Percepções sobre assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte, que tiveram filhos nascidos vivos após 18 de março de 2020 e responderam a pergunta aberta sobre o impacto da COVID-19 na sua experiência obstétrica (n=302).

	n	%
Idade (média)	34,3	
Idade (grupo etário)		
Até 24 anos	11	3,6
25 a 34	137	45,4
35+	154	51,0
Cor/raça		
Branca	211	69,9
Parda	60	19,9
Preta	23	7,6
Amarela	4	1,3
Não sei	4	1,3
Status marital		
Casada	225	74,5
Unida	62	20,5
Solteira	15	5,0
Orientação sexual		
Heterosexual	285	94,4
Homossexual ou bisexual	17	5,6
Escolaridade		
Fundamental I completo/Fundamental II	1	0,3
Fundamental II completo/Médio ou Técnico	3	1,0
Médio ou Técnico completo	9	3,0
Superior incompleto	23	7,6
Superior completo	81	26,8
Pós graduação	185	61,3
Filhos nascidos vivos (média)	1,4	
Filhos nascidos vivos (número)		
1	204	67,5
2	82	27,2
3	13	4,3
4+	3	1,0
Plano de Saúde		
Sim	266	88,1
Não	36	11,9
Depressão pós-parto		
Não	262	86,8
Sim	26	8,6
Não sei	14	4,6
Tristeza pós-parto (baby blues)		
Não	121	40,1
Sim	180	59,6
Não sei	1	0,3
Local do parto		
Domicílio	12	4,0
Hospital ou maternidade pública	65	21,5
Hospital ou maternidade privada	212	70,2
Outro	13	4,3

Note: Hospitais e maternidades privadas (incluso Saúde Suplementar): Hospital Belo Horizonte, Hospital Semper, Hospital Vila da Serra, Hospital da Mulher e Maternidade Santa, Maternidade Octaviano Neves, Maternidade Unimed BH Unidade Grajaú, Neocenter Maternidade, Rede Mater Dei de Saúde - Maternidade.

Hospitais e maternidades públicas: Hospital Maternidade Sofia Feldman, Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Hospital Risoleta Tolentino Neves, Hospital das Clínicas, Maternidade Odete Valadares.

Com relação aos procedimentos de análise, as respostas anônimas das participantes a essa pergunta, geralmente parágrafos inteiros digitados por elas, foram importadas para um documento de Excel onde um time de pesquisadoras (compostos pelas autoras deste trabalho e bolsistas de iniciação científica) deu início à codificação do material de forma conjunta. O processo foi inteiramente feito de forma indutiva, na qual códigos eram criados e agrupados em redes temáticas à medida que novas categorias de resposta eram identificadas a partir dos dados (Creswell *et al.* 2007). Na ocorrência de divergências, a equipe trocava mensagens em tempo real para a solução do impasse: categorização sob um código existente ou criação de um novo código ou subcódigo. Ao final, um livro de códigos foi desenvolvido e, quando finalizado, todas as respostas foram reanalisadas para conferir e validar, agora de forma dedutiva, a aplicação dos mesmos.

É importante destacar que o uso de perguntas abertas e auto-aplicadas em questionários fechados tem sido extensamente utilizado em pesquisas na área de saúde (Porter *et al.* 2007; Corr *et al.* 2013; Shedlin *et al.* 2013), inclusive com coletas de dados online (Raggatt *et al.* 2018; Rogers *et al.*, 2020). Uma grande vantagem desse tipo de quesito é a possibilidade de capturar efeitos não antecipados nos desfechos de interesse (Zull 2016; Semyonov-Tal e Lewin-Epstein, 2021), como no caso do objeto de estudo deste capítulo. Algumas discussões sobre opções metodológicas estão também presentes na literatura, como por exemplo, a questão da saturação temática e do tamanho amostral (Weller *et al.* 2018).

A análise indutiva dos dados resultou em cinco redes temáticas de significados, que são: i) impactos na assistência obstétrica, ii) impactos emocionais, iii) impactos no recebimento de informações sobre saúde, iv) consequências para a saúde da mulher, e v) consequências para a saúde do bebê. Neste trabalho, nos concentrarmos nos dois primeiros temas, ou seja, os aspectos assistenciais e emocionais. Entre os códigos aplicados estão os exacerbamento de sentimentos como solidão, depressão e medo, além de grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde, como cancelamento de consultas, troca de equipe médica e atraso no diagnóstico de condições ligadas à gestação. Além disso, impactos emocionais e assistenciais muitas vezes se confundem quando estão ligados à necessidade de isolamento, como a proibição de acompanhantes durante consultas e procedimentos. Essas situações, muitas vezes justificadas como medidas protetivas visando a redução das contaminações, se configuram como restrições dos direitos reprodutivos.

As restrições da assistência obstétrica

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi registrado em 26 de fevereiro de 2020. O Ministério da Saúde publicou a nota informativa 13/2020, na qual divulgava um Manual de Recomendações para a Assistência À Gestante e Puérpera frente à Pandemia de COVID-19 em setembro de 2020. Neste Manual, foram previstos fluxos de atendimentos, manejo e tratamento farmacológico de gestantes e puérperas com COVID-19, indicações de ventilação invasiva e não invasiva e admissão na UTI, além da manutenção das estratégias de prevenção de morte materna já estabelecidas no contexto fora da pandemia, acrescidas por ações

que visassem ampliação da testagem para COVID-19 nas gestantes e puérperas assim como com o reforço das ações de prevenção contra o contágio pelo SARS-CoV-2 e o correto manejo das gestantes infectadas (Brasil, 2020). O Manual discutiu a tomada de decisão de resolução da gravidez e indicou parâmetros fetais para essa tomada de decisão. Quanto aos parâmetros maternos, a publicação brasileira explica que pela dificuldade em se definir os critérios que indicariam resolução, cada caso deveria ser analisado juntamente com a equipe da UTI sobre condição ventilatória materna tendo em vista a idade gestacional e a possibilidade de evolução materna. O Manual frisa que a infecção por COVID-19 não é motivo para se alterar a via de parto e que a prática assistencial observa que “a cesárea pode piorar a condição materna, portanto, deve-se priorizar todas as tentativas clínicas antes de indicá-la.” (Brasil, 2020, p.38)

A situação pandêmica resultou na tomada de medidas para prevenir a disseminação da doença para a população de forma geral, mas para a população considerada de risco as restrições foram e continuam sendo, ainda maiores. Ainda que mulheres em idade reprodutiva, sem comorbidade, não fizessem parte dos grupos de riscos, gestantes e puérperas apresentaram risco aumentado para as formas graves de infecção pelo novo coronavírus (Paixão et al. 2021). Pode-se observar, que os relatos das participantes do estudo demonstram apreensão:

“Foi uma experiência muito angustiante estar gestante no início da pandemia. Eram muitas incertezas sobre os riscos para as gestantes e para os bebês, muitas especulações” (Branca, 32, casada, 1NV¹, Ensino Superior).

“Tive muito medo de como seria o parto, medo de pegar Covid, do meu bebê pegar também, medo dos hospitais estarem lotados e não conseguir parir, etc.” (Branca, 36, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“A gestação foi marcada por uma tensão sobre a possibilidade de contrair COVID. Nos isolamos até mesmo de nossos familiares. No pós-parto limitamos as visitas apenas aos avós, mesmo assim com o uso de máscara e sem carregar o bebê no colo.” (Parda, 32, casada, 1 NV, Ensino Superior)

As recomendações para assistência à gestante e puérpera frente à pandemia, estabelecidas a partir da Nota Informativa n.º 13 de 2020, do Ministério da Saúde (Brasil, 2020), buscavam a redução de exposição ao vírus e recomendavam o aumento do intervalo entre as consultas - considerando a idade gestacional, a presença ou não de doenças maternas ou fetais, comorbidades e a evolução da gestação, a realização de exames laboratoriais e de imagem no mesmo dia que a consulta presencial, a priorização de teleconsulta durante os intervalos das consultas presenciais e, também, após alta hospitalar no caso das puérperas (Brasil, 2020). Tais medidas impactaram a experiência das participantes como pode ser observado a partir de alguns relatos:

“Não consegui pré-natal no início da pandemia, seja plano, seja SUS. Tive várias consultas e exames reagendados.” (Branca, 35, casada, 2 NV, Ensino Superior).

¹ Número de filho(s) nascido(s) vivo(s) ao longo da vida reprodutiva da mulher

“Não fiz a consulta pós-parto no tempo previsto inicialmente.” (Branca, 39, casada, 1 NV, Ensino Superior).

“Não consegui agendar consulta com a ginecologista para verificar possível fibrose.” (Branca, 34, casada, 1 NV, Ensino Superior).

Algumas entrevistadas revelaram que essas medidas não contribuíram para o aumento na sensação de segurança, pelo contrário, já que limitaram a informação disponibilizada à mulher e ao companheiro ou companheira e reduziram a qualidade dos atendimentos, além de interferirem na relação de vínculo com o profissional.

“Foi péssimo, tudo on-line, meu marido nem se inteirou das coisas, senti tudo com muito distanciamento, notei que muita informação acaba ficando de fora. Eu paguei muitos profissionais particulares, pois todos ao redor estavam com medo, inclusive na maternidade.” (Parda, 35, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Tive mastite e o médico do atendimento online identificou erroneamente como COVID-19 o que atrasou o tratamento.” (Branca, 41, União Estável, 2 NV, Ensino Superior)

“(...)No pós parto, se minha mãe pudesse ter acompanhado tenho certeza que teria mudado a condição de vida da criança, pois minha mãe ajudaria a identificar os problemas que foram negligenciados pelos profissionais do hospital.” (Branca, 36, Solteira, 1NV, Ensino Superior)

“Psicologicamente me senti preocupada com o momento e o uso das máscaras e protocolos faziam dos atendimentos menos acolhedores (Branca, 39, casada, 1 NV, Ensino Superior).

Além disso, segundo os relatos, o medo e a ansiedade contribuíram para o aumento dos empecilhos ao acesso dos serviços de saúde para consultas e exames.

“As consultas de pré-natal eram complicadas, pelo medo de ficar na sala de espera. Meu marido não pôde participar do primeiro ultrassom e não fiz o ultrassom de translucência nucal.” (Branca, 32, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Atrasei o tratamento para me recuperar dos traumas pélvicos (cicatrização complicada da laceração e fisioterapia pélvica), por medo de contágio do coronavírus.” (Branca, 41, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Fiquei extremamente ansiosa com a chegada da pandemia ao entrar no terceiro trimestre, e não consegui marcar consulta pediátrica pré-natal e nem me informar melhor sobre cuidados com bebê, amamentação, atividade física.” (Branca, 38, casada, 1 NV, Ensino Superior)

Além das recomendações técnicas para a assistência obstétrica durante a pandemia, outras medidas foram adotadas. No caso do direito ao acompanhante durante as consultas e internações, foram adotadas algumas restrições. Embora o acompanhamento no parto tenha sido permitido, ele foi limitado a apenas uma pessoa, desde que sem comorbidades e assintomática, estando impedida a possibilidade de revezamento naqueles casos de internação prolongada. Diante desse cenário, algumas participantes relataram não ter podido realizar os seus desejos e/ou necessidades.

“Não pude ter doula e nem minha mãe como segundo acompanhante na hora do nascimento (Parda, 29, casada, 1 NV, Médio)

“Fui para o hospital com 7cm de dilatação e no período que fiquei em casa consegui lidar tranquilamente com as contrações. Quando cheguei na maternidade tive que entrar sozinha porque eles só liberariam a entrada do acompanhante depois que eles verificassem que eu realmente tava em trabalho de parto. Eu já tava meio desconectada do mundo e ter que fazer a ficha sozinha e passar por esse processo sozinha acabou me atrapalhando a ficar tranquila com as contrações. Eu gostaria de ter permanecido no meu estado de não precisar conversar com ninguém.” (Branca, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Não contratei doula, porque o hospital não estava permitindo a entrada. Acredito que uma doula teria me ajudado a resistir quando pedi analgesia. Queria um parto natural, mas minha dilatação “travou” em 9cm por muitas horas e acabei pedindo analgesia, o que acarretou na necessidade de oxicocina. Penso que a presença de uma doula com formação em aleitamento também me ajudaria com a amamentação na primeira hora de vida e nos primeiros dias.”(Branca, 34, União Estável, 1 NV, Ensino Superior)

Foi observado também que apesar do direito ao acompanhante ser assegurado por Lei Federal e ser uma recomendação explícita da OMS (2018, 2020) por seus inúmeros benefícios, algumas instituições impediram sua entrada durante o parto e/ou pós-parto:

“Com a falta de apoio por não poder ter um acompanhante.” (Preta, 27, União estável, 2 NV, Ensino Fundamental)

“Gestação sem poder sair, ver as pessoas, durante o pós parto fiquei sem acompanhante porque não podia entrar outra pessoa” (Preta, 37, Solteira, NV 2, Ensino Médio ou Técnico)

Por outro lado, com o argumento de que a maior circulação de pessoas nas unidades hospitalares poderia aumentar a circulação do vírus e, dessa forma, maior risco de disseminação da doença, as visitas hospitalares também foram restritas (Brasil, 2020).

“Como fiquei internada não pude receber visita e nem realizar a troca de acompanhante.” (Parda, 20, casada, 1 NV, Ensino Médio)

“Meu bebe ficou 22 dias no CTI e os familiares não puderam conhecer. “(Branca, 35, casada, 3 NV, Ensino Superior)

Outras restrições, com consequências para a saúde da criança, foram encontradas nos relatos, entre elas o impedimento de se usar uma extratora de leite materno para que a mãe pudesse extrair o leite para alimentar o seu bebê que estava em UTI e atrasos ou cancelamentos de consultas de acompanhamento pediátrico:

“(...)Proibição de usar bomba pra tirar o leite.”(Parda, 40, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Meu filho está com dois anos e sua última consulta de puericultura foi aos 3 meses de idade. Nunca mais consegui consulta ou assistência.” (Branca, 33, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Minha filha nasceu dia [data omitida]. Tentei marcar consulta com pediatra, como estava na primeira semana do isolamento social, quase nenhum pediatra estava atendendo, tive dificuldade de encontrar pediatra para atender, e fui consultar com um pediatra que estava disponível, esse pediatra só falou coisas contra o que acredito, por exemplo, minha filha tinha cinco dias de vida (+ou-) e ele falou que precisava dar mamadeira, que hoje em dia não precisava ficar sofrendo com amamentação.” (Parda, 33, casada, 1 NV, Ensino Superior)

Todas as recomendações relacionadas à gestação, ao parto e ao puerpério foram baseadas no argumento de proteção à gestante, à criança e à equipe de saúde, mas, na prática, o que se observou foi uma infinidade de restrições de direitos e ampliação de iniquidades em saúde. Segundo alguns relatos, quem tinha condições de optar escolhia instituições menos restritivas, cuidados domiciliares e partos planejados domiciliares.

“Doula não podia entrar na maternidade [maternidade pública omitida], motivo pelo qual optei pelo [maternidade particular omitida]” (Parda, 34, Casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Após as experiências ruins com ginecologistas contratei uma equipe de enfermeiros obstetras, tive consultas domiciliares e parto em casa, excelente pra mim. Mas não pude participar de cursos de cuidados com o bebê nem ter ajuda de familiares.” (Branca, 34, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Sim tive consultas mais espaçadas que a primeira gestação com o obstetra, depois troquei o obstetra por uma equipe de enfermagem obstétrica e tive as consultas domiciliares. No parto não pude ter doula, nem fotógrafa pois estavam suspensos” (Branca, 34, casada, 2 NV, Ensino Superior)

Além das captadas na pesquisa, outras condutas equivocadas destinadas a proteger as gestantes foram propostas. Uma delas foi a exigência de prescrição médica para que as gestantes tivessem o direito à vacina garantido, mesmo após meses do início da vacinação das pessoas com comorbidades. Essa exigência restringiu o acesso à vacina, aumentou iniquidades e abriu margem para desconfiança e medo acerca de sua segurança e eficácia (NUDEM-SC, 2021).

A solidão do isolamento

“Ficar isolada sem ver as pessoas me deixou com sentimento de tristeza e solidão. Acho que teria sido diferente uma gravidez fora da pandemia. Minha família ainda não conhece minha filha. Não pudemos celebrar a gravidez e o nascimento com amigos e família do jeito que gostaríamos. Estou sem rede de apoio no pós-parto, apenas com meu companheiro. Tenho medo do contágio da Covid, já que as pessoas não estão tão cuidadosas como nós estamos.” (Branca, 39, União Estável, 1 NV, Ensino Superior)

Neste estudo, solidão foi uma palavra frequente para descrever o sentimento de gestar e parir durante a pandemia. De acordo com os relatos, a necessidade de isolamento social transformou a gestação e o pós-parto em um período solitário e tenso.

“São muitos detalhes para explicar, mas basicamente a necessidade de distanciamento social impedia dividir experiências com familiares e fazia com que alguns cuidados fossem por videochamada. O sentimento de solidão era constante” (Branca, 35, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Foi um processo mais solitário, não pude interagir num período de grande alegria. Especialmente no pós parto.” (Parda, 34, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Fiquei toda a gestação, e pós parto sozinha” (parda, 27, casada, 1 NV, Ensino Superior)

Segundo Maldonado (1991), a gravidez é uma situação crítica que implica em maior vulnerabilidade, com modificações fisiológicas e de padrões emocionais. Ademais, há fatores que podem contribuir para exacerbar essa vivência, fazendo os sintomas mais frequentes ou mais intensos. A alta frequência de distúrbios mentais pré-natais pode levar a um aumento na frequência de complicações obstétricas e maternas a curto e longo prazo. Paixão, Campos, Carneiro e Fraga (2021) argumentam que a ansiedade, o estresse e a solidão materna, que já são comumente enfrentados por mulheres no período reprodutivo, foi exacerbada durante a pandemia devido ao medo da infecção e também em todas as fases do período da assistência (pré-natal, parto e puerpério) devido à série de restrições e protocolos impostos para o cumprimento do distanciamento social.

Corroborando com Paixão et al. (2021), observa-se que a preocupação com a infecção e o receio com as consequências para a gestante e a criança fez com que, para a maior parte das entrevistadas, o sentimento principal associado à gestação fosse medo.

“Passei toda a gestação em isolamento. Medo da contaminação e dos efeitos sobre meu bebê” (Branca, 38, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Todo esse período foi de muito medo e restrições. Medo o tempo inteiro de contrair a doença ou perder pessoas queridas. E restrição de diversas atividades, desde atividade física, acompanhamento de fisioterapia como convivência com pessoas queridas e realização de ensaio fotográfico. Não tive nada disso e sinto muita falta, as pessoas que eu mais amo sequer tocaram na minha barriga ou carregaram meu bebê até hoje.” (Branca, 32, União Estável, 1 NV, Ensino Médio)

“Muito medo de pegar esse vírus durante a gravidez e no hospital durante e após o parto.” (Parda, 30, casada, NV1, Ensino Superior)

Outros efeitos psicológicos de pandemias em gestantes e puérperas já haviam sido mapeados na ocasião da crise de SARS (Lee et al. 2006). Em 2001, em Hong Kong, um estudo de caso-controle de 235 mulheres grávidas recrutadas durante a epidemia da SARS e uma coorte histórica de 939 mulheres grávidas recrutadas um ano antes do surto, mostra que o nível de ansiedade das mulheres da

coorte da SARS era maior que o do grupo controle e que essas adotaram estratégias comportamentais para mitigar seu risco de contrair infecção.

Com relação à COVID-19, estudos recentes mostram que a pandemia trouxe consequências emocionais importantes para gestantes e puérperas. Na China, um estudo que já estava em campo no final de 2019 e permaneceu coletando dados no início da pandemia de COVID-19 comparou o aparecimento de sintomas depressivos e de ansiedade antes e após a declaração da epidemia do coronavírus ($n=4124$) (Wu et al., 2020). As mulheres grávidas avaliadas após a declaração da epidemia de coronavírus 2019 tiveram taxas significativamente mais altas de sintomas depressivos (26,0% vs 29,6%) do que as mulheres avaliadas antes da declaração da epidemia, porcentagem que estava associada com a gravidade da doença (número de casos e óbitos confirmados de COVID-19). Essas mulheres também tinham maior probabilidade de ter pensamentos de causar dano a si próprias.

Para a Turquia, Akgor et al. (2021) coletou dados clínicos e demográficos de 297 mulheres, incluindo a aplicação de uma escala que media fatores de risco para depressão e ansiedade. A maioria das pacientes (82,5%) tinha preocupações sobre a infecção de seus bebês durante o parto. O medo de infecção do feto durante o parto estava associado à idade da mulher e aos níveis de ansiedade, que por sua vez estava associada a uma alta pontuação na escala de depressão e preocupação com a incapacidade de alcançar o médico obstetra. Já Koyucu e Karaca (2021) examinaram níveis de depressão e de ansiedade medidos por escalas validadas, mas também uma escala de suporte social percebido (*Multidimensional scale of perceived social support - MSPSS*) em 729 mulheres. Ansiedade, depressão e estresse de gravidez moderada ou alta foram relatados em 62,2%, 44,6% e 32,2% das mulheres, respectivamente. As mulheres grávidas que perderam seus empregos durante o período da pandemia, mulheres com risco obstétrico ou com doença física crônica antes da gravidez tinham maior risco de apresentarem maior nível de ansiedade. Um aumento na percepção do apoio social tem efeitos protetores contra os três transtornos mentais durante a gravidez.

Liu, Erdei e Mittal (2021) encontraram que preocupações de saúde devido a COVID-19 e o luto devido a situações de perda estavam associados com maiores níveis de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático ($n=1123$) encontrados em uma proporção de 36,4%, 22,7% e 10,3% respectivamente. Níveis preexistentes de depressão estavam associados com um maior efeito dos índices. Aproximadamente 18% reportam um nível elevado de preocupação com a COVID-19. Em outro estudo, os mesmos autores mostram como esses três desfechos são piores para os pais cujo os filhos tiveram que ser internados em unidade de terapia intensiva após o parto e apresentam alto nível de preocupação com a COVID-19 ($n=1256$) (Liu, Erdei e Mittal, 2021b).

Corroborando com Wu et al., 2020; Akgor et al., 2021; Koyucu e Karaca, 2021, para muitas das participantes, o *baby blues* e a depressão preexistente foi intensificada após a pandemia e muitas vezes exacerbada na ocasião da chegada do bebê:

“A falta de rede de apoio tornou meu puerpério muito mais difícil e os sintomas de baby blues muito mais intensos e duradouros. Até hoje, com minha filha com 9 meses, sofro por poucas pessoas poderem acompanhar seu crescimento e também em me ajudar na criação e cuidado. Ficamos muito isolados em casa, o que faz mal para minha mente e me preocupo com a socialização da minha filha.” (Parda, 33, casada, 1 NV, Ensino Superior)

“Conviver com o medo de contrair Covid foi terrível. Sair para as consultas era ao mesmo tempo um respiro do isolamento, mas também um super receio de ter que encontrar pessoas. No pós parto o isolamento sem visitas, sem poder interagir, intensificou a depressão.” (Branca, 40,m Casada, 2 NV, Ensino Superior)

Outros estudos tiveram foco na qualidade da assistência obstétrica, em especial a satisfação com as teleconsultas (Holcomb et al. 2020; Jeganathan et al. 2020; Liu et al. 2021) e, na sua maioria, a maior parte dos respondentes revela que suas necessidades foram atendidas durante suas consultas virtuais, se mostrando satisfeitas. No entanto, no estudo de Liu et al. (2021), cujo desenho permitia essa análise, a satisfação com as consultas foi diminuindo à medida que a pandemia se desenvolvia, assim, aqueles que completaram a pesquisa mais adiante na pandemia ficaram menos satisfeitos com o atendimento pré-natal virtual.

Peahl et al. (2021) avaliaram acesso, qualidade e satisfação com a remodelação do setor de obstetrícia, que passou a oferecer consultas virtuais em substituição a algumas presenciais. O volume de visitas, incluindo ambas formas de contato, caiu 16,1% no período. A maior parte dos pacientes e profissionais da saúde reportaram que as visitas virtuais melhoraram o acesso de alguns pacientes ao sistema de saúde, seja por meio da redução com custos e tempo de transporte, cuidado com crianças no domicílio enquanto a mãe iria ao sistema de saúde, menores chances de contágio de doença e melhor aconselhamento. Apesar de a maior proporção ter relatado estar satisfeita com o novo modelo (77,5% das pacientes e 83,1% dos profissionais), alguns problemas foram diagnosticados, como preocupações de que o sistema virtual aumentaria as desigualdades maternas, preocupação de que a ausência de aparelhos de aferição de pressão arterial pudesse implicar em uma menor qualidade do pré-natal e maior descontinuidade entre paciente-profissional ao longo da gestação.

Considerações finais

Utilizando dados qualitativos da pesquisa “Percepções sobre assistência obstétrica e suas consequências para a saúde da mulher e da criança em Belo Horizonte”, coletados entre 25 de maio de 2021 e 15 de julho de 2021, analisamos os impactos da pandemia de COVID-19 na gestação e no parto percebidos por mulheres que tiveram filhos nascidos vivos após 18 de março de 2020 na cidade de Belo Horizonte - MG (Brasil) procurando entender quais foram as dificuldades enfrentadas por esse grupo de mulheres na vivência do seu pré-natal e

parto, quais aspectos dessas dificuldades concernem ao serviço público de saúde e à assistência pré-natal e quais possíveis consequências elas relatam para a sua saúde e do bebê.

A análise dos relatos das nossas entrevistadas mostra que a COVID-19 trouxe impactos negativos para a experiência de gestação, parto e puerpério, relacionadas, principalmente, ao isolamento social e seu efeito psicológico e comportamental e às medidas de controle e distanciamento na assistência obstétrica, o que acabou por restringir o acesso às informações, saúde e bem-estar.

A falta de definição e coordenação das políticas de saúde pelo Ministério da Saúde durante a pandemia impediu que os serviços de saúde se organizassem de forma adequada para assistir às gestantes, deixando-as sem acompanhamento médico (Fernandez e Amorim, 2021). Além disso, a atuação negligente do Governo Federal impossibilitou que gestantes e puérperas com COVID-19 tivessem acesso aos cuidados adequados. Assim, solidão, medo e insegurança relatados na literatura, vivenciados pelas gestantes e puérperas durante o período da pandemia por COVID-19, deixaram marcas não visíveis, porém que podem acarretar consequências de longo prazo ainda a serem exploradas para mulheres e crianças (Paixão et al. 2021). Soma-se a isso a tragédia da mortalidade materna evitável, exacerbada devido à alta letalidade da COVID-19 no Brasil, que deixa uma legião de órfãos e órfãs de todas as idades, uma população que também carecerá de estudos e investimentos a fim de possibilitar que desenvolvam seu curso de vida com menos impactos econômicos, comportamentais e emocionais ocasionados pela perda materna.

Do ponto de vista da seletividade da amostra analítica deste estudo, reconhecemos que as percepções aqui relatadas não podem ser generalizadas para todas as mulheres que tiveram filhos em Belo Horizonte. Ciente de que a metodologia atual é excludente, essa pesquisa será ampliada em oportunidade futura a fim de alcançar mulheres que estão à margem da tecnologia e das redes sociais e, por causa disso, ficaram de fora da nossa amostra. Com a mesma subamostra, no entanto, estão previstos estudos futuros que vão explorar as diferenças sociodemográficas nas percepções, especialmente as questões de raça e classe, assim como o efeito dos diferentes arranjos domiciliares durante o confinamento para as consequências da pandemia na saúde mental das mulheres, além de aprofundar nas cinco redes temáticas que encontramos, não apenas as duas que aqui discutimos.

Do ponto de vista da qualidade da assistência, estudos futuros lançarão mão dos dados quantitativos desta pesquisa para investigar a relação entre a pandemia, rede de assistência hospitalar, tipo de financiamento do parto, a ocorrência de violência obstétrica e seus desdobramentos na vivência da gestação, parto e puerpério. Juntar-se-á a isso os dados administrativos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) a fim de explorar efeitos da pandemia sobre a adequação do pré-natal considerando o número de consultas, trimestre de início do acompanhamento, dentre outros fatores. Destaca-se que o SINASC é um importante sistema de informações epidemiológicas e registra

todos os nascimentos ocorridos em território nacional trazendo informações tanto sobre a gestante quanto sobre o bebê.

A força do presente estudo está principalmente em ouvir diretamente as mulheres. Buscar entre as assistidas as respostas sobre como melhorar a assistência é a forma mais humana e assertiva de priorizá-las verdadeiramente. Recomenda-se que mais estudos que ouçam as mulheres sejam feitos para a proposição de políticas públicas de assistência à saúde das mulheres e crianças.

Referências

- Akgor, U., et al. (2021). Anxiety, depression and concerns of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Archives of gynecology and obstetrics*, 304(1), 125-130. doi.org/10.1007/s00404-020-05944-1.
- Baqui, P., Bica, I., Marra, V., Ercole, A., e Van der Schaar, M. (2020). Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *The Lancet Global Health*, 8(8), e1018–e1026. doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0.
- Botelho, J. C. A. (2021). COVID-19 and polarization in Brazil: the effect of political preferences on state-level policies related to the pandemic. *Política. Revista de Ciencia Política*, 59(2), 61-77. doi:10.5354/0719-5338.2021.64962.
- Chisini, L. A., Castilhos, E. D. D., Costa, F. D. S., e D'Avila, O. P. (2021). Impacto da pandemia COVID-19 no Pré-natal, Diabetes e consulta médica no Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24. doi.org/10.1590/1980-549720210013.
- Corr L., Rowe H., e Fisher J. (2013) Mothers' perceptions of primary health-care providers: thematic analysis of responses to open-ended survey questions. *Australian Journal of Primary Health* 21, 58-65. doi.org/10.1071/PY12134.
- Coutinho, R. Z., Conceição de Lima, L., Antunes Leocádio, V., e Bernardes, T. (2020). Considerações sobre a pandemia de COVID-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. *Revista Brasileira De Estudos De População*, 37, 1-21. doi.org/10.20947/S0102-3098a0130.
- Creswell, J. W., e Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Da Silva, F. P., de Oliveira, F. P., Suassuna, L. A. S., de Menezes, M. L., Lima, R. G. D. B. O., e Silva, C. C. S. (2021). Riscos e vulnerabilidades dos trabalhadores motociclistas durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(61), 4798-4807. doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i61p4798-4807.
- De Negri, F., Galiezz, R., Miranda, P., Koeller, P., Zucoloto, G., Costa, J., Farias, C. M., Travassos, G. H., e Medronho, R. A. (2021). Socioeconomic factors and the probability of death by COVID-19 in Brazil. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 43(3), 493-498. doi.org/10.1093/pubmed/fdaa279.
- Diniz, C., e Cabral, C. (2021). Reproductive health and rights, and public policies in Brazil: revisiting challenges during covid-19 pandemics. *Global public health*, 1-14. Advance Online Publication. doi.org/10.1080/17441692.2021.1995463.
- Diniz, S. G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Journal of Human Growth and Development*, 19(2), 313-326. doi.org/10.7322/jhgd.19921.

DPES. (2021). Disponível em: <http://defensoria.sc.def.br/nudem-diz-que-exigencia-de-prescricao-medica-dificulta-acesso-de-gestantes-e-puerperas-as-vacinas/#page-content>.

Estrela, F. M., da Silva, K.K.A., da Cruz, M.A. e Gomes, N.A. (2020). Gestantes no contexto da pandemia da COVID-19: reflexões e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2), 1-5. doi.org/10.1590/s0103-73312020300215.

Fernandez M. e Amorim M. M. R. (2021). Morte de grávidas e puérperas por COVID-19. Nota Técnica n° 1. *Rede Brasileira de Mulheres Cientistas*. Disponível em: <https://mulherescientistas.org/wp-content/uploads/2021/05/Nota-Tecnica-n.1-Gravidas-e-Puerperas.pdf>.

Francisco, R. P. V., Lacerda, L., e Rodrigues, A. S. (2021). Obstetric Observatory BRAZIL-COVID-19: 1031 maternal deaths because of COVID-19 and the unequal access to health care services. *Clinics*, 76, e3120. doi.org/10.6061/clinics/2021/e3120.

Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J. X., ... e Zhong, N. S. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1708-1720. doi.org/10.1056/NEJMoa2002032.

Healy, C. M. (2021). COVID-19 in pregnant women and their newborn infants. *JAMA pediatrics*, 175(8), 781-783. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.1046.

Holcomb, D., Faucher, M. A., Bouzid, J., Quint-Bouzid, M., Nelson, D. B., e Duryea, E. (2020). Patient perspectives on audio-only virtual prenatal visits amidst the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) pandemic. *Obstetrics & Gynecology*, 136(2), 317-322. doi.org/10.1097/AOG.0000000000004026.

Jeganathan, S., Prasannan, L., Blitz, M. J., Vohra, N., Rochelson, B., e Meiowitz, N. (2020). Adherence and acceptability of telehealth appointments for high-risk obstetrical patients during the coronavirus disease 2019 pandemic. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(4), 100233. doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100233.

Koyucu, R. G., e Karaca, P. P. (2021). The Covid 19 outbreak: Maternal Mental Health and Associated Factors. *Midwifery*, 99, 103013. doi.org/10.1016/j.midw.2021.103013.

Lee, D. T., Sahota, D., Leung, T. N., Yip, A. S., Lee, F. F., e Chung, T. K. (2006). Psychological responses of pregnant women to an infectious outbreak: a case-control study of the 2003 SARS outbreak in Hong Kong. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 707-713. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.08.005.

Lima, E. C., Soares, C. F., and Silva, J.H.C M. "Rapid changes in birth counts in Brazilian major cities during the COVID-19 pandemic". *Vienna Yearbook of Population Research*, Vienna Institute of Demography (VID) of the Austrian Academy of Sciences in Vienna, vol. 20(1), pages 1-1.

Liu, C. H., Erdei, C., e Mittal, L. (2021). Risk factors for depression, anxiety, and PTSD symptoms in perinatal women during the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Research*, 295, 113552. doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113552

Lucas, D. N., e Bamber, J. H. (2021). Pandemics and maternal health: the indirect effects of COVID-19. *Anaesthesia*, 76, 69-75. doi.org/10.1111/anae.15408

Maldonado, M.T.P. (1991). *Psicología da gravidez: parto e puerpério*. Petrópolis: Vozes.

Martelete, L. J., e Dondero, M. (2021). Navigating women's reproductive health and childbearing during public health crises: COVID-19 and Zika in Brazil. *World Development*, 139, 105305. doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105305.

Martelete, L. J., Sereno, L. G. F., Coutinho, R. Z., Dondero, M., Alves, S. V., Lloyd, R., & Koepp, A. (2022). Fertility trends during successive novel infectious disease outbreaks: Zika and COVID-19 in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 38, EN230621.

Ministério da Saúde. (2020). *Manual de Recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia da COVID-19. Nota Informativa n.º 13 de 2020/SE/GAB*. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/nota-informativa-no-13-2020-se-gab-se-ms/>.

Nakamura-Pereira, M., Amorim, M. M. R., Pacagnella, R. D. C., Takemoto, M. L. S., Penso, F. C. C., Rezende-Filho, J. D., e Leal, M. D. C. (2020). COVID-19 and maternal death in Brazil: an invisible tragedy. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42, 445-447. doi.org/10.1055/s-0040-1715138.

Nagahama E.E.I. e Santiago M.S (2005). A institucionalização médica no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3):651-657. doi.org/10.1590/S1413-81232005000300021.

Paixão, G. P. D. N., Campos, L. M., Carneiro, J. B., e Fraga, C. D. D. S. (2021). A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200165.

Peahl, A. F., Powell, A., Berlin, H., Smith, R. D., Krans, E., Waljee, J., ... e Moniz, M. H. (2021). Patient and provider perspectives of a new prenatal care model introduced in response to the coronavirus disease 2019 pandemic. *American journal of obstetrics and gynecology*, 224(4), 384-e1. doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.008.

Pereira, A. K., Oliveira, M. S., e Sampaio, T. D. S. (2020). Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. *Revista de Administração Pública*, 54, 678-696. doi.org/10.1590/0034-761220200323

Porter, M., Van Teijlingen, E., Chi Ying Yip, L., e Bhattacharya, S. (2007). Satisfaction with cesarean section: Qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey. *Birth*, 34(2), 148-154. doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00161.x

Raggatt, M., Wright, C. J., Carrotte, E., Jenkinson, R., Mulgrew, K., Prichard, I., e Lim, M. S. (2018). "I aspire to look and feel healthy like the posts convey": engagement with fitness inspiration on social media and perceptions of its influence on health and wellbeing. *BMC public health*, 18(1), 1-11. doi.org/10.1186/s12889-018-5930-7.

Rahman, M. A., Halder, H. R., e Islam, S. M. S. (2021). Effects of COVID-19 on maternal institutional delivery: fear of a rise in maternal mortality. *Journal of Global Health*, 11. doi.org/10.7189/jogh.11.03041.

Rasmussen, S. A., Smulian, J. C., Lednický, J. A., Wen, T. S., e Jamieson, D. J. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and pregnancy: what obstetricians need to know. *American journal of obstetrics and gynecology*, 222(5), 415-426. doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.017.

Rodrigues, A., Lacerda, L., e Francisco, R. P. V. (2021). Brazilian obstetric observatory. *arXiv preprint arXiv:2105.06534*. Disponível em: https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/covid_gesta_puerp_br/.

Rogers, N. T., Waterlow, N. R., Brindle, H., Enria, L., Eggo, R. M., Lees, S., e Roberts, C. H. (2020). Behavioral change towards reduced intensity physical activity is disproportionately prevalent among adults with serious health issues or Self-Perception of high risk during the UK COVID-19 Lockdown. *Frontiers in public health*, 8, 575091. doi.org/10.3389/fpubh.2020.575091.

de Souza Santos, D., de Oliveira Menezes, M., Andreucci, C. B., Nakamura-Pereira, M., Knobel, R., Katz, L., ... e Takemoto, M. L. (2021). Disproportionate impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) among pregnant and postpartum black women in Brazil through structural racism lens. *Clinical Infectious Diseases*, 72(11), 2068-2069. doi.org/10.1093/cid/ciaa1066.

Semyonov-Tal, K., e Lewin-Epstein, N. (2021). The importance of combining open-ended and closed-ended questions when conducting patient satisfaction surveys in hospitals. *Health Policy OPEN*, 2, 100033. doi.org/10.1016/j.hopen.2021.100033.

Souto, S. P. A. D., Albuquerque, R. S. D., e Prata, A. P. (2020). Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Revista brasileira de enfermagem*, 73. doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551.

Takemoto, M. L., Menezes, M. D. O., Andreucci, C. B., Nakamura-Pereira, M., Amorim, M. M., Katz, L., e Knobel, R. (2020). The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(1), 154-156. doi.org/10.1002/ijgo.13300.

Villar, J., Ariff, S., Gunier, R. B., Thiruvengadam, R., Rauch, S., Kholin, A., ... e Papageorgiou, A. T. (2021). Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the INTERCOVID multinational cohort study. *JAMA pediatrics*, 175(8), 817-826. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.1050.

Weller, S. C., Vickers, B., Bernard, H. R., Blackburn, A. M., Borgatti, S., Gravlee, C. C., e Johnson, J. C. (2018). Open-ended interview questions and saturation. *PloS one*, 13(6), e0198606. doi.org/10.1371/journal.pone.0198606.

Werneck, G. L., e Carvalho, M. S. (2020). A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00068820. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.

Wollenstein-Betech, S., Silva, A. A., Fleck, J. L., Cassandras, C. G., e Paschalidis, I. C. (2020). Physiological and socioeconomic characteristics predict COVID-19 mortality and resource utilization in Brazil. *PloS one*, 15(10), e0240346. doi.org/10.1371/journal.pone.0240346.

World Health Organization. (2009). *Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.

World Health Organization. (2020). *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care: evidence-to-action brief, 2020* (No. WHO/SRH/20.13). World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/companion-during-labour-childbirth/en/.

Wu, F., Zhao, S., Yu, B., Chen, Y. M., Wang, W., Song, Z. G., ... e Zhang, Y. Z. (2020). A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*, 579(7798), 265-269. doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3.

Züll, C. (2016). Open-Ended Questions (Version 2.0). doi: 10.15465/gesis-sg_en_002.

COVID-19 y la utilización de servicios de salud reproductiva de las mujeres mexicanas: cánceres de seno y cervicouterino

Rosario Cárdenas^{1,2}

1 Posgrado en Población y Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, cardenas.rsr@gmail.com.

2 La autora agradece los comentarios de quienes dictaminaron este texto y de Ann Moore del *Guttmacher Institute*, quien hizo sugerencias a una versión presentada en la reunión de 2022 de la *Population Association of America* (PAA).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, en 2020 a nivel mundial, 2.3 millones de mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de seno y 685,000 fallecieron debido a esta enfermedad (WHO, 2022a) y que, en 2018, 570,000 fueron diagnosticadas con cáncer cervicouterino y alrededor de 311,000 murieron por esta causa (WHO, 2022b). Asimismo, que entre 2016 y 2020, 7.8 millones de mujeres habían sido diagnosticadas con cáncer de seno, lo que hace de ésta la neoplasia maligna más prevalente a nivel global (WHO, 2022a).

En México, los cánceres de seno y cervicouterino constituyen dos de los principales problemas que afectan la salud de las mujeres. En el país, en 2019, las tasas de mortalidad por cáncer de seno o cáncer cervicouterino fueron 20.07 y 10.72, respectivamente, por cada 100,000 mujeres de 25 años o más. El examen de las principales causas de muerte indica que estas dos patologías afectan de manera notable a la población femenina. La Organización Mundial de la Salud estima que, para México, en el caso de las mujeres de 30 a 64 años de edad la mortalidad por cáncer cervicouterino ocupa entre el quinto y octavo sitio por edad quinquenal entre las causas que provocan las tasas de mortalidad más altas y que, para las mujeres de 30 a 79 años, el cáncer de seno se ubica entre el tercer y el décimo lugar por grupo quinquenal de las causas más frecuentes de mortalidad (WHO, 2022c). El análisis de la tendencia de la mortalidad por cáncer de seno ha mostrado un aumento sistemático del impacto de esta patología en la salud de la población femenina mexicana durante los últimos 20 años y una reducción, aunque pausada, de la mortalidad por cáncer cervicouterino, así como amplias desigualdades, para ambas patologías, entre las 32 entidades federativas que conforman el país (Cárdenas, 2017).

Tanto para el cáncer de seno como para el cáncer cervicouterino, la identificación temprana de los síntomas, aunado a la realización de pruebas de tamizaje para la detección de casos asintomáticos son dos estrategias cuya implementación permite reducir la mortalidad por estas patologías (Ginsburg *et al.*, 2020). En el caso del cáncer cervicouterino existe, además, una medida preventiva como es la aplicación oportuna de la vacuna tetravalente (Luciani *et al.*, 2018) o nonavalente (Mariani *et al.*, 2017) contra el virus del papiloma humano. La eficiencia de las medidas mencionadas está íntimamente asociada al acceso a servicios de salud.

En México, una amplia gama de factores fungen como barreras a la utilización de servicios médicos, entre éstos, el tiempo de traslado a las unidades de salud o de espera requerido para recibir atención, la segmentación del sistema público de salud, las dificultades para una operación adecuada de los sistemas de referencia entre niveles de atención o la escasa incorporación de una perspectiva culturalmente sensible, por ejemplo, lo que obstruye el ejercicio del derecho a la salud comprometido por el Estado.

En México, la rápida expansión de la pandemia de SARS-CoV-2, se tradujo en una reorientación y adecuación de espacios hospitalarios para la potencial atención de complicaciones de COVID-19, lo que redujo la disponibilidad de unidades de consulta para otras patologías. A lo anterior se añaden la subutilización de servicios de salud en respuesta al temor de contagiarse, el estigma de haberse enfermado de COVID-19, el posible incremento de las barreras al acceso a los servicios o los cambios en el ingreso y los costos directos e indirectos de los servicios de salud (Kotiso et al., 2022; Pujolar et al., 2022; Singh et al., 2021; Zhang et al., 2020). La reducción en la demanda de servicios de salud afectó tanto los de tipo primario como aquellos especializados (Bersano et al., 2020; Lugli et al., 2022; Nagy et al., 2021).

La pandemia de COVID-19 también ha profundizado las desigualdades por razones de género (Fisher y Ryan, 2021; Yavorsky et al., 2021) al colocar un número mayor de actividades domésticas a cargo de las mujeres, así como ampliar las de cuidado de los hijos, lo que posiblemente se haya traducido en una reducción del uso de servicios de salud por parte de éstas.

En virtud de los elementos antes expuestos, el objetivo de este trabajo es examinar la demanda de servicios de salud para cuatro condiciones que afectan específica o predominantemente a la población femenina: cáncer de seno, cáncer del cuello del útero, displasia cervical leve o moderada y displasia cervical severa y cáncer cervicouterino *in situ* para el periodo 2018-2021. Los cambios observados en la identificación de casos de estas patologías permiten apreciar algunas de las consecuencias secundarias a la pandemia en la salud de las mujeres en el corto y mediano plazo.

El sistema de salud en México

En México, la protección a la salud es un derecho inscrito desde 1983 en la Constitución Política que rige al país. El derecho a la salud ha sido reconocido, además, como un derecho social a partir de 2004 y como un derecho humano desde su inclusión en la carta de las Naciones Unidas en 1948. La organización del sistema de salud nacional ha adolecido desde su origen de una segmentación que diferencia entre subgrupos de la población. La característica que distingue el acceso de distintos colectivos a servicios provistos por instituciones específicas es su inserción en el mercado laboral. Los trabajadores que laboran de manera formal en la iniciativa privada tienen acceso a las instituciones de seguridad social, al igual que quienes trabajan para el gobierno o forman parte de las fuerzas armadas. La cobertura de servicios de salud provistos por la seguridad social atañe al trabajador y sus dependientes directos, es decir cónyuge e hijos y los padres del empleado si éste demuestra que son sus dependientes económicos. En contraste, el resto de la población puede utilizar los servicios de salud públicos provistos por el Estado. Si bien éstos son gratuitos, la infraestructura, insumos y equipamiento puede diferir respecto a los de seguridad social. Una problemática

adicional con relación al otorgamiento de servicios de salud surge del desfase entre la expansión de los servicios de salud disponible y el crecimiento poblacional. En 1990 la población del país era de 83.9 millones, cifra que para 2020 aumento en un 50 por ciento para alcanzar 126 millones de habitantes. En contraste, entre 2000 y 2018 la cifra de camas de hospital por 10,000 habitantes se redujo al pasar de 10.5 a 9.8 (WHO, 2022d), al igual que el número de enfermeras y parturientas que disminuyó de 3.1 por 1,000 habitantes en el año 2000 a 2.4 por 1,000 habitantes en 2019 (World Bank, 2022a). Únicamente la densidad de médicos por 1,000 habitantes mostró una mejora en décadas recientes, al aumentar de 1 a 4.9 entre 1990 y 2018 (World Bank, 2022b). La insuficiencia de la infraestructura de los servicios públicos de atención a la salud para cubrir las necesidades de la población provocaba el denominado gasto de bolsillo catastrófico, es decir, que ante emergencias médicas la población utiliza sus propios recursos económicos afectando con ello su ingreso disponible. Ante ello, en 2003 el gobierno en turno creó la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, conocida como Seguro Popular (DOF, 2003). El objetivo de esta instancia era otorgar de manera gratuita todos los servicios médicos ambulatorios y un conjunto predefinido de servicios de segundo nivel de atención para la población más pobre del país. Pese a que su operación no resolvía las diferencias entre la población con seguridad social y quienes recibían atención médica vía los servicios públicos, ni tampoco resolvió de manera universal el problema del gasto catastrófico de bolsillo para la atención de problemas de salud, sí aumentó la cobertura de los servicios de salud en México. Las estimaciones de pobreza generadas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), indican que entre 2008 y 2018 la carencia de acceso a los servicios de salud se redujo en el país de 38.4% a 16.2%. Se considera que el Seguro Popular desempeñó un papel importante en la mejora del ejercicio del derecho a la protección de la salud durante este periodo. En enero de 2020, el gobierno eliminó el Seguro Popular y creó el denominado Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (DOF, 2019). Pese a que la población de interés del INSABI es aquella que no tiene acceso a las instituciones de seguridad social, lo que lo hace coincidente con las que privilegió el Seguro Popular, el INSABI ha sido diseñado con una perspectiva distinta al señalar que estará directamente a cargo de la infraestructura de los servicios de salud y no únicamente del financiamiento de éstos.

El 21 de febrero de 2020 se registró en México el primer caso confirmado de COVID-19; un mes más tarde el número de casos confirmados era 771 y para el 21 de abril de 2020 15,109 casos confirmados y 1,623 defunciones debidas a COVID-19. El dinamismo de la pandemia de SARS-CoV-2, aunado a las adaptaciones que se decidieron emprender en los servicios de salud para encarar las necesidades de atención médica asociadas a esta pandemia y los cambios reglamentarios que era necesario llevar a cabo, ha impedido hasta la fecha que el INSABI opere con las características planteadas por el gobierno. Tanto la desaparición del Seguro Popular, como el retraso en el funcionamiento del INSABI, y las demandas de la pandemia se han traducido en una reducción en el acceso y utilización de los servicios de salud con el consecuente impacto en las condiciones de salud de la población.

La pandemia de COVID-19 en México

De acuerdo con la OMS, al 31 de enero de 2022, en México se habían registrado 5,189,269 casos confirmados de COVID-19 y 308,903 defunciones debidas a esta infección (WHO, 2022e). Desde el inicio de la pandemia, la letalidad de casos confirmados registrados en México ha estado entre las más altas a nivel mundial. En la actualidad se ubica en 5.8% únicamente por debajo de la reportada para Perú (6.0%) (Johns Hopkins, 2022) y superior a la observada en países en los cuales el efecto de la pandemia sobre la salud de su población ha sido muy severo, como es España, Italia o Estados Unidos. En estos países, la letalidad de casos confirmados es de 0.9% para España y 1.2% para Italia y Estados Unidos (Johns Hopkins, 2022). El impacto de la pandemia de SARS-CoV-2 en México, expresado en términos de mortalidad, también ha sido muy grave con una intensidad de 248.72 defunciones por COVID-19 por 100,000 habitantes, cifra cercana a la del Reino Unido (241.90 defunciones por 100,000 habitantes) y superior a la de España (210.64 defunciones por 100,000 habitantes) (Johns Hopkins, 2022). Al igual que en casi todos los países, la pandemia de COVID-19 no ha registrado igual intensidad en todo el territorio nacional. El Valle de México, conformado por la Ciudad de México y del estado de México, es el área del país que ha registrado el mayor número de casos y de defunciones, al igual que la frontera norte. Dado el tipo de comunicación que se establece entre regiones y el aislamiento geográfico, las zonas donde se ubican comunidades indígenas han mostrado menores incidencias de casos de COVID-19 y de mortalidad por esta causa. Uno de los rasgos distintivos de la pandemia en el país es que, las edades medianas al fallecimiento son muchos más tempranas, ubicándose en alrededor de 62 años, cifra 20 años más joven que lo identificado para Europa (Cárdenas, 2021). Adicionalmente, aunque la mayor parte de los casos confirmados tienen lugar en la población menor de 60 años, la mayoría de las defunciones se presenta en el grupo etario de 60 años o más. Asimismo, existe un diferencial por sexo ya que alrededor del 60% de las defunciones son masculinas.

El 24 de marzo de 2020, el gobierno mexicano hizo públicas las medidas a implementar para encarar la pandemia de SARS-CoV-2 (DOF, 2020). Entre éstas destaca el que las personas de 65 años o más no debían acudir a centros de trabajo, así como a espacios públicos o concurridos; lo mismo se señaló para mujeres embarazadas o lactando, menores de 5 años de edad, personas con discapacidad o con hipertensión arterial, insuficiencia renal, lupus, cáncer, diabetes mellitus, obesidad, insuficiencia hepática, enfermedad cardíaca o que estuvieran bajo tratamiento que provocara inmunosupresión (DOF, 2020). De igual forma, se ordenó interrumpir de manera temporal las actividades escolares y suspender las que implicaran concentración física o desplazamiento de personas. Estas acciones tenían como propósito reducir el riesgo de contagio de la población en general, con especial atención a aquellos que sus propias condiciones de salud pudieran propiciarles el desarrollo de complicaciones diversas en caso de infectarse con SARS-CoV-2. Al mismo tiempo, se llevaron a cabo ajustes en la infraestructura hospitalaria orientadas a contar con zonas de atención

especializada para COVID-19. La estrategia de reconversión hospitalaria amplió las zonas donde podían atenderse casos de COVID-19 aumentando el número de camas de hospital y de camas con ventiladores mediante la adecuación de 13 institutos nacionales, seis hospitalares federales y siete hospitalares generales. La reconversión significó la expansión de las zonas de terapia en las cuales era posible atender a los pacientes enfermos de COVID-19. Si bien, se habilitaron unidades médicas de manera ex profesa para la atención de esta patología, la reconversión hospitalaria redundó en una restricción de la infraestructura utilizada previamente para la atención de otras condiciones de salud.

La pandemia de COVID-19 y la utilización de servicios de salud

Como se señaló, la pandemia redujo la demanda de todo tipo de servicios de salud (Bersano *et al.*, 2020; Kotiso *et al.*, 2022; Lugli *et al.*, 2022; Nagy *et al.*, 2021; Pujolar *et al.*, 2022; Singh *et al.*, 202; Zhang *et al.*, 2020), excepto, es de esperarse, los de urgencia. Esta disminución en la utilización de servicios de salud responde, por una parte, a la reorientación de unidades médicas que fueron acondicionadas para atender enfermos de COVID-19, pero también a la preocupación por exponerse a un posible contagio al acudir a unidades médicas. La preocupación por contagiarse de SARS-CoV-2 en unidades médicas ha sido documentado tanto para el personal de salud (García-Reyna *et al.*, 2020), como para la población general (Immordino *et al.*, 2022; Nazari *et al.*, 2021; Wheaton *et al.*, 2021). En la medida de lo posible, las unidades médicas delimitaron áreas para la atención de personas que sospechaban haberse contagiado o que manifestaban síntomas de la infección por SARS-CoV-2. Un elemento faltante, especialmente cuando la pandemia se dinamizó en México en marzo y abril de 2020, fue establecer acciones de información y comunicación a la población que indicaran claramente las tareas llevadas a cabo para mantener sitios libres de COVID-19, así como también avisarán acerca de la importancia de no interrumpir tratamientos ni posponer la demanda de servicios de salud por razones distintas que la infección de SARS-CoV-2. Una de las poblaciones que se sabía especialmente vulnerable a SARS-CoV-2 a raíz de la experiencia de la pandemia de influenza H1N1 en 2009, fueron las mujeres embarazadas. Los acuerdos firmados entre una de las instituciones de seguridad social y servicios médicos privados para derivar a estos últimos espacios la atención de mujeres embarazadas usuarias de servicios de salud de la seguridad social no recibieron difusión en los medios masivos lo que pudo haber resultado, quizás, en la postergación de demanda de servicios de atención prenatal.

Otros elementos pudieron haber impactado también el uso de servicios de salud. La suspensión de actividades escolares, que en un primer momento tomó la forma de interrupción de clases, tuvo que ser modificada al extenderse la duración de la pandemia para implementar clases en línea para los alumnos de

todos los niveles educativos. Ello significó, no sólo buscar acceso regular a los servicios de red, sino también el acompañamiento de estas actividades por parte de los adultos a cargo de la crianza, particularmente en el caso de los niños y adolescentes tempranos. Se considera que esta labor recayó, por razones de género, con más frecuencia en las mujeres del hogar, disminuyendo su disponibilidad de tiempo para otras actividades o traslapándose con sus propias funciones laborales o profesionales y las de índole doméstica (Clark et al., 2020; Yildirim y Eslen-Ziya, 2020). La dinámica de los sectores más afectados por la pandemia muestra que las mujeres y empleados jóvenes son los primeros en ser expulsados de los espacios de trabajo (Dias et al., 2020). La posible pérdida del empleo o la reducción de las jornadas laborales pudieron traducirse para las mujeres que se encontraron en esa condición en una pérdida de ingreso, dificultando con ello la demanda de servicios de salud que conllevan costos indirectos y tal vez también alguno de tipo directo. Por contrapartida, las mujeres pudieron haber incrementado las horas de jornada laboral para compensar las destinadas a las actividades adicionales domésticas y de crianza generadas por la pandemia y las acciones de distanciamiento social y confinamiento (Canady, 2020; Kusin y Choo, 2021). Las medidas de confinamiento en las unidades domésticas incrementaron la violencia hacia las mujeres (Ghimire et al., 2020; Jung et al., 2020). Si bien ser víctima de violencia intrafamiliar puede aumentar la demanda de servicios de salud, (Makaroun et al., 2020; Sebert Kuhlmann et al., 2019), también puede asociarse con una reducción o pospuesta de ésta (Daoud et al., 2020; Lövestad et al., 2021; Mohammed et al., 2017; Yaya et al., 2019), particularmente los de salud reproductiva (Bergmann y Stockman, 2015; Leight y Wilson, 2021; Ononokpono y Azfredrick, 2014).

Metodología

Este trabajo analiza información sobre casos nuevos diagnosticados de cáncer de seno femenino, cáncer cervicouterino, displasia leve o moderada y displasia severa o carcinoma *in situ* proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Estos casos, manifiestan la demanda de servicios de salud expresada y su compilación permite la estimación de la incidencia de las patologías incluidas en este sistema.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica es el mecanismo instituido por el Estado mexicano para allegarse la información estadística considerada de mayor relevancia para la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública. Si bien el SINAVE tiene una cobertura amplia, ésta no es universal. Lo anterior es efecto, no únicamente de la segmentación del sistema de salud, sino también del subregistro de casos, especialmente aquellos diagnosticados en los servicios privados. En la actualidad, el SINAVE agrupa la información reportada desde 20,005 unidades médicas distribuidas en todo el territorio nacional. Los datos estadísticos son organizados e integrados para conformar el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). El SUIVE reúne

información estadística acerca de 114 patologías señaladas como de relevancia para el conocimiento y monitoreo de las condiciones de salud de la población mexicana. Los datos compilados se refieren tanto a daños a la salud, como a pruebas de tamizaje y de laboratorio para fines diagnósticos y son reportados por entidad federativa y para períodos anuales y cada semana del año. A esta última aproximación se le conoce como semanas epidemiológicas. La publicación de los datos del SUIVE permite conocer, en su caso, la estacionalidad de las patologías recopiladas, pero también distinguir cambios en los patrones de ocurrencia de los casos.

Una vez que la información del SUIVE ha sido reunida, se elabora el Anuario de Morbilidad, el cual publica los casos nuevos por grupo de edad, mes e institución de salud utilizada. Al momento de elaborar este trabajo, se encuentran disponibles los datos del SUIVE hasta 2021 y para el Anuario de Morbilidad hasta 2020, de ahí que se describan las trayectorias de casos diagnosticados para cada una de las cuatro patologías de interés para el periodo 2018-2021 empleando los datos sobre semanas epidemiológicas (SINAVE, 2022) y las incidencias por grupo de edad y mes para el periodo 2018-2020 (Secretaría de Salud, 2022).

Para la estimación de las tasas de incidencia por grupo de edad y mes de diagnóstico de las cuatro patologías examinadas, se utilizaron las proyecciones de población elaboradas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2018).

Dado el objetivo de este análisis de identificar la posible modificación de los patrones de demanda de servicios de salud como consecuencia de la pandemia, el periodo de estudio es 2018-2021. Los años 2018 y 2019 sirven como base para distinguir los patrones de estacionalidad e intensidad de diagnóstico de los casos, mientras que 2020 y 2021 muestran las transformaciones ocurridas durante el transcurso de la pandemia en sus primeros 22 meses de ocurrencia.

Todas las patologías reportadas por el SUIVE son catalogadas siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Para el periodo 2018-2021 el SUIVE emplea la décima revisión de la CIE (ICD, 2022). Los códigos de la CIE correspondientes a las patologías de interés son: C50 para tumores malignos de seno, C53 para tumores malignos de cuello del útero, N87.0 a N87.1 para displasias cervicales leve y moderada y N87.2 y D06 para displasias cervicales severas y cáncer cervicouterino *in situ*.

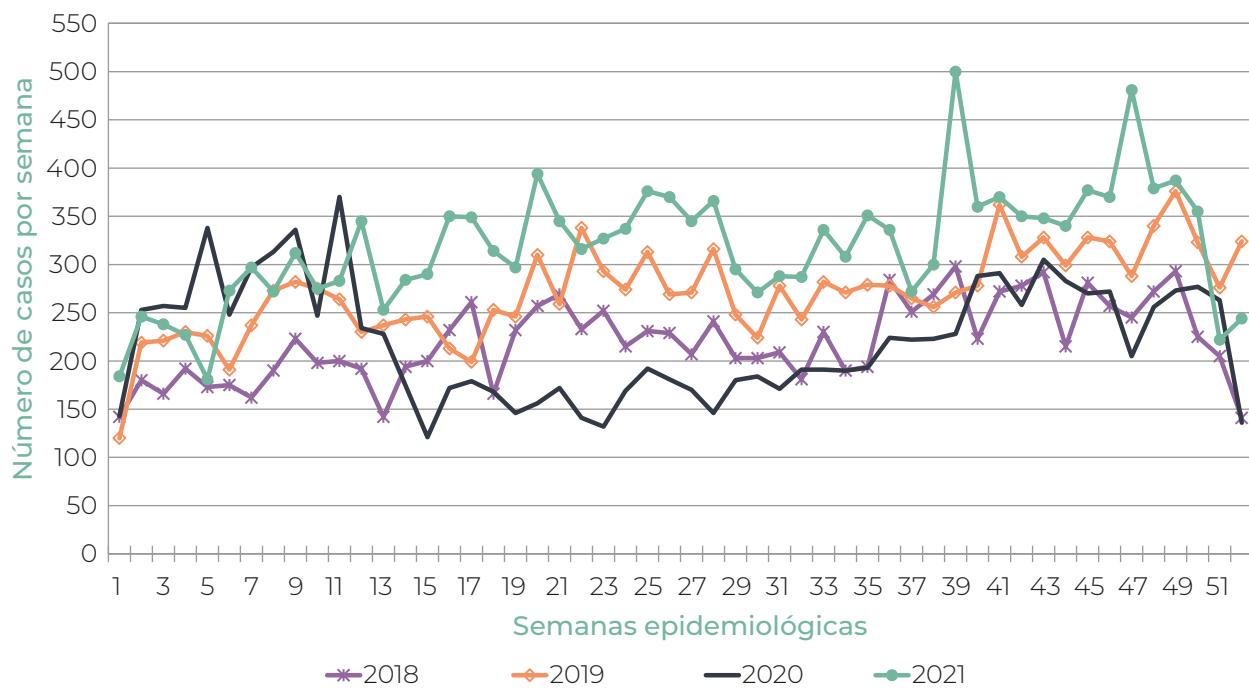
La población estudiada comprende mujeres de 15 años o más. Más del 50% de las mujeres que demandaron servicios de atención por displasias leve, moderada, severa o carcinoma *in situ* tenían entre 25 y 44 años. Este mismo grupo de edad es el que mayoritariamente demandó servicios debido a cáncer cervicouterino (más del 35%), mientras que para cáncer de seno el 25% de las mujeres tenían entre 50 y 59 años.

Resultados

La gráfica 1 muestra el número de casos semanales de cáncer de seno femenino para los años 2018 a 2021. Como ha sido señalado, el número de casos diagnosticados responde a la demanda que la propia población expresa al acudir a los servicios de salud, no estando afectada por tamizajes específicos u otras acciones de salud pública. Coincidente con la expansión de la pandemia de SARS-CoV-2 en México, los casos de tumores malignos de seno registran una reducción a partir de la doceava semana de 2020, manteniéndose por debajo de lo reportado en 2018 y 2019 hasta la semana 30, y describiendo un patrón cercano a lo esperado, a partir de este punto, para el resto del año. Para 2021, el patrón muestra un aumento en el número de casos de tumores malignos de seno para la población femenina a partir de la semana epidemiológica 12, mismo que se sostiene hasta la semana epidemiológica 48. Estos datos apuntan a que el retraso en el diagnóstico causado por la pandemia en 2020 se ha visto compensado por un aumento en los diagnósticos en el año 2021, con lo que el efecto del atraso en demandar o recibir atención y establecer el diagnóstico de cáncer de seno en 2020, posiblemente ha sido mitigado para algún segmento de la población que padece esta patología.

Gráfica 1.

Casos de tumores malignos de seno (CIE C50) según semana epidemiológica, México, 2018-2021



Fuente: elaboración propia a partir del Sistema Único de Información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

El cuadro 1 presenta las tasas de incidencia estimadas por grupo de edad para los tumores de seno femeninos para los años 2018-2020. Los datos indican que las mujeres mayormente afectadas por una reducción en la identificación de casos de cáncer de seno fueron las de 45 años de edad o más. La estimación de las tasas de incidencia de acuerdo al mes de diagnóstico indica que los meses

de mayor reducción en la identificación de casos nuevos de cáncer de seno en mujeres fueron abril a agosto y octubre y noviembre (cuadro 2). Los datos muestran, además, que desde enero y hasta marzo de 2020 la incidencia mensual superaba lo observado para estos meses en 2018 y 2019.

Cuadro 1.

Tasas de incidencia de cáncer de seno femenino (CIE C50), de cáncer cervicouterino (CIE C53), de displasia leve o moderada (CIE N87.0-N87.1) o displasia severa o carcinoma *in situ* (CIE N87.2 D06) (por 1 millón), total y por grupo de edad, México, 2018-2020

Grupo de edad	Cáncer de seno femenino (CIE C50)			Cáncer cervicouterino (CIE C53)			Displasia leve o moderada (CIE N87.0-N87.1)			Displasia severa o carcinoma <i>in situ</i> (CIE N87.2 D06)		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Total	28,2	31,4	25,6	7,0	7,2	4,9	75,1	80,6	36,4	9,5	11,1	5,3
15-19	0,9	0,9	0,5	0,3	0,3	0,2	21,8	23,3	11,4	1,1	1,4	0,6
20-24	2,0	1,9	1,6	1,2	1,0	1,0	77,6	87,6	37,6	5,1	6,9	3,0
25-44	13,8	16,1	13,6	6,4	6,8	4,5	106,7	115,9	51,1	13,2	15,0	7,0
45-49	51,9	55,4	45,0	11,2	11,2	8,6	106,1	107,3	53,4	12,8	15,0	7,4
50-59	58,8	61,1	50,0	10,5	12,1	7,7	63,7	67,1	32,3	10,9	11,7	6,2
60-64	84,4	104,5	78,1	14,2	14,5	8,5	44,8	46,2	22,0	9,9	11,7	5,8
65+	57,9	61,8	49,2	11,4	9,5	7,0	11,2	12,5	5,2	4,9	7,0	2,8

Fuente: estimaciones propias a partir de Anuario de morbilidad 2018, 2019 y 2020 de la Secretaría de Salud y proyecciones de población del Consejo Nacional de Población.

Cuadro 2.

Tasas de incidencia de cáncer de seno femenino (CIE C50), de cáncer cervicouterino (CIE C53), de displasia leve o moderada (CIE N87.0-N87.1) o displasia severa o carcinoma *in situ* (CIE N87.2 D06) (por 1 millón), según mes de diagnóstico, México, 2018-2020

Mes	Cáncer de seno femenino (CIE C50)			Cáncer cervicouterino (CIE C53)			Displasia leve o moderada (CIE N87.0-N87.1)			Displasia severa o carcinoma <i>in situ</i> (CIE N87.2 D06)		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Enero	22,1	24,8	28,6	5,1	5,6	4,9	53,4	51,6	50,8	6,1	6,3	6,5
Febrero	19,3	23,0	26,6	4,3	6,4	5,6	51,6	56,5	53,4	7,8	8,0	6,7
Marzo	18,6	23,6	23,8	4,6	5,6	4,2	56,1	60,4	46,7	6,9	8,3	6,8
Abril	22,2	21,7	18,0	5,1	6,6	3,9	63,8	61,8	27,3	8,0	8,1	4,5
Mayo	29,2	30,5	13,9	6,6	7,7	3,0	77,6	82,5	13,9	9,3	10,8	2,4
Junio	22,8	25,0	15,5	5,7	5,4	2,7	67,2	68,9	14,0	7,7	11,3	2,0
Julio	22,0	31,3	18,7	5,9	7,4	4,0	61,0	85,4	21,4	6,6	13,1	3,5
Agosto	25,8	23,6	16,1	7,1	5,7	3,8	73,3	67,7	18,0	8,5	9,3	3,4
Septiembre	25,7	23,6	25,6	5,4	4,6	5,0	66,4	67,8	31,6	8,9	8,4	4,8
Octubre	28,8	35,1	24,4	8,5	6,3	3,8	79,7	84,1	28,4	11,0	11,3	3,9
Noviembre	24,3	27,0	21,5	6,5	5,4	3,9	56,2	68,7	30,4	8,8	10,0	4,0
Diciembre	20,3	24,7	23,4	4,5	5,3	4,0	43,6	49,7	28,0	5,5	6,2	4,1

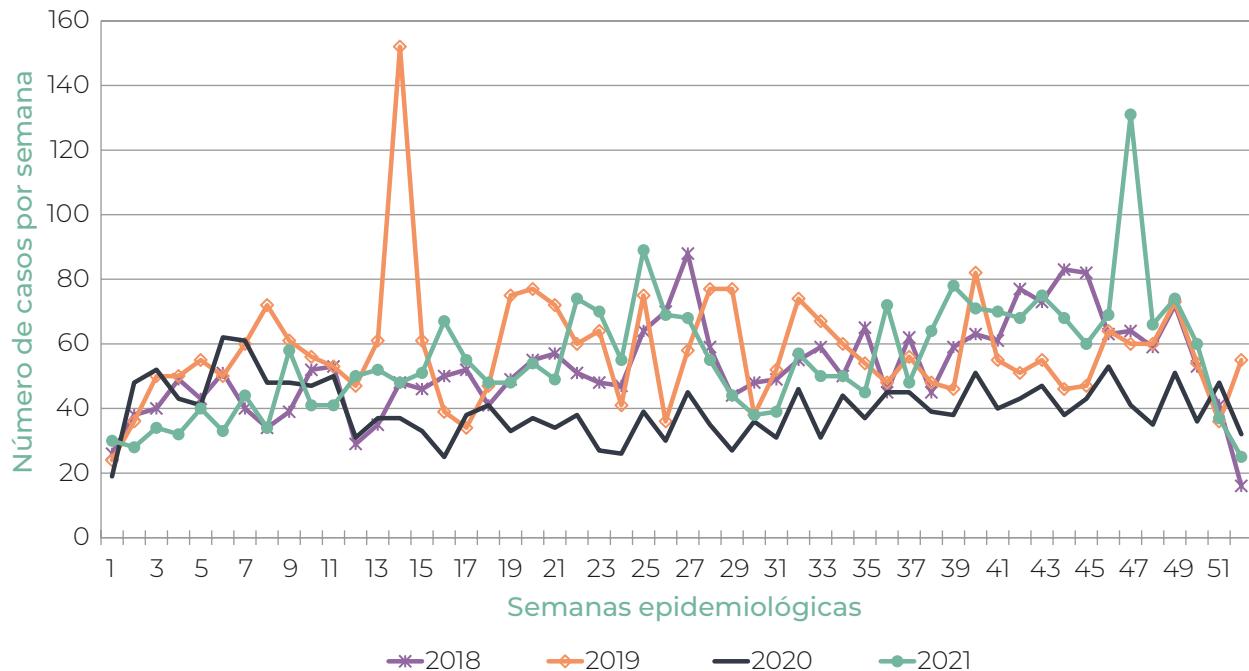
Fuente: estimaciones propias a partir de Anuario de morbilidad 2018, 2019 y 2020 de la Secretaría de Salud y proyecciones de población del Consejo Nacional de Población.

La gráfica 2 muestra la información correspondiente al número de casos semanales de tumores malignos del cuello del útero para los años 2018 a 2021. Los datos para el año 2020, indican que, a partir de la semana epidemiológica 14, hubo una reducción del número de casos de tumores malignos del cuello del útero, comparado con lo observado en 2018 y 2019. Esta disminución se sostuvo hasta la semana 50. El que en 2021 el número de diagnósticos de esta patología

exceda en varios puntos del año los niveles identificados en 2018 y 2019 apunta a un resarcimiento en el rezago en su diagnóstico.

Gráfica 2.

Casos de tumores malignos del cuello del útero (CIE C53) según semana epidemiológica
México, 2018-2021



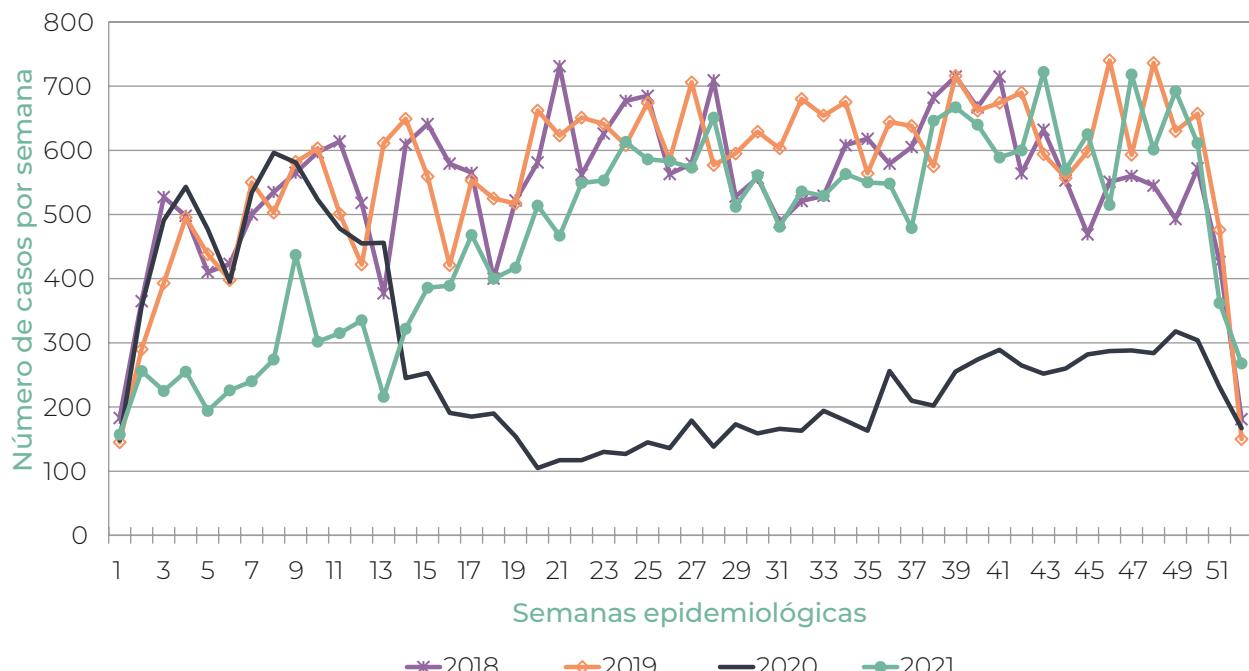
Fuente: elaboración propia a partir del Sistema Único de Información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La incidencia de casos de cáncer del cuello del útero de acuerdo con el grupo de edad (cuadro 1), indica que en 2020 las tasas se redujeron de manera sostenida respecto a lo observado 2018 y 2019 para las mujeres de 25 años de edad o más y que esta disminución fue más ostensible para las mujeres de 60 a 64 años. Respecto a las tasas de incidencia mensuales, las estimaciones indican una disminución en la identificación de casos de cáncer cervicouterino desde marzo y hasta diciembre de 2020, exceptuando septiembre, mes en el cual la incidencia es similar a la observada en 2019 (cuadro 2).

En contraste con los resultados para los casos semanales de cánceres de seno o de cuello del útero, los datos sobre displasias leve y moderada indican una reducción sustancial, a partir de la semana 14 y hasta la semana 51, en el número de casos identificados en 2020 respecto a los patrones descritos por la información en 2018 y 2019 (gráfica 3). Si bien el número de casos de displasias leve y moderada reportados en 2021 se aproxima a los reportados para 2018 y 2019 a partir de la semana epidemiológica 16, sosteniéndose así hasta el final del año, los datos no muestran que las oportunidades perdidas en 2020 hayan sido compensadas con un aumento en el número de diagnósticos en 2021. Aun cuando la información no permita probarlo, la coincidencia temporal conduce a plantear el debilitamiento del diagnóstico de casos de displasia leve y moderada en el país como uno de los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la población femenina mexicana.

Gráfica 3.

Casos de displasia cervical leve y moderada (CIE N87.0-N87.1), según semana epidemiológica, México, 2018-2021



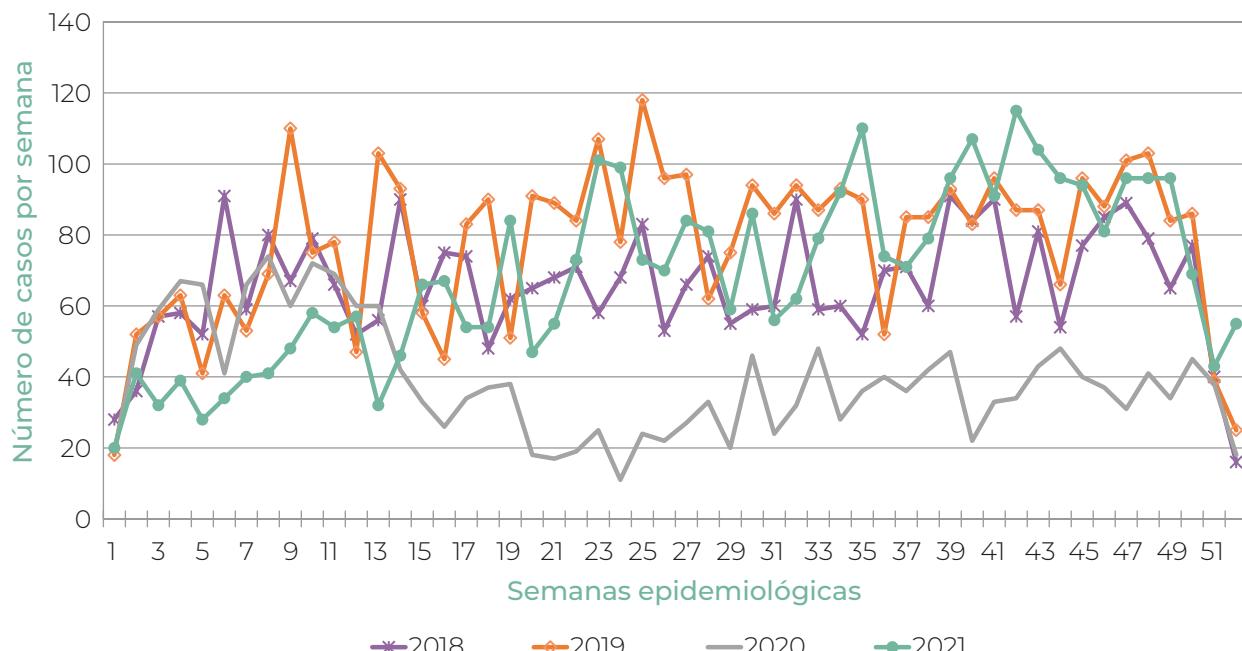
Fuente: elaboración propia a partir del Sistema Único de Información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Las tasas de incidencia de displasia leve o moderada por grupo de edad (cuadro 1) indican una reducción en 2020 respecto a 2018 y 2019 en todos los grupos de edad. La consistencia de los patrones de incidencia de 2018 y 2019 subraya el efecto que la pandemia de COVID-19 pudo tener en la detección de este tipo de problema de salud y la severidad del mismo. A su vez, las tasas de incidencia mensuales señalan que el periodo más álgido de la pandemia en 2020, mayo y junio, coincide con las mayores reducciones en la detección de casos de displasia leve o moderada y que la disminución respecto a 2018 y 2019 es muy amplia (cuadro 2).

Respecto a la displasia cervical severa y cáncer cervicouterino *in situ*, los datos muestran una disminución, con relación a 2018 y 2019, en el número de casos de estas patologías desde la semana epidemiológica 14. Este efecto se sostiene hasta la semana 51 (gráfica 4). Al igual que con las displasias leve y moderada, el patrón de 2021 indica que a partir de la semana epidemiológica 15 de dicho año, la intensidad de identificación de este tipo de patologías es semejante a la observada en 2018 y 2019 e inclusive, para algunas semanas, un poco mayor. La preocupación es nuevamente las oportunidades que no tuvieron lugar en 2020 para identificar los casos de displasia cervical severa y cáncer *in situ*, y lo que ello puede conllevar para la salud y sobrevivencia de las mujeres que la padecieron o han estado padeciéndola, desde entonces.

Gráfica 4.

Casos de displasia cervical severa y cáncer cervicouterino *in situ* (CIE N87.2, D06), según semana epidemiológica, México, 2018-2021



Fuente: elaboración propia a partir del Sistema Único de Información del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Al igual que en el caso de la displasia leve o moderada, las tasas de incidencia de la displasia severa o carcinoma *in situ* muestran que en 2020 se registró un descenso en la intensidad de identificación de nuevos casos de estas patologías (cuadro 1) en comparación con 2018 y 2019 y que, si bien esta contracción afectó a las mujeres de todas las edades, la magnitud fue mayor para las de 25 a 49 años de edad. Las estimaciones de incidencia mensual para la displasia severa o carcinoma *in situ* indican, para 2020, un descenso en la identificación de casos que inició en abril y se sostuvo hasta diciembre, siendo mayo y junio los meses con los niveles de incidencia más bajos y una estabilización de octubre a diciembre (cuadro 2).

Conclusiones e implicaciones

La información analizada permite apuntar uno de los efectos indirectos de la pandemia de COVID-19 sobre las condiciones de salud de las mujeres. Si bien estos datos son insuficientes por sí mismos para adscribir a la pandemia de SARS-CoV-2 el retraso en la utilización de servicios o la ausencia de atención médica para las patologías examinadas, las discrepancias con los años 2018 y 2019 que sirven de base, al igual que la diferencias entre 2020 y 2021 y la coincidencia de las semanas de modificación de las trayectorias de registro de los casos con el arraigo y expansión de la pandemia en el país sugieren la asociación entre ambos fenómenos.

La recuperación de la dinámica de identificación de casos de cáncer de seno y, en menor medida de cánceres del cuello del útero, no deben obviar que es necesario diseñar acciones específicas para resarcir las afectaciones que en estas áreas de la salud de las mujeres pueda dejar la pandemia de SARS-CoV-2. En el caso del cáncer de seno, el país contaba desde hace varias décadas con las acciones llevadas a cabo por organizaciones de la sociedad civil sobre educación para la salud y detección temprana. Sin embargo, en febrero de 2019, el gobierno federal suspendió todo financiamiento a las organizaciones de la sociedad civil (Gobierno de la República, 2022), lo que ha afectado la cobertura de las intervenciones que éstas realizan en diversos temas de salud femenina, incluyendo cáncer de seno. La información internacional indica que la mortalidad por cáncer de seno reportada para México es menor que la observada en países de ingresos altos. En 2019, las tasas estandarizadas por edad para el total de la población femenina mostraban, para México, una tasa de 11.2 defunciones debidas a cáncer de seno por cada 100,000 mujeres, mientras para los Países Bajos y Francia ésta es de 19 y 19.6, respectivamente (WHO, 2022c). No obstante, la tendencia en años recientes en México ha sido hacia un aumento sistemático de la mortalidad por cáncer de seno. Por ejemplo, entre 1998 y 2014 la tasa de mortalidad por cáncer de seno por 100,000 mujeres de 25 años o más aumentó de 14.8 a 17.8 (Cárdenas, 2017). En contraste, la mortalidad debida a cáncer del cuello del útero disminuyó durante el mismo periodo al pasar de 22.7 defunciones por cada 100,000 mujeres de 25 años o más a 15 (Cárdenas, 2017), sin embargo, la experiencia de las mujeres mexicanas continúa siendo mayor que la observada en países de la región y mucho mayor que la registrada para países de ingreso alto. En 2019, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino estandarizada por edad estimada por la Organización Mundial de la Salud para México era de 7.3 defunciones por cada 100,000 mujeres, cifra mayor que la reconocida para Chile (5.9) o Costa Rica (5.3) y que las reportadas para España (1.9), Japón (2.7) o Países Bajos (1.8) (WHO, 2022c). Frente a este panorama, los hallazgos observados para las displasias, especialmente para la severa y el cáncer cervicouterino *in situ* son especialmente preocupantes pues reflejan un impacto adicional no previsto de la pandemia de COVID-19 cuyo efecto, en caso de no implementar acciones correctivas eficientes, se verá reflejado en el mediano plazo. Si bien las displasias leves y moderadas tienden con frecuencia a autolimitarse o desaparecer, las severas pueden evolucionar con mayor facilidad a cánceres (Holowaty *et al.*, 1999). Las displasias requieren como parte de su atención un monitoreo que sólo puede establecerse cuando existen programas de cobertura, idealmente universal, en cuyo marco se realizan de manera periódica exámenes, entre otros, de Papanicolau y colposcopias (Nygård *et al.*, 2006; O'Meara, 2002). La incorporación de la vacunación contra virus del papiloma humano en el esquema gratuito (DOF, 2022) para la población infantil femenina de 9 años, puede hacer una diferencia en la frecuencia con la cual ocurren las displasias, sin olvidar que estas vacunas protegen contra los serotipos para las cuales están diseñadas (Campos *et al.*, 2016) y, por lo tanto, es necesario continuar exhortando a la población a reducir el número de parejas sexuales, evitar el inicio temprano de la actividad coital y usar de forma sistemática métodos anticonceptivos de barrera para reducir la posibilidad de

contagios de infecciones de transmisión sexual (Bosch *et al.*, 1992; Kjaer, 1998; Reeves *et al.*, 1987; Sikström *et al.*, 1996). Es importante subrayar que el diagnóstico temprano de las displasias y su tratamiento oportuno mejoran las posibilidades de curación y reducen la afectación a la calidad de vida de las mujeres que las padecen disminuyendo con ello el riesgo de desarrollar cáncer cervicouterino (Bedell *et al.*, 2020; Kessler, 2017; Sundström y Elfström, 2020). En un país como México, con una alta tasa de embarazo durante la adolescencia, las acciones de política pública orientadas a posponer el inicio de la vida coital tienen un efecto positivo sobre esta otra problemática social y, a la inversa, el registro de una fecundidad alta a edades tempranas advierte sobre la posibilidad de una mayor frecuencia de displasias.

Los resultados de este estudio muestran otras facetas de las implicaciones e impactos de la pandemia de COVID-19. Los temores de contagio percibidos por la población al acudir a unidades médicas, los cuales pudieran explicar haber reducido la utilización de servicios de salud, requiere acciones específicas de información, educación y comunicación. A estas acciones se sumará el impacto que tenga en la percepción de riesgo de contagio de la población la trayectoria que continúa describiendo la pandemia de COVID-19 en términos de número de casos y defunciones.

Un aspecto adicional a considerar en el caso de México respecto a los cambios en la utilización de los servicios de salud son las consecuencias de la no concreción aún del INSABI y su papel en el sistema público de salud. Las estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social muestran que entre 2018 y 2020 la carencia de acceso a los servicios de salud aumentó de 16.2% a 28.2% (CONEVAL, 2022b).

La vacunación contra COVID-19 ha hecho una diferencia en la dinámica de la pandemia. Sin embargo, las evidencias que muestran una reducción en la respuesta inmune unos meses después tanto de la vacunación como de haber padecido COVID-19 plantean desafíos adicionales para el control de esta pandemia (Dolgin, 2021; Willyard, 2022). Algunas de las características que ha tomado la dinámica de la pandemia en semanas recientes hace prever que, en ausencia de una mutación de mayor virulencia que las conocidas, COVID-19 podría iniciar el proceso de convertirse en una enfermedad endémica que, de manera similar a la influenza, requeriera vacunaciones periódicas, especialmente para los integrantes en mayores condiciones de vulnerabilidad en la población. Mientras tanto, reconocer que los impactos de la pandemia atraviesan una gama más amplia de experiencias en la vida de las personas es una forma de iniciar los trabajos de diseño, adaptación o ampliación de las políticas públicas orientadas a resarcir los efectos sociales de ésta, incluyendo los que se manifiestan en las dinámicas familiares como consecuencia del fallecimiento de uno o varios integrantes de los hogares. Los resultados de este estudio muestran la relevancia de contar con información estadística recolectada de manera sistemática y regular, susceptible de emplearse para medir el efecto de fenómenos como la pandemia de SARS-CoV-2, tanto a nivel nacional como por entidad federativa o regiones del país.

Las ramificaciones de la pandemia en términos de transformación de las condiciones materiales de vida, las consecuencias de las medidas para disminuir la expansión de ésta como el aislamiento social, el confinamiento, la interrupción de actividades económicas no esenciales, las restricciones al desplazamiento en el territorio, el desarrollo de las actividades de enseñanza en modalidades a distancia, el aumento de la violencia y adicciones, el impacto sobre la salud mental, el incremento de la viudez y la orfandad, así como las secuelas fisiológicas asociadas a haber padecido COVID-19 son todos aspectos que será necesario incorporar a fin de contar con una evaluación adecuada de su impacto en la sociedad. Análisis como el aquí presentado abonan a este tipo de estudios, al investigar un aspecto no directo del impacto del SARS-CoV-2 en la salud de las mujeres mexicanas.

Referencias bibliográficas

- Bedell, S. L., Goldstein, L. S., Goldstein, A. R., & Goldstein, A. T. (2020). Cervical Cancer Screening: Past, Present, and Future. *Sexual medicine reviews*, 8(1), 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.09.005>
- Bergmann, J. N., & Stockman, J. K. (2015). How does intimate partner violence affect condom and oral contraceptive Use in the United States?: A systematic review of the literature. *Contraception*, 91(6), 438–455. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.02.009>
- Bersano, A., Kraemer, M., Touzé, E., Weber, R., Alamowitch, S., Sibon, I., & Pantoni, L. (2020). Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries. *European journal of neurology*, 27(9), 1794–1800. <https://doi.org/10.1111/ene.14375>
- Bosch, F. X., Muñoz, N., de Sanjosé, S., Izarzugaza, I., Gili, M., Viladiu, P., Tormo, M. J., Moreo, P., Ascunce, N., & Gonzalez, L. C. (1992). Risk factors for cervical cancer in Colombia and Spain. *International journal of cancer*, 52(5), 750–758. <https://doi.org/10.1002/ijc.2910520514>
- Campos, N. G., Sharma, M., Clark, A., Kim, J. J., & Resch, S. C. (2016). Resources Required for Cervical Cancer Prevention in Low- and Middle-Income Countries. *PloS one*, 11(10), e0164000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164000>
- Canady, V. A. (2020). APA stress report amid COVID-19 points to parental challenges. *Ment. Heal. Wkly.* 30, 3–4. doi: 10.1002/mhw.32385
- Cárdenas, R. (2017). Dos décadas después: evolución y condiciones de la atención a la salud reproductiva en México. En: *La situación demográfica de México 2016*. Consejo Nacional de Población, Secretaría de Gobernación, p.p. 33-56. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232087/02_Cardenas.pdf
- Cárdenas, R. (2021). Una miríada de factores y un desenlace funesto: la mortalidad por COVID-19 en México. *Coyuntura Demográfica*, 19:17-25. Disponible en <http://coyunturademografica.somede.org/wp-content/uploads/2021/04/C%C3%A1rdenes_CD19.pdf>
- Clark, S., McGrane, A., Boyle, N., Joksimovic, N., Burke, L., Rock, N., et al. (2020). ‘You’re a Teacher You’re a Mother, You’re a Worker’: Gender Inequality during Covid-19 in Ireland, *Gend. Work Organ.* 28 (S1), 1–11. doi:10.1111/gwao.12611

- CONAPO. (2018). *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050*. Consejo Nacional de Población. Disponible en <<https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>> [consultado 30 julio 2020].
- CONEVAL. (2022a). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la Pobreza. Anexo Estadístico de Pobreza en México. Cuadro 5. Disponible en <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2018.aspx> [consultado 7 febrero 2022].
- CONEVAL. (2022a). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición de la Pobreza. Anexo Estadístico de Pobreza en México. Cuadro 5. Disponible en <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2020.aspx> [consultado 15 febrero 2022].
- Daoud N, Kraun L, Sergienko R, Batat N, Shoham-Vardi I, et al. (2020) Patterns of healthcare services utilization associated with intimate partner violence (IPV): Effects of IPV screening and receiving information on support services in a cohort of perinatal women. *PLOS ONE* 15(1): e0228088. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228088>
- Dias, F. A., Chance, J., & Buchanan, A. (2020). The motherhood penalty and The fatherhood premium in employment during covid-19: evidence from The united states. *Research in social stratification and mobility*, 69, 100542. <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2020.100542>
- DOF. (2003). Diario Oficial de la Federación. 15 de mayo de 2003. Decreto por el que se reforma y adicional la Ley General de Salud. Disponible en <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003> [consultado 7 febrero 2022].
- DOF. (2012). Diario Oficial de la Federación. 28 de septiembre de 2012. NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. Disponible en <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012> [consulta abril 28 2022].
- DOF. (2019). Diario Oficial de la Federación. 29 de noviembre de 2019. DECRETO por el que se reforman, adicional y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. Disponible en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5580430&fecha=29/11/2019> [consultado 7 febrero 2022].
- DOF. (2020). Diario Oficial de la Federación. ACUERDO por el que se establecen las medidas preventivas que se deberán implementar para la mitigación y control de los riesgos para la salud que implica la enfermedad por el virus SARS-CoV2 (COVID-19). Disponible en <https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590339&fecha=24/03/2020&print=true> [consultado 10 febrero 2022].
- Dolgin E. (2021). COVID vaccine immunity is waning - how much does that matter? *Nature*, 597(7878), 606–607. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-02532-4>
- Fisher, A.N., Ryan, M.K. (2021). Gender inequalities during COVID-19. *Group Processes & Intergroup Relations*, Vol. 24(2) 237–245. DOI: 10.1177/1368430220984248
- García-Reyna, B., Castillo-García, G. D., Barbosa-Camacho, F. J., Cervantes-Cardona, G. A., Cervantes-Pérez, E., Torres-Mendoza, B. M., Fuentes-Orozco, C., Pintor-Belmontes, K. J., Guzmán-Ramírez, B. G., Hernández-Bernal, A., González-Ojeda, A., & Cervantes-Guevara, G. (2020). Fear of COVID-19 Scale for Hospital Staff in Regional Hospitals in Mexico: a Brief Report. *International journal of mental health and addiction*, 1–12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00413-x>

Ghimire, C., Acharya, S., Shrestha, C., Kc, P., Singh, S., & Sharma, P. (2020). Interpersonal Violence during the COVID-19 Lockdown Period in Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA; journal of the Nepal Medical Association*, 58(230), 751–757. <https://doi.org/10.31729/jnma.5499>

Ginsburg, O., Yip, C. H., Brooks, A., Cabanes, A., Caleffi, M., Dunstan Yataco, J. A., Gyawali, B., McCormack, V., McLaughlin de Anderson, M., Mehrotra, R., Mohar, A., Murillo, R., Pace, L. E., Paskett, E. D., Romanoff, A., Rositch, A. F., Scheel, J. R., Schneidman, M., Unger-Saldaña, K., Vanderpuye, V., ... Anderson, B. O. (2020). Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. *Cancer*, 126 Suppl 10(Suppl 10), 2379–2393. <https://doi.org/10.1002/cncr.32887>

Gobierno de la República. (2022). Circular Uno del Gobierno Federal, 14 de febrero de 2019. Disponible en <https://reunionnacional.tecnm.mx/RND_2019/sa/CIRCULAR%20UNO.pdf> [consulta 4 de mayo de 2022].

Holloway, P., Miller, A. B., Rohan, T., & To, T. (1999). Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *Journal of the National Cancer Institute*, 91(3), 252–258. <https://doi.org/10.1093/jnci/91.3.252>

ICD. (2020). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. World Health Organization. Disponible en <<https://icd.who.int/browse10/2019/en>> [consulta enero 18 de 2022]

Immordino, G., Jappelli, T., Oliviero, T., & Zazzaro, A. (2022). Fear of COVID-19 contagion and consumption: Evidence from a survey of Italian households. *Health economics*, 31(3), 496–507. <https://doi.org/10.1002/hec.4464>

Johns Hopkins. (2022). Johns Hopkins University. Coronavirus Resource Center. Disponible en: <<https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>> [consultado 7 febrero 2022].

Jung, S., Kneer, J., & Krüger, T. (2020). Mental Health, Sense of Coherence, and Interpersonal Violence during the COVID-19 Pandemic Lockdown in Germany. *Journal of clinical medicine*, 9(11), 3708. <https://doi.org/10.3390/jcm9113708>

Kessler T. A. (2017). Cervical Cancer: Prevention and Early Detection. *Seminars in oncology nursing*, 33(2), 172–183. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.02.005>

Kjaer S. K. (1998). Risk factors for cervical neoplasia in Denmark. *APMIS. Supplementum*, 80, 1–41.

Kotiso, M., Qirbi, N., Al-Shabi, K., Vuolo, E., Al-Waleedi, A., Naiene, J., Senga, M., Khalil, M., Basaleem, H., & Alhidary, A. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on the utilisation of health services at public hospitals in Yemen: a retrospective comparative study. *BMJ open*, 12(1), e047868. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047868>

Kusin, S., & Choo, E. (2021). Parenting in the time of COVID-19. *Lancet (London, England)*, 397(10269), 86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32755-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32755-0)

Leight, J., & Wilson, N. (2021). Intimate partner violence and maternal health services utilization: evidence from 36 National Household Surveys. *BMC public health*, 21(1), 405. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10447-y>

Lövestad, S., Vaez, M., Löve, J., Hensing, G., & Krantz, G. (2021). Intimate partner violence, associations with perceived need for help and health care utilization: a population-based sample of women in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 49(3), 268–276. <https://doi.org/10.1177/1403494820930952>

Luciani, S., Bruni, L., Agurto, I., & Ruiz-Matus, C. (2018). HPV vaccine implementation and monitoring in Latin America. Implementación y monitoreo de la vacuna contra el VPH en América Latina. *Salud publica de Mexico*, 60(6), 683–692. <https://doi.org/10.21149/9090>

- Lugli, G., Ottaviani, M. M., Botta, A., Ascione, G., Bruschi, A., Cagnazzo, F., Zammarchi, L., Romagnani, P., & Portaluri, T. (2022). The Impact of the SARS-CoV-2 Pandemic on Healthcare Provision in Italy to non-COVID Patients: a Systematic Review. *Mediterranean journal of hematology and infectious diseases*, 14(1), e2022012. <https://doi.org/10.4084/mjhid.2022.012>
- Makaroun, L. K., Brignone, E., Rosland, A. M., & Dichter, M. E. (2020). Association of Health Conditions and Health Service Utilization with Intimate Partner Violence Identified via Routine Screening Among Middle-Aged and Older Women. *JAMA network open*, 3(4), e203138. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3138>
- Mariani, L., Preti, M., Cristoforoni, P., Stigliano, C. M., & Perino, A. (2017). Overview of the benefits and potential issues of the nonavalent HPV vaccine. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 136(3), 258–265. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12075>
- Mohammed, B. H., Johnston, J. M., Harwell, J. I., Yi, H., Tsang, K. W., & Haidar, J. A. (2017). Intimate partner violence and utilization of maternal health care services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC health services research*, 17(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2121-7>
- Nagy, E., Infantino, M., Bizzaro, N., Andreeva, H., Bontkes, H. J., Bossuyt, X., Fabien, N., Fischer, K., Heijnen, I., Herold, M., Kozmar, A., Kuhi, L., López-Hoyos, M., Pullerits, R., Sousa, M., Tsirogianni, A., Damoiseaux, J., & European Autoimmunity Standardisation Initiative (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on autoimmune diagnostics in Europe: A lesson to be learned. *Autoimmunity reviews*, 20(12), 102985. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2021.102985>
- Nazari, N., Safitri, S., Usak, M., Arabmarkadeh, A., & Griffiths, M. D. (2021). Psychometric Validation of the Indonesian Version of the Fear of COVID-19 Scale: Personality Traits Predict the Fear of COVID-19. *International journal of mental health and addiction*, 1–17. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00593-0>
- Nygård, J. F., Nygård, M., Skare, G. B., & Thoresen, S. O. (2006). Pap smear screening in women under 30 in the Norwegian Coordinated Cervical Cancer Screening Program, with a comparison of immediate biopsy vs Pap smear triage of moderate dysplasia. *Acta cytologica*, 50(3), 295–302. <https://doi.org/10.1159/000325957>
- O'Meara A. T. (2002). Present standards for cervical cancer screening. *Current opinion in oncology*, 14(5), 505–511. <https://doi.org/10.1097/00001622-200209000-00006>
- Ononokpono, D. N., & Azfredrick, E. C. (2014). Intimate partner violence and the utilization of maternal health care services in Nigeria. *Health care for women international*, 35(7-9), 973–989. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.924939>
- Pimple, S. A., & Mishra, G. A. (2019). Global strategies for cervical cancer prevention and screening. *Minerva ginecologica*, 71(4), 313–320. <https://doi.org/10.23736/S0026-4784.19.04397-1>
- Pujolar, G., Oliver-Anglès, A., Vargas, I., & Vázquez, M. L. (2022). Changes in Access to Health Services during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1749. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031749>
- Reeves, W. C., Caussy, D., Brinton, L. A., Brenes, M. M., Montalvan, P., Gomez, B., de Britton, R. C., Morice, E., Gaitan, E., & de Lao, S. L. (1987). Case-control study of human papillomaviruses and cervical cancer in Latin America. *International journal of cancer*, 40(4), 450–454. <https://doi.org/10.1002/ijc.2910400403>
- Sebert Kuhlmann, A., Shato, T., Fu, Q., & Sierra, M. (2019). Intimate partner violence, pregnancy intention and contraceptive use in Honduras. *Contraception*, 100(2), 137–141. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.03.050>

Secretaría de Salud (2022). Anuario de Morbilidad 1984-2020. Disponible en <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_nacional.html> [consulta: marzo 15 de 2022].

Sikström, B., Hellberg, D., Nilsson, S., Brihmer, C., & Mårdh, P. A. (1996). Sexual risk behavior in women with cervical human papillomavirus infection. *Archives of sexual behavior*, 25(4), 361-372. <https://doi.org/10.1007/BF02437579>

SINAVE. (2022). Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Disponible en <<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica>> [consultado 25 enero 2022].

Singh, D. R., Sunuwar, D. R., Shah, S. K., Karki, K., Sah, L. K., Adhikari, B., & Sah, R. K. (2021). Impact of COVID-19 on health services utilization in Province-2 of Nepal: a qualitative study among community members and stakeholders. *BMC health services research*, 21(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06176-y>

Sundström, K., & Elfström, K. M. (2020). Advances in cervical cancer prevention: Efficacy, effectiveness, elimination?. *PLoS medicine*, 17(1), e1003035. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003035>

Wheaton, M. G., Prikhidko, A., & Messner, G. R. (2021). Is Fear of COVID-19 Contagious? The Effects of Emotion Contagion and Social Media Use on Anxiety in Response to the Coronavirus Pandemic. *Frontiers in psychology*, 11, 567379. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.567379>

WHO. (2022a). World Health Organization. Breast cancer. March 26, 2021. Disponible en <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer#:~:text=In%202020%2C%20there%20were%202.3,the%20world's%20most%20prevalent%20cancer>> [consultado 7 febrero de 2022].

WHO. (2022b). World Health Organization. Cervical cancer. Disponible en <https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1> [consultada 7 febrero de 2022].

WHO. (2022c). World Health Organization. Global health estimates: Leading causes of death. Disponible en <<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>> [consultada 7 febrero de 2022].

WHO. (2022d). World Health Organization. Global Health data repository. Hospital bed density. Data by country. Disponible en <<https://apps.who.int/gho/data/view.main.HS07v>> [consultada 7 febrero de 2022].

WHO. (2022e). World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Disponible en <<https://covid19.who.int/info?openIndex=2>> [consultada febrero 7 2022].

Willyard C. (2022). What the Omicron wave is revealing about human immunity. *Nature*, 602(7895), 22–25. <https://doi.org/10.1038/d41586-022-00214-3>

World Bank. (2022a). Indicators. Nurses and midwives per 1,000 people. Disponible en <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=MX&view=chart>> [consultada 7 febrero 2022].

World Bank. (2022b). Indicators. Physicians per 1,000 people. Disponible en <<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=MX&view=chart>> [consultada 7 febrero 2022].

Yavorsky, J.E., Qian, Y., Sargent, A.C. (2021). The gendered pandemic: The implications of COVID-19 for work and family. *Sociology Compass*, 1–13, DOI: 10.1111/soc4.12881.

Yaya, S., Gunawardena, N., & Bishwajit, G. (2019). Association between intimate partner violence and utilization of facility delivery services in Nigeria: a propensity score matching analysis. *BMC public health*, 19(1), 1131. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7470-1>

Yildirim, T. M., and Eslen-Ziya, H. (2020). The Differential Impact of COVID-19 on the Work Conditions of Women and Men Academics during the Lockdown. *Gend. Work Organ.* 28 (S1), 691–697. doi:10.1111/gwao.12529

Zhang, Y. N., Chen, Y., Wang, Y., Li, F., Pender, M., Wang, N., Yan, F., Ying, X. H., Tang, S. L., & Fu, C. W. (2020). Reduction in healthcare services during the COVID-19 pandemic in China. *BMJ global health*, 5(11), e003421. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003421>

Garantía de los derechos fundamentales en mujeres esterilizadas en Bogotá

Jenny Amparo Lozano Beltrán¹

¹ Enfermera, Mg en estudios de género; Docente Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana.
lojenny@javeriana.edu.co
jeamlobe@hotmail.com

Los derechos de las mujeres, a lo largo de la historia, han sido objeto de disputa de organismos, instituciones y personas con poder, quienes, de manera lenta y reciente, han relevado la inequidad entre los géneros, especialmente al hablar de la apropiación de los cuerpos de las mujeres, los cuales han sido considerados desprovistos de decisiones. A partir de ello, los esfuerzos para garantizar condiciones en salud reproductiva favorables han estado provistos de grandes barreras para su atención, especialmente en aquellas, a quienes se les clasifica en condiciones de vulnerabilidad social, entendida esta como una “condición multidimensional, que se asocia a la pobreza, afectando aspectos de la vida social, material, ambiental, relacional” (Ruiz, 2011. P.70), entre otros.

Estos avances, se han dado mediante la celebración de las diferentes conferencias realizadas a nivel internacional, en las que se realizaron grandes avances frente al bienestar físico, mental y social que representa la salud reproductiva de las mujeres, constituyéndose como elemento fundamental para la vivencia satisfactoria de la sexualidad, mediante la toma de decisiones libres e informadas, especialmente en métodos de regulación de la fecundidad, uniendo sus esfuerzos para garantizar la seguridad y el uso correcto de estos, mediante la realización de asesorías a cargo de los servicios de salud, con el fin de anticipar y prevenir los riesgos que se puedan derivar de su uso. Parte de tales acuerdos internacionales se plasman en la conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Naciones Unidas, 1994), en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, entre otras, que plantean como prioridad la eliminación de barreras para el acceso a salud, la eliminación de la desigualdad entre hombres y mujeres por razones de etnia, raza, ubicación geográfica y vulnerabilidad económica, para alcanzar el estado de completo bienestar (Naciones Unidas, 1995).

Tales consideraciones, fueron apropiadas mediante el establecimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), propendiendo por la igualdad entre géneros y el empoderamiento de mujeres y niñas, para la exigibilidad de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos (CEPAL, 2016), los cuales se han adoptado a nivel político en Colombia mediante la Constitución Política, en la que se reconoce el pleno goce de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, basados en la libertad y la eliminación de discriminación, así como la garantía del libre desarrollo de la personalidad, el acceso a servicios de salud integrales de promoción, protección y recuperación de la salud, y, la realización de políticas que puedan garantizar el acceso a métodos de regulación de la fecundidad de manera informada y consentida (Corte Constitucional, 2015).

Por su parte, el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, considera la planificación familiar, fundamental, para empoderar a las mujeres; plantea prioritaria la planificación de los hijos y el espaciamiento de los mismos (UNFPA, 2018). Acciones afirmadas en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer -CEDAW- que prioriza por la eliminación de barreras en salud, por el aumento de las cifras de esterilización en mujeres, especialmente en aquellas consideradas vulnerables. Recomienda para su

obtención, mayor difusión de todos los métodos de regulación de la fecundidad modernos, con información y educación correcta, para la toma de decisiones informadas y autónomas (Asamblea General de Naciones Unidas, 1979).

De otro lado, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en el año 2002, realizó un análisis en Colombia sobre el alto número de abortos espontáneos y la mortalidad materna; arrojó datos preocupantes frente al alto número de mujeres que se esterilizaban en el país, relaciona como desencadenante, la ausencia de información y educación desde los servicios de salud, así como ciertas arbitrariedades que se encontraban; propone como prioridad la oferta de vasectomía, considerando la planificación una responsabilidad compartida, bajo principios de gratuidad, consentimiento y asesoría (ONU, 2002).

Estos principios, son establecidos en la Ley 1412 del año 2010, la cual designa ello como responsabilidad del sistema de salud antes de la realización del procedimiento, obligando a informar la naturaleza, riesgos, beneficios, efectos colaterales y otras alternativas de métodos de regulación de la fecundidad no invasivos, técnicas de realización de la intervención quirúrgica según el caso y entrega de incapacidad laboral en aquellas personas que opten por estas técnicas quirúrgicas. Además de lo enunciado, deben conocer la manera en que se realizará el procedimiento, mediante la firma del consentimiento informado como constancia de la comprensión de la información (Congreso de la República, 2010).

Con el fin de conocer la verdaderas razones que genera la alta demanda del método, el Estado Colombiano mediante el Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES- 161, desarrollo “Lineamientos para la política pública nacional de equidad de género para las mujeres” y el “Plan para garantizar a las mujeres una vida libre de violencias”, tal financiación económica, también se dirigía a problematizar la esterilización femenina, ya que su alta demanda denota una notoria desigualdad de género, puesto que delega la responsabilidad en el uso y el acceso a métodos a las mujeres, considera necesario para su abordaje conocer las verdaderas razones que generan este fenómeno (CONPES, 2013).

Para acercarnos a tal problemática, es importante reiterar la gran responsabilidad del personal de salud, quienes son garantes durante las asesorías en métodos de regulación de la fecundidad, especialmente en esterilización, de la toma de decisiones propias, autónomas e informadas, haciendo especial énfasis en la irreversibilidad del método como lo insta la OMS (Corte Constitucional de Colombia, 2016); materializándose el principio de autonomía, libertad y voluntariedad, mediante la firma del consentimiento informado, documento que ratifica la toma de decisión, con recepción de información suficiente y completa por parte del personal de salud de consulta externa y de quienes realizan el procedimiento, como lo insta la Sentencia C-405/2016, la cual, además de lo anterior, considera la esterilización masculina una forma de “fomentar la paternidad responsable” (Corte Constitucional de Colombia, 2016).

Sin embargo, a pesar de considerar la vasectomía una excelente opción, las altas cifras de esterilización femenina se mantienen en Colombia. Según la Encuesta

Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2015, evidencia que la esterilización femenina tiene el 34.9% de demanda, considerado el más usado por las mujeres, es relevante resaltar con preocupación el rango de edad de 13-49 años inmerso en el porcentaje, ya que incluye mujeres menores de edad a pesar de la prohibición realizada por la ley desde el año 2010. De igual manera, el 80% de mujeres que acceden al método son menores de 35 años, especialmente en vulnerabilidad, lo cual puede sugerir aumento del arrepentimiento al realizarse el procedimiento, este, fue uno de los puntos más relevantes en la encuesta, que demuestra vacío en la información suministrada por parte del personal de salud para acceder al procedimiento (Profamilia, 2016), lo cual, posiblemente, hubiese generado cambio en la elección por parte de la mujer y disminución del arrepentimiento al haberse practicado el procedimiento (UNFPA, 2012).

Tales recomendaciones, son ratificadas en la resolución 3280/2018, mediante la ruta de promoción y mantenimiento de la salud para la planificación familiar y la anticoncepción, la cual, responsabiliza al personal de salud, como encargado del cumplimiento de los criterios de elegibilidad, ya que, enfatiza en no generar disputa con las decisiones tomadas por la mujer, ya que ello constituye una vulneración (MSPS, 2018).

En correlación a lo reportado, Profamilia en su informe de gestión del año 2018, sugiere la realización de 41.315 cirugías durante el mismo año y 37.970 en el año 2017, cifra que en el histórico ha aumentado significativamente año tras año. Para ello, la Cámara de representantes en Colombia, en el año 2020 propuso una modificación en la ley 1412, en el artículo 5, con el fin de aumentar la realización de vasectomía y eliminar todas las barreras de acceso asociadas a asesorías en salud sexual y reproductiva, disminución de tiempos administrativos por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Para la realización de los procedimientos; plantea como prioridad resaltar durante las asesorías, las ventajas, beneficios, requisitos de acceso y efectos no deseados del procedimiento; propone para su obtención, la difusión por redes sociales u otros medios que permitan una mayor demanda en los servicios, con equidad entre géneros para reducir la responsabilidad de la reproducción asociada socialmente a las mujeres, promoviendo la corresponsabilidad (Congreso de la República, Cámara de Representantes, 2020).

A partir de las razones anteriores, este estudio se consideró prioritario y oportuno, frente a los vacíos de información presentados, por entidades como la UNFPA, Profamilia y la ONU, esta última pronunciándose en el año 2019, en contra de las violencias obstétricas a las cuales son sometidas las mujeres. Resalta que la esterilización forzada se concibe como una práctica común que lacera la toma de decisiones en las mujeres con vulnerabilidad social, con ausencia de consentimiento informado y por todas las razones anteriormente expuestas (ONU, 2019); las cuales, podrían dilucidar el por qué la esterilización femenina es el método más demandado en el país.

La información permitirá fortalecer el actuar desde la disciplina de enfermería durante la asesoría en planificación familiar, mediante la garantía de derechos

de las mujeres. Por tanto, a partir de una presunta toma de decisiones de manera autónoma, informada y cualificada (Corte Constitucional, 2016), y la reflexión realizada, se propuso indagar, ¿Cuáles son las circunstancias que inciden en la elección de la esterilización femenina como método de planificación por parte de mujeres residentes en Bogotá D.C., adultas, en vulnerabilidad social, cuando acuden a solicitar el servicio en Instituciones Prestadoras de Servicios de salud públicas o privadas de la ciudad?

Situación actual del conocimiento en el área de la investigación

Para la realización de la presente investigación, se tuvo como base, teóricos internacionales y uno nacional, ya que la esterilización femenina desde el marco de los derechos, no ha sido un tema ampliamente abordado en nuestro país, y la situación específica desde el marco social, difiere en gran parte del contexto latinoamericano y mundial por su particularidad, especialmente al enunciar la vulneración de los derechos de las mujeres. A partir de esto, las investigaciones relacionadas, son aproximaciones al fenómeno investigado.

Es importante destacar que la esterilización, se ha realizado mediante técnicas diversas, optando de manera más reciente mediante la realización de laparotomía, considerado un método innovador, pero al cual su acceso dependía de la paridad de la mujer, estimándose en la tenencia de tres hijos mínimo en mujeres de 21 a 30 años, estándar que hoy en día aún es exigido por algunos ginecólogos. Tal técnica ha sido la más usada por los pocos riesgos asociados, su efectividad y bajo costo (Pulido, 1975). Sin embargo, a pesar de los requisitos para el acceso, se destacan abusos desde el personal de salud para imponer el método en algunas mujeres; como lo indica Carmen Barroso (1984), no solamente con la realización de cesáreas para esterilizar, sino también teniendo como base determinantes sociales, la cultura patriarcal y políticas sociales para el control del crecimiento poblacional, especialmente en aquellas poblaciones no deseadas, situación que lacera la autonomía reproductiva de las mujeres. (Barroso, 1984).

Tal fenómeno de control poblacional fue abordado en el año 1999 por Lourdes Lugo, quien consideró la esterilización como un fenómeno de control poblacional, mediante el uso del cuerpo de las mujeres, relaciona estrategias estructurales en Puerto Rico, pese a la alta demanda para la realización del procedimiento en los servicios de salud. Planteó que el método es suministrado a las mujeres por el no uso de anticoncepción por los hombres, exponiendo una situación de poder que intervendría en el libre albedrío de las mujeres, afectando la natalidad, la situación económica y familiar (Lugo, 1999).

Estas figuras de poder, son citadas en el texto “Los derechos sexuales y reproductivos y su incidencia en la esterilización y procreación asistida”, en el que se destaca el avance de los derechos reproductivos, rememora la obligatoriedad del

consentimiento por parte de la pareja para acceder a la esterilización, así como requisitos médicos a realizar a la mujer para acceder al método. Actualmente, la esterilización se realiza por solicitud de la interesada o por recomendación médica; para ello debe recibir asesoría sobre los métodos de planificación familiar y elegir de manera libre la realización del procedimiento, dando fe de ello mediante firma del consentimiento informado (Turner, 2001). A partir de lo anterior, se puede deducir que las normas presentaban cierta laxitud frente a lo que era considerado recomendación médica, ya que podría interpretarse como imposición o barreras de acceso para otorgar los derechos de la mujer al personal de salud y por tanto al Estado.

Lo planteado es preocupante, ya que es el mismo Estado, el garante de los derechos reproductivos, para ello, Patricia Urbandt y María Carla Bostiancic, plantean en el estudio realizado, el paternalismo que se presenta en los servicios de salud para evitar nuevos embarazos, basados según la apreciación personal, en el número de embarazos a tener, según lo que cada cual considere paridad satisfecha. A razón de lo anterior, supone imperante la necesidad de una “formación humanística” en las aulas de formación, que deje de lado la imposición del saber experto, para evitar la esterilización forzada de las mujeres. De otro lado, Harold Morales, considera que se debe reconocer el rechazo para la realización del procedimiento por parte de algunas mujeres, especialmente en puérperas multíparas, con acceso a la educación, con capacidad económica, con deseo de tener más hijos o que culturalmente consideran pueden ser desvaloradas al realizarse el procedimiento, lo cual conlleva a desconocer su realización y a no asociar creencias frente a la efectividad o riesgos que podrían desencadenar su elección (Morales, 2019).

Y es que, la desigualdad económica es diciente al momento de tomar decisiones, en el estudio titulado “Cómo te ven te tratan”, se abordan tales desigualdades sociales en servicios públicos de salud reproductiva en México, sus autoras, analizan los efectos de la desigualdad social en la salud reproductiva de las mujeres, encontrando grandes brechas de género, de clase, generacionales, étnicas y de raza que conllevan a que el personal de salud, como figura de poder, centre sus esfuerzos en convencer a las mujeres de su responsabilidad para prevenir el embarazo, fomentando desigualdades de género al no aludir tal responsabilidad al hombre. El estudio sugiere que generalmente los métodos son impuestos por el personal de salud, especialmente en las salas de parto, donde se deslegitima de la decisión a la mujer y se vulnera su autonomía mediante la toma de decisiones basadas en prejuicios socioculturales, de lo que consideran, ella debe realizar (Sosa y Menkes, 2014).

Como base del estudio planteado, hacia el año 2017, se realizó un estudio de casos y controles, denominado “The Rise of Female Sterilization: A Closer Look at Colombia”, el cual realizó comparaciones entre la encuesta de la ENDS del año 2005 y 2010, mediante el uso de tendencias a lo largo del tiempo. Planteó la esterilización femenina como un método que aumentó su demanda en Colombia, especialmente en mujeres en edad reproductiva, con bajo nivel educativo, en pobreza y con barreras para el acceso a servicios de salud; consideró que es

un método involuntario, coercitivo e influenciado durante la atención, especialmente en el momento del parto, lugar donde se vulneran los derechos de las mujeres. Por las razones desconocidas, que lleva a las mujeres a demandar el método, el estudio considera importante revelar las experiencias de las mujeres durante la asesoría en planificación familiar, en la elección de la esterilización femenina y para la realización del procedimiento (Folch, Betstadt, Li y Whaley, 2017).

A partir de los estudios citados de la UNFPA (2012), desde la encuesta realizada por la ENDS, la Asamblea General de la ONU (2019) y con base en el estudio realizado en el año 2017, se evidencian los vacíos de conocimiento en Colombia especialmente frente a la garantía de derechos reproductivos y, frente a las circunstancias que llevan a las mujeres a elegir la esterilización femenina como método de regulación de la fecundidad. Esta investigación pretendió brindar información certera que permitiese reconocer las experiencias de las mujeres, sin embargo, se destaca que gran parte de lo obtenido en el estudio inicial, se relacionaba directamente con vulneración de derechos de las mujeres desde la asesoría en planificación familiar por parte de enfermería y ginecología, hasta la realización del procedimiento, para ello, se considera una base importante para proponer alternativas para una correcta atención del sector salud, derivadas de los resultados del estudio.

Objetivo de la investigación

Indagar las circunstancias que intervinieron en la elección de la esterilización femenina como método de planificación en mujeres en vulnerabilidad social de la ciudad de Bogotá.

Metodología propuesta

Estudio cualitativo, multicaso que permitió encontrar convergencias y divergencias, en entrevistas semiestructuradas realizadas a mujeres mayores de 18 años en contextos de vulnerabilidad social, que se hubiesen practicado la esterilización en los últimos 10 años. Para la muestra se identificaron casos referidos de otros profesionales de salud colegas, y se utilizó técnica bola de nieve para que un caso indujera a otro, se invitó a mujeres que hubiesen optado por la esterilización definitiva, quienes de manera libre y voluntaria decidieron participar, para ello, se explicó el consentimiento informado, para garantizar la confidencialidad de la información y el anonimato durante todo el proceso, se realizó grabación de voz para posterior transcripción de la información, se preguntó a cada entrevistada la manera en que quería ser llamada durante la entrevista y se asignó un código a cada participante, toda la información fue manejada

únicamente por la investigadora principal, acuerdos que se encontraban en el consentimiento informado.

El estudio implicó un riesgo mínimo, de carácter emocional, para el participante. Según la resolución 8430 de 1993 en su artículo 11, ya que, a pesar de ser un estudio de carácter retrospectivo mediante aplicación de entrevista, se pueden derivar emociones y sentimientos tanto positivos como negativos al relatar la experiencia, se presentó solamente un evento, desencadenado al recordar la esterilización involuntaria por parte de una participante, quien lloró comentando su experiencia, facilitándole apoyo psicológico. El estudio, contó con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana.

Según la metodología establecida para la realización del estudio, se contó con la participación de 12 mujeres residentes en la ciudad de Bogotá, al cumplir con la “saturación de datos” denominada por Strauss y Corbin (2002). Las entrevistas fueron realizadas de manera virtual, pese a la pandemia por COVID-19, con grabación de voz, para posterior análisis de datos por medio del software Nvivo.

Resultados

Se contó con la participación de mujeres entre los 20 a 49 años, teniendo una media de edad de 30 años; en su mayoría refirieron que, al momento de la cirugía, se encontraban entre los 21 a los 44 años, con una media de edad de 29 años, tenían dificultades económicas, y algunas dependían de sus parejas sentimentales. No obstante, cinco de las participantes eran mujeres solteras, cuatro casadas y tres en unión libre al momento de realizarse el procedimiento.

Otro dato relevante es la paridad de las mujeres en el momento de la esterilización, ocho de ellas refirieron tener dos hijos, una refirió tener al momento tres hijos, dos tenían al momento cuatro hijos y solo una de ellas era nulípara, sin historial obstétrico, considerado un aspecto contundente para la toma de decisión y la persuasión del personal al realizarse la esterilización. Se destaca tal información sociodemográfica, al considerarse importante para la presentación de resultados enfocados en la vulneración de derechos de las mujeres que accedieron a la esterilización.

A partir del tiempo en que se realizaron la intervención, siete de las participantes tuvieron intervención quirúrgica en el último año, dos mujeres en un lapso de 2 a 3 años antes y tres mujeres se realizaron la intervención 8 a 10 años antes de la realización de la entrevista.

Durante la realización de entrevistas semiestructuradas, se indagaron aspectos relevantes que sirvieron como categorías para el análisis de la información, distribuidas en experiencias frente a la planificación familiar, de la intervención quirúrgica para la esterilización, conocimientos en Derechos sexuales y derechos reproductivos, autonomía y toma de decisiones, trámites para la realización del

procedimiento y prácticas de autocuidado. Mediante la estructuración de tales categorías, se organizó la información de las entrevistas para analizarlas con el software NVIVO, compartido por parte del Departamento de Tecnología de la Pontificia Universidad Javeriana, para posterior interpretación de los resultados. Es de resaltar que tal software contaba con caducidad, por tanto, no fue posible la expedición de gráficos al respecto.

Experiencias sobre planificación familiar

De manera relevante 10 de las mujeres participantes refirieron que, al iniciar la utilización de métodos de regulación modernos, lo hicieron guiadas por consejos de amigas, familiares o al realizar la solicitud en la farmacia más cercana a su domicilio. Comentan que nunca fueron asesoradas desde los servicios de salud, destacando el uso desinformado y auto medicado de los métodos de regulación de la fecundidad por parte de las mujeres, sin tener en cuenta patologías de bases u otros, basándose específicamente en consejos o experiencias ajenas, conlleva a un aumento del riesgo, al ser utilizados sin tener en cuenta los criterios de elegibilidad recomendados por la OMS.

"Inicialmente como desde los 19 o 20 años, empecé utilizando inyección mensual pero no me sirvió para nada; realmente me brotó más, me engordó, realmente me dio más efectos secundarios, entonces me di cuenta que, como que no me servía, y en ese tiempo empecé. Gracias a ese método anticonceptivo, me di cuenta que tenía problemas en mis ovarios y pues empecé a realizar el tratamiento con un médico general. Ustedes saben que para que le den remisión con médico especialista hay que rogarles a todos los santos. Entonces di con un médico general y me cambiaron inmediatamente el método a píldoras... me mejoró el problema de la piel, porque yo duré como dos años con las inyecciones y me di cuenta que me subí un poco más de peso, que mi piel estaba terrible, por el problema de ovarios poliquísticos" (Andrea, 10 de junio de 2020).

Además de las consideraciones anteriores, es importante mencionar que tal ausencia de información en salud, conlleva a las mujeres a enfrentar riesgos tanto en su salud física como en la manera en que se va a prevenir el embarazo, asume la responsabilidad de no reproducción mediante la automedicación. Específicamente cito el caso de Leidys, quien para evitar el embarazo tomó pastillas de levonorgestrel (anticonceptivo de emergencia), cada dos a tres meses, lo cual sin duda alguna generó riesgos para su salud a corto, mediano y largo plazo, puesto que la recomendación de uso de tal método considerado de emergencia, se estima para una, máximo dos veces al año.

"Pues la verdad, nunca había planificado... cuando iba por urgencias no más, que tomaba unas pastas de cada 72 horas, del día después, las tomaba por ahí cada dos, tres meses" (Leidys, 18 de junio de 2020).

Vemos entonces que, a través de las 12 experiencias registradas, se presentaron algunos asociados a la garantía de derechos estipulada por parte del Estado desde el año 2010, no dando respuesta a las necesidades sentidas, de manera efectiva. Tal responsabilidad, no solamente debe recaer o ser delegada a las

mujeres, sino por el contrario, es necesario solventar barreras al interior de los servicios de salud para hacerlos accesibles y amigables, constituyéndose la asesoría en regulación de la fecundidad una prioridad.

En cuanto a la información recibida con respecto a la esterilización definitiva, algunas mujeres entrevistadas, refirieron que en el momento de la gestación o antes de la atención del parto se realizó la pregunta por parte del ginecólogo del método seleccionado para la planificación, pero que en algunos casos no les ofertaron otros métodos. Solo tres de las mujeres refirieron que en tal consulta se especificó cómo se realizaría el procedimiento de la esterilización y las implicaciones que tendría, pero en algunos casos al encontrarse bajo una situación de poder o por el desconocimiento accedieron al procedimiento sin conocer, ni preguntar cómo se realizaría tal intervención.

“Tuve una cita antes de la cirugía, me hicieron, así como una historia clínica pero no me explicaron así que me hacían ni me preguntaron si podría retroceder y yo tampoco pregunté” (Maryuri, 12 de mayo de 2020).

En el acceso a métodos, podemos deducir, que la respuesta por parte del sistema es inefectiva frente a la asesoría en métodos de regulación de la fecundidad. Como se ha evidenciado, tales elecciones libres en cuanto a la realización de la esterilización, dependen del curso de vida y la paridad, siendo un tema no considerado para algunas mujeres. En otras, por el contrario, se convierte en un tema impositivo, caracterizado por ausencia de asesoría frente al método por parte del personal de salud, y cohibición de las mujeres, para preguntar sobre el procedimiento que se realizará en su cuerpo, impedimento mediado por la posición de poder que ejercen los profesionales de salud (Cantillo, 2016).

La posibilidad de solicitar información sobre la reversión de la cirugía es significativamente baja, especialmente en las mujeres más jóvenes entre los 18 a 24 años, consideradas más proclives a presentar arrepentimiento después del procedimiento, adicional a ello, las consejerías deficientes, al no contar con información completa y veraz del procedimiento, sobre efectos adversos y el conocimiento de otros métodos durante la consulta de planificación familiar, permite pre visualizar el riesgo de arrepentimiento post esterilización (Conde, 2021).

Toma de decisiones frente a la esterilización

Cinco de las mujeres consideraron que la experiencia de la esterilización fue buena pero dolorosa, en otros casos la consideran un evento terrible, duro y no tan agradable por los efectos adversos presentados, por cambios en el cuerpo no esperados y comentarios recibidos por parte de los profesionales.

“Me juzgaron, sí, porque, o sea, me hacían sentir como si yo fuera un conejo, ¿si me entiendes? Uy claro, con razón se operó, con todo ese montón de hijos. Ese comentario, no es el que yo quisiera escuchar, si yo decidí tener mis bebés y soy feliz con ellos. Pues yo soy feliz con mis cuatro hijos, puede que sean muchos, pero sí me hicieron sentir mal” (Paola, 2 de junio de 2020).

Durante las entrevistas, la realización del procedimiento de manera impuesta se dio en una de las mujeres, quien fue sometida a esterilización, sin posibilidad

de retractarse para la realización del procedimiento. De igual manera, otra de las participantes refirió que, durante su estadía hospitalaria en el servicio de gineco obstetricia, fue testigo de la oferta del método por parte de un especialista a mujeres jóvenes multíparas, sin tener en cuenta la decisión de la mujer.

Así mismo, por parte de cuatro de las mujeres, se refiere persuasión por parte del personal de salud, quienes de manera reiterativa preguntan si están seguras de la realización del procedimiento, incluso durante la cirugía, aspecto que generó desconfianza en las mujeres, más aún al colocar paradojas de pensar en muertes de los hijos que se tienen, componentes como la edad y arrepentimiento posterior, o simplemente el llegar a juzgar la decisión por considerar no ser el tiempo de realizarlo o por la concepción de que las mujeres deben ser madres. En el caso de la mujer nulípara, ella consideró que la ginecóloga que le realizó el procedimiento le castigó por no tener hijos, al realizar una incisión tipo *pfannesteil*, contrario a lo referido durante la asesoría por consulta externa por el ginecólogo, quien indicó la realización de laparotomía para evitar cicatrices en el cuerpo.

Lo anterior, son prácticas desprovistas de humanización, un tema en el que a pesar de los adelantos y las acciones realizadas por la OMS y el Ministerio de Salud y Protección Social, aún hoy en día, se siguen perpetuando en el sector salud, ya que en ocasiones se actúa según prejuicios y creencias personales, afectando en la vida privada y claro, los derechos fundamentales de las mujeres (Araujo, 2021).

“En un momento, ella me preguntó, que, si mi pareja estaba de acuerdo. Pues a mí no me parece porque la decisión es mía, entonces obviamente yo le dije sí, pero la decisión es mía que es la que se va a operar, fue la única cosa que me pareció extraña” (Maryuri, 12 de mayo de 2020).

Es reconocido que algunas personas en salud vulneran el derecho a la igualdad y a la dignidad de la mujer, despojándola de la toma de decisiones propias, mediante una adopción paternalista que crea condiciones para acceder al procedimiento, desencadena daños morales y en la vida sexual y reproductiva, por tanto, conllevarían a repercusiones de tipo jurídico pese a la vulneración de derechos primordiales, al ejercer abuso, coerción, violencia o aludir las conductas a actos discriminatorios, como lo enunciado en la experiencia de la mujer en sala de partos (Araujo, 2021).

Garantía de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

La esterilización definitiva comprende una serie de acciones desde el personal de salud, que se encaminan a garantizar el pleno goce y la vivencia plena de los derechos sexuales y más aún de los derechos reproductivos; considerados una prioridad en las políticas nacionales para garantizar la elección consciente, asesorada e informada por parte de las mujeres que acceden a los servicios de regulación de la fecundidad.

Por tanto, el desconocimiento en cuanto a la garantía de servicios de salud por parte de personal de salud, podría relacionarse con la ausencia de conocimientos

frente a los derechos sexuales, derechos reproductivos y derechos de las mujeres o quizás a la no aceptación de los mismos por prejuicios propios. Tal desconocimiento es reflejado en las mujeres participantes quienes refirieron nunca haber tenido ningún tipo de asesoramiento en cuanto al tema específico de los derechos mencionados, constituyéndose en un requisito para realizar la asesoría en regulación de la fecundidad y, por tanto, un parámetro a evaluar en la historia clínica.

De manera general, las mujeres participantes consideran que, al existir tal desconocimiento por parte de las mujeres, se generan mayores barreras para el reconocimiento y la garantía de los derechos individuales, ocasionando una pobre exigencia sobre lo que debería suministrarse en los servicios, partiendo de una obligatoriedad del personal de salud, pero también de un deber como usuaria, yendo en doble vía, como lo considera Andrea:

"Yo pienso que, en este tema, hay mucha ignorancia, también conformismo. Muchas mujeres son muy influenciadas por sus culturas, por sus costumbres, por las personas que les rodean en su contexto, muchas de ellas no deciden, por ejemplo, tomar métodos anticonceptivos, realizarse los procedimientos porque creen que es pecado, que no se debe hacer, que mi esposo que dirá, que eso es terrible. A veces, no es solo que sepa o no, sino también de cuanto se quiera saber, una cosa es que uno no tenga acceso a la información y otra cosa es que yo no quiera tener acceso a esa información" (Andrea, 10 de junio de 2020).

Para el caso de Leidys, su objetivo estaba encaminado en postergar la maternidad subsecuente, mediante el uso del implante subdérmicos para tener otro hijo, pero, contrario a sus deseos, posterior a la toma de decisiones realizada por parte del personal de salud, ella fue programada para esterilización, sin información, con desconocimiento y sin el deseo de su realización.

También, es importante conocer que tal toma de decisiones se basa en razones individuales, que en ocasiones son consultadas con la pareja. Para el caso de las mujeres entrevistadas, todas expresaron que en el servicio de salud no se les solicitó autorización del compañero y que, por el contrario, únicamente en entornos privados, algunos de ellos expresaron un predominio de su masculinidad al aconsejar a sus compañeras sentimentales la realización de la cirugía. Solo en uno de los casos el compañero se realizó también la vasectomía para prevenir el embarazo, en otro, a pesar de que el hombre deseaba tener más hijos, respetó la decisión de su esposa para la realización de la cirugía, considerándose un avance importante frente al respeto de la autonomía de la mujer.

Es importante mencionar, que las políticas gubernamentales no son coherentes con el actuar de los servidores en salud, puesto que en ocasiones actúan según sus criterios religiosos particulares, prejuicios, estereotipos de género o preconceptos que impiden avanzar en políticas integrales en salud, derechos sexuales y derechos reproductivos, yendo en contra de un actuar consecuente con las designaciones legales encomendadas, especialmente en la eliminación de barreras para el acceso a la atención en salud que permitiría la garantía de la autonomía, la voluntad, la libertad y el libre desarrollo de la personalidad en las

mujeres mediante una atención diferencial garante de derechos fundamentales (CEDAW, 2013).

Es imperativo tener en cuenta que, para la realización de la esterilización, además de que la usuaria tenga la seguridad de realizarse el procedimiento y llegar a acuerdos con su pareja, debe ser prioritario también que tal intención esté consignada por escrito mediante la lectura, explicación y diligenciamiento del consentimiento informado; el cual, es un documento de carácter legal que presume la toma de decisiones de manera autónoma e informada, garantizando los derechos en salud mediante la autorización escrita y firmada para la realización de procedimientos (Corte Constitucional de Colombia, 2016).

“Supe de la hoja para la autorización, cuando ya me iban a pasar a anestesia, ya fue ahí, pero no me lo dejaron ni leer ni nada” (Angie, 13 de septiembre de 2020).

El consentimiento informado para la mayoría de mujeres fue el único requisito exigido para la realización de la cirugía, en algunos casos, al tener afiliación a alguna EAPB se solicitó autorización del servicio con respuesta inmediata. Es destacable que, en dos de los casos, las mujeres fueron remitidas a psicología y orientación para corroborar la decisión tomada por la mujer, lo cual puede ser una barrera para la realización del procedimiento, entendiéndose que, en tal consulta, la usuaria debe convencer a otro profesional de la decisión tomada sobre el cuerpo en ejecución de sus derechos.

A pesar de tal intervención, en su totalidad, las mujeres creen que la esterilización es un buen procedimiento, y, que a pesar del dolor por el procedimiento y después de su realización, es un buen método. Les da la tranquilidad de no quedar nuevamente en gestación. Dos de las participantes refirieron como un efecto negativo la herida por la incisión realizada, pues no tenían conocimiento de la misma, otra hizo referencia al dolor y la larga convalecencia como un efecto negativo pero superable, otras dos mujeres sugirieron como negativa la punción para anestesia raquídea pese a las secuelas que ocasionó la pérdida de líquido cefalorraquídeo y cefaleas posteriores, sólo una de las mujeres relaciona aumento de peso posterior a la esterilización.

“A mí me operaron, me pasaron a sala de recuperación, duré una hora, luego el jefe me dijo que ya me habían dado salida, que ya estaban todas las órdenes. Cuando llegué a la habitación, el enfermero me dijo, pásese a su cama, pues yo más o menos sentía mis piernas, yo podía mover los dedos de los pies. Yo hice todo el esfuerzo, me pasé y mi esposo lo que hizo fue cogerme de la mano y ayudarme a halar. Luego me dijeron, ya tiene la salida, ya se puede arreglar y se puede ir, me dijo la auxiliar de enfermería de turno, entonces yo le dije a mi esposo, si vámonos ya, ven, ayúdame a parar, yo voy y me baño y salimos, me dijo bueno. Yo me pare, yo no estaba controlando los esfínteres, estaba bañada de orines, yo no sentía nada. Entonces, bueno, llegamos acá a la casa y lo mismo, cuando llego a la casa y me colocó la pijama, vuelvo y me hago chichi, o sea, no estaba completamente despierta de la anestesia, pasaron los días y yo empecé con un dolor de cabeza, una cefalea terrible. (Johana, 2 de junio de 2020).

Existieron, no obstante, algunos miedos expresados, asociados a creencias con respecto a la cirugía, se destaca la pérdida de efectividad de la cirugía después de diez años posteriores a su realización y el fallo del método, así como la recanalización de las trompas, considerada esta como una opción para la mujer que no deseaba realizarse la esterilización. Por otro lado, una de las mujeres no descartó tal posibilidad, al haber deseado tener una niña, puesto que sus dos hijos eran varones. Tales situaciones, reiteran, acentúan y confirman los grandes vacíos en la consulta de asesoría para acceder a la esterilización, la ausencia de opciones para planificar una nueva gestación y la imposición de un método no reversible.

Pero, por otro lado, la intervención en mujeres nulíparas, no es considerada como una situación incapacitante, más aún en contexto de pandemia, no proporcionando la incapacidad a pesar de estar reglamentada por ley, obligada así a cumplir con sus compromisos laborales, como lo comentó Andrea:

"A las jefes o a las personas con las que uno trabaja, realmente no les importa si uno está bien o está mal, simplemente que sea productivo. A mí me operaron un sábado y el día lunes ya estaba realizando desde lo virtual, labores específicas" (Andrea, 10 de junio de 2020).

El entorno laboral a través de la historia, ha sido reconocido por privilegiar a aquellas mujeres no reproductivas y lacerar los derechos de aquellas multíparas, con menos oportunidades. A pesar de ello, algunas mujeres participantes se ligan a tales principios asociados a entornos patriarcales al sugerir que la cirugía para la esterilización debe ser demandada en mayor medida por aquellas con inequidades sociales, económicas y en condiciones de vulnerabilidad, mujeres mayores de 35 años con más de tres hijos.

A pesar de ser mujeres, se adoptan pensamientos y doctrinas patriarcales, algunas afirman que para otras mujeres sería importante realizarse la esterilización definitiva a pesar de su deseo reproductivo, como en el caso de personas con discapacidad, habitantes de calle, en trabajo sexual, entre otras en contextos de vulnerabilidad. Otras mujeres consideraron que, tener un hijo es algo necesario para “realizarse como mujer”, afirmaciones que replican y perpetúan posturas normativas desde lo patriarcal, afirmación que coarta desde sus posturas el derecho de aquellas mujeres sin deseo reproductivo.

"Es aconsejable a todas, la verdad sí. Las que no tengan hijos, pues sus razones tendrán y cada quien piensa diferente y tendrán sus razones. Con muchos hijos, si, la verdad este mundo no está para tener muchos hijos como los años anteriores. Mi abuelita alcanzó a tener siete hijos, mi abuelito llegó a tener tres hijos por fuera del matrimonio con mi abuelita, o sea, tuvo trece hijos. Y pocos hijos pues si lo desean sí, respetaría la opinión de ellas" (Johana, 2 de junio de 2020).

Para siete de las participantes, la esterilización es considerada un procedimiento que debe partir de una decisión libre e informada para todas las mujeres como lo indica Johana, no exclusivamente en aquellas que tienen hijos o se encuentran en algunas condiciones específicas, sino, también en mujeres

solteras, mejorando de esta manera la atención en salud no solo por el hecho de estar esterilizada sino por el hecho de ser mujer y garantizarles sus derechos fundamentales.

Las mujeres participes en el estudio, sugieren que es necesario desde el servicio de salud el abordaje de temas relacionados con regulación de la fecundidad desde la adolescencia, para evitar el embarazo a temprana edad, los embarazos no deseados y la tenencia de abortos clandestinos. Para ello, es importante que por parte de padres y cuidadores se generen relaciones de confianza para que sean educadores y desde casa puedan prevenir tales problemáticas no solamente durante la adolescencia sino durante toda la vida de sus hijas.

De igual manera, proponen que el tema de la planificación familiar sea visible y sea ofertado no solo a las mujeres que están en gestación hasta la semana 38, sino en cualquier momento de la vida, buscando canales de comunicación assertivos para abordar tanto a mujeres y hombres. Sobre todo, consideran indispensable hablar claro sobre la realización del procedimiento a aquellas mujeres que consideren su realización y proponerlo con mayor fuerza para que los hombres sean los que demanden la vasectomía y tomen partido en la reproducción como responsabilidad compartida. Con suficiencia en información sobre los procedimientos a realizar, se disminuirían situaciones como la enunciada por Nancy.

“pues que le explicaran a uno que es lo que le van a hacer en el proceso de la esterilización porque la verdad, no sé qué fue lo que me hicieron” (Nancy, 10 de agosto de 2020).

De otro lado, la humanización del personal de salud, cobra gran relevancia, sugieren una mejor atención y empatía por parte del personal, capaces de comprender el dolor y la incapacidad que el procedimiento produce, evitando castigar a las usuarias con incisiones no establecidas, con órdenes para evitar verbalizar el dolor o con indicaciones de iniciar la movilidad de manera temprana sin ayuda, situaciones comentadas por las mujeres entrevistadas. Por el contrario, es prioritario propiciar ambientes amigables, donde impere la utilización de lenguaje amigable, para eliminar la mecanicidad en la realización de intervenciones en salud en mujeres que se encuentran en situación de indefensión.

“El día que me hicieron la cirugía, yo no estaba pidiendo pues que me llevaran en silla de ruedas y que me alzaran, pero al menos que tuvieran procesos de comunicación confiable y amable. A mí se me hace, que, la atención es un proceso muy mecánico, demasiado inhumano, muchas veces no te cruzan ni una palabra, saben el nombre de uno por la historia clínica o lo tratan a uno como de lejitos, no sé” (Andrea, 10 de junio de 2020).

Discusión

A partir de los resultados anteriores, se precisa necesario que desde los servicios de salud sexual y reproductiva ofertados no solo desde promoción y prevención, sino también desde salud pública y desde la práctica formativa en la academia, se priorice en la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad con enfoque de género y diferencial, que favorezcan la toma de decisiones en las mujeres, garantizando así los derechos sexuales, los derechos reproductivos y de las mujeres.

En correlación a lo encontrado en este estudio, aludo a los resultados arrojados por el estudio realizado por Conde (2021), ginecoobstetra, en dos clínicas de Santander, donde efectivamente corrobora la demanda de la esterilización por paridad satisfecha, no obstante refiere un 15.4% que fueron influenciadas en un 68.3% por el médico, seguida de otra persona y en una menor proporción la pareja; tal influencia del personal de salud se realizó durante el control prenatal, en asesorías de regulación de la fecundidad, en partos o en la atención de urgencias, considerado un factor protector, pero que sin duda se convierte en una situación que pone en riesgo la autonomía de las mujeres.

Es indispensable priorizar en la humanización del personal que labora en los servicios de salud y en el que se encuentra en formación, para que, por medio de ellos se detecten barreras y se elimina la desigualdad, para que todas las mujeres conozcan a plenitud sus derechos, la intervención por la cual opta para la anticoncepción, y para que, en caso de que fuese la esterilización, está pueda ser definitivamente una elección libre, autónoma e informada (USAID, ONU MUJERES, Vicepresidencia de Colombia, 2019). Y, que, en caso de vulneración del derecho, pueda haber reparación para las víctimas como lo estipula la ley.

Además de esto, teniendo la pandemia como precedente, surge como necesario la adopción de estrategias humanizantes que permitan la toma de decisiones autónomas e informadas, impactando principalmente al personal de los servicios de salud quienes deben actuar como garantes de los derechos primordiales y no como tomadores de decisiones en personas autónomas, en el cuerpo de las mujeres que históricamente, ya ha sido marcado con tales violencias, siendo necesaria su no perpetuación y eliminación.

Bibliografía

- Araujo, J. (2021). Implicaciones biomédicas, bioéticas y biojurídica de la esterilización femenina consentida. entre la objeción de conciencia y el principio de autonomía biomedical, bioethical and biojury implications of consensual female sterilization. between conscientious objection and the principle of autonomy. Gac. int. cienc. Forense: 24-42. https://www.uv.es/gicf/4A1_Araujo_GICF_41.pdf

Asamblea General de Naciones Unidas (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. 1-12.

Barroso, C. (1984). Esterilização feminina: liberdade e opressão. *Rev. Saúde públ*;18: 170-180.

Cantillo, B (2016). Análisis del derecho a la elección libre de la maternidad en el ordenamiento jurídico colombiano. Universidad Nacional de Colombia: 1-8.

CEDAW. (2013). Resumen ejecutivo del informe: Otra mirada a los derechos de las mujeres en Colombia. Informe Alterno al Comité de la CEDAW, septiembre de 2013: 1-19. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/COL/INT_CEDAW_NGO_COL_15142_S.pdf

CEPAL. (2016). La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe. 1-93.

Conde, M. (2021). Factores asociados al arrepentimiento después de la realización de esterilización quirúrgica en mujeres que asisten a consulta en el instituto de salud de Bucaramanga (Isabu) y la clínica Girón. Especialización en Ginecología y Obstetricia. Universidad Autónoma de Bucaramanga: 1-67. https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/13734/2021_Tesis_Marianelly_Conde%20pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Congreso de la República de Colombia. (2010). Ley 1412. Diario Oficial 47867: 1-3.

Congreso de la República de Colombia. (2010). LEY 1412 DE 2010 (octubre 19) Por medio de la cual se autoriza la realización de forma gratuita y se promueve la ligadura de conductos deferentes o vasectomía y la ligadura de trompas de Falopio como formas para fomentar la paternidad y la maternidad responsable. P. 1-20. http://www.secretariosenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1412_2010.html

Congreso de la República de Colombia. Cámara de Representantes. (2020). Asunto: Informe de ponencia para primer debate al proyecto de ley No. 220 de 2020 “Por la cual se modifica la Ley 1412 de 2010 y se dictan otras disposiciones. 1-19.

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (1993). Documento CONPES social 161. Equidad de género para las mujeres: 1-26.

Corte Constitucional de Colombia. (2015). Constitución Política de Colombia Actualizada con los Actos Legislativos a 2015: 1-125.

Corte Constitucional de Colombia. (2016). Sentencia C 182 de 2016. Requisitos de interdicción y autorización judicial específica para esterilización quirúrgica de personas en situación de discapacidad mental mediante consentimiento sustituto: 1-113.

Corte Constitucional de Colombia. (2016). Sentencia C-405 de 2016. Realización gratuita y promoción de ligaduras o vasectomía como formas para fomentar la paternidad y maternidad responsable-Exequibilidad de la expresión “por escrito” frente a solicitud del servicio de esterilización quirúrgica: 1-65.

Folch, B., Betstadt, S., Li, D., Whaley, N. (2017). The Rise of Female Sterilization: A Closer Look at Colombia. *Matern Child Health J*; 21: 1772-1777

Lugo, L. (1999). Relatos de la esterilización: entre el acomodo y la resistencia. *Revista de Ciencias Sociales*: 208-226.

Ministerio de Salud (1993). Resolución 8430 de 1993: 1-19.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Resolución 3280 de 2018: 191-93.

- Morales, H. (2019). Factores asociados al rechazo de la esterilización quirúrgica femenina en puérperas multíparas atendidas en el departamento de ginecología – obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante un trimestre del 2018 – 2019. Escuela Profesional de Medicina Humana: 1-85.
- Naciones Unidas. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. 1-194.
- Naciones Unidas (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. 1-238.
- Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2002). Derechos de las mujeres: 1-230.
- ONU, Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2002). Derechos de la mujer. Recomendaciones de órganos internacionales de derechos humanos hechas a Colombia sobre los derechos de la mujer (1980 - 2002). A/54/38, p. 225-226 https://www.hchr.org.co/phocadownload/publicaciones/series_tematicas/Derechos_de_la_Mujer.pdf
- Organización de Naciones Unidas (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Septuagésimo cuarto período de sesiones: 1-26.
- Profamilia. (2016). Informe anual de actividades. Datos Básicos para Colombia ENDS 2015: 10-5.
- Pulido, M. (1975). "Esterilización femenina voluntaria por el método de laparoscopia" 1000 casos. *Rev. Col. Obstet. Y Ginec.*: 225-230.
- Ruiz, N. (2011). La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo. *Investigaciones Geográficas, Boletín del Instituto de Geografía, UNAM*, 77: 63-74.
- Sosa, Itzel., Menkes, K. (2015) "Como te ven te tratan": Desigualdades sociales en los espacios de salud reproductiva. Resultados de un estudio de caso en el centro de México", en Laura Rodriguez y Jhon Antón Sánchez (comps.), Situación de la población afrodescendiente e indígena en América Latina - puntos de reflexión para el debate sobre Cairo + 20, Asociación Latinoamericana de Población. Pp. 161-176
- Turner, S. (2001). Los derechos sexuales y reproductivos y su incidencia en la esterilización y procreación asistida. *Rev. Derecho (Valdivia)*;12(2): 207-16.
- Urbandt, P., Bostiancic, M. (2008). Esterilización femenina y derechos reproductivos. Libertad de acción vs. Libertad de decisión. Universidad de Mar de Plata, EUDEM: 25-186.
- UNFPA. (2012). Si a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. Estado de la población mundial 2012: 17-39.
- UNFPA. (2018). La planificación familiar es un derecho humano. Noticia de prensa.
- USAID, ONU MUJERES, Vicepresidencia de Colombia. (2019). Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres - ONU Mujeres: 1-81 <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20colombia/documentos/publicaciones/2019/11/abc%20derechos%20mujeres%2004-12-19.pdf?la=es&vs=5608>

Andréa Branco Simão

Doctora en Demografía por la Universidad Federal de Minas Gerais (2005), investigadora del Centro de Desarrollo y Ordenamiento Territorial (Cedeplar), donde también se desempeña como docente voluntaria en el curso de Demografía. Sus principales intereses se centran en métodos de investigación cualitativos y mixtos, salud reproductiva, sexualidad, raza/color, juventud y salud y medio ambiente.

Correo electrónico: andreasimao@gmail.com

Wanda Cabella

Doctora en Demografía, por la Universidad de Campinas, Brasil. Es profesora titular del Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay. Sus líneas de investigación se concentran en el análisis del cambio familiar, los cambios en los roles parentales y los comportamientos reproductivos.

Correo electrónico: wanda.cabella@cienciassociales.edu.uy

Rosario Cárdenas

Médica Cirujana, Maestra en Demografía por El Colegio de México y Doctora en Estudios de Población y Salud Internacional por la Universidad de Harvard. Profesora-investigadora de tiempo completo en la Universidad Autónoma Metropolitana en Ciudad de México. Su interés de investigación está centrado en el análisis de las condiciones de salud de la población, las desigualdades sociales, el cumplimiento de los derechos, la implementación de las agendas internacionales en población y el diseño, monitoreo y evaluación de políticas públicas.

Correo electrónico: cardenas.rsr@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6586-8669

Raquel Zanatta Coutinho

Maestría en Demografía (Cedeplar/FACE/UFMG) y Maestría y Doctorado en Sociología (Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill - UNC). Profesora adjunta del departamento de Demografía e investigadora del Cedeplar en Belo Horizonte, Brasil. Coordina la investigación “Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica recebida em Belo Horizonte e suas consequências para a saúde da mulher e da criança” y es colaboradora de la investigación “Decode: Saúde da Mulher em Época de Zika e Coronavírus (COVID-19)”. Sus principales temas de investigación incluyen: fecundidad, desigualdades sociales y salud sexual y reproductiva. Es becaria de Productividad en Investigación del CNPq - Nivel 2.

Correo electrónico: quelzanatta@cedeplar.ufmg.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2841-1480>

Michelle E.S. Ferreira

Maestría en Demografía (Cedeplar/FACE/UFMG) y Estudiante de Doctorado en Demografía (Cedeplar/FACE/UFMG). Miembro del Grupo de investigación “Percepção das mulheres sobre a assistência obstétrica recebida em Belo Horizonte e suas consequências para a saúde da mulher e da criança”. Principales temas de investigación: Salud Materna, Salud Sexual y Reproductiva, Fecundidad, Políticas de Salud.

Correo electrónico: michelles_ferreira@outlook.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3353-5258>

Bruna Firmino

Licenciada en Ciencias Socioambientales (2016). Master en Demografía (Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil - 2017). Actualmente es estudiante de doctorado en demografía, también en la Universidad Federal de Minas Gerais. Sus principales líneas de investigación son: fecundidad, estratificación social, educación y transmisión intergeneracional del estatus socioeconómico.

Correo electrónico: brunadrfirmino@gmail.com
ORCID: 0000-0001-7656-9285

Fabiana Guimarães

Máster en Promoción de la Salud y Prevención de la Violencia por la Universidad Federal de Minas Gerais. Investigación sobre violencia obstétrica y atención materno-infantil buscando el punto de vista de la mujer asistida. Especialista en Atención Materno Infantil con enfoque en Lactancia Materna. Licenciada en Odontología, se desempeña como Consultora de Lactancia Materna, Doula y Educadora Perinatal en grupos de apoyo a mujeres embarazadas y posparto. Colabora con organizaciones sociales de mujeres en Brasil, entre ellas es colaboradora, activista y coordinadora de Ishtar-BH, Multiplicadora y activista del Movimiento BH por el parto normal, Activista y colaboradora de la Red de Mujeres Parto do Princípio, Activista y colaboradora de Colectivos Sentidos do Nascer y Activista del Colectivo Nasce Leonina.

Correo electrónico: fabyguimaraes@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-3105-1068

Sonia Lansky

Graduada en medicina por la Universidad Federal de Minas Gerais, residencia en pediatría, maestría y doctorado en Salud Pública/Epidemiología (UFMG) con posdoctorado en la ENSP/Fiocruz. Epidemióloga del Municipio de Belo Horizonte y profesora invitada del Programa de Posgrado en Promoción de la Salud y Prevención de la Violencia de la Facultad de Medicina (UFMG). Experiencia en la gestión de servicios y programas de salud e investigación en el área de salud materna y perinatal, salud infantil y vigilancia de la muerte. Coordina el Proyecto Sentidos do Nascer en la UFMG / Ministerio de Salud / CNPq y la Fundación Bill y Melinda Gates.

Correo electrónico: sonialansky@gmail.com

ORCID: 000-0001-5533-4858.

Jenny Amparo Lozano Beltrán

Enfermera, Magister en estudios de género de la Universidad Nacional de Colombia. Investigadora, asesora en temas relacionados con salud sexual y reproductiva y en género. Profesora de la Facultad de Enfermería, de la Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. Mis líneas de investigación están relacionadas con: género, salud sexual y reproductiva, políticas públicas en salud, con énfasis en mujeres y hombres transgénero, trabajadoras sexuales, personas habitantes de calle, mujeres, adolescentes y jóvenes, entornos rurales y poblaciones en contextos de vulnerabilidad.

Correo electrónico: lojenny@javeriana.edu.co, jeamlobe@hotmail.com

ORCID: 0000-0003-2169-7815

Laura Maciel Freitas

Graduada en Ciencias Sociales en la Universidad Federal de Minas Gerais, con formación adicional en Demografía. Beca de Iniciación Científica por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq). Sus temas de interés son la fertilidad, la salud sexual y reproductiva y la juventud.

Correo electrónico: lauramacielfreitas@outlook.com

David C. Mallinson

David C. Mallinson, PhD en epidemiología de salud materno-infantil e investigador de servicios de salud. Investiga los orígenes de la salud y el desarrollo antes y en los primeros años de vida, y evalúa el impacto de la atención prenatal en la salud de las madres, los niños y sus familias. Actualmente, es becario postdoctoral en el Centro de Investigación de Población de la Universidad de Texas-Austin.

Correo electrónico: david.mallinson@austin.utexas.edu

ORCID: 0000-0003-1069-6040

Ignacio Pardo

Doctor en Sociología por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente, es Profesor Adjunto del Programa de Población (Universidad de la República, Uruguay) e integra el Sistema Nacional de Investigadores de su país. Su labor de investigación se concentra en el estudio de la fecundidad, e incluye temas de cambio familiar y políticas de población. Fue Presidente de la Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).

Correo electrónico: pardo.nacho@gmail.com

Andreza Cristiane Reis de Miranda

Graduada en Gestión Pública por el Centro Universitario de Belo Horizonte (UNIBH). Graduado en Ciencias Sociales en la Universidad Federal de Minas Gerais, con formación adicional en Demografía. Beca de Iniciación Científica Voluntaria en proyecto de investigación aprobado por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq). Sus temas de interés son la fertilidad, la juventud, la religión y la salud sexual y reproductiva.

Correo electrónico: andrezacrmiranda@rocketmail.com

Coodinadoras

Celia Hubert

Doctora en Sociología con especialidad en Demografía y Maestra en Sociología por la Universidad de Texas en Austin. Licenciada en Actuaría y Diplomados en Demografía del Mercado y Estadística Aplicada por el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Trabaja en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) desde septiembre de 2015, de noviembre de 2016 a abril de 2019 fue Catedrática CONACYT asignada al INSP. A partir de mayo de 2019 es investigadora en ciencias médicas C en la dirección de salud reproductiva del Centro de Investigación en Salud Poblacional, y desde octubre de 2020 es jefa de departamento de salud de la mujer. Áreas de interés: Salud reproductiva, embarazo y maternidad adolescente, educación, funcionamiento y desarrollo infantil temprano. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores.

Correo electrónico: celia.hubert@insp.mx

Paula Miranda-Ribeiro

Doutora em Sociologia/Demografia pela University of Texas at Austin (1997), com pós-doutorado na University of Texas at Austin (2009-10). Professora Titular do Departamento de Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais e pesquisadora do Cedeplar. Bolsista de Produtividade 1C do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Tem experiência na área de demografia, com ênfase em demografia social (relações raciais, gênero, religião), fecundidade e saúde sexual e reprodutiva, métodos qualitativos em Demografia e juventudes. Ultimamente, tem se dedicado também à Demografia das Minorias, em especial da população LGB.

E-mail: pmirandaribeiro@gmail.com

Viviana Salinas

Socióloga (Pontificia Universidad Católica de Chile) y PhD en Sociología con especialización en Demografía (The University of Texas at Austin). Se desempeña como profesora asociada en el Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Su investigación se ha centrado en Chile, pero usando una perspectiva comparada. Ha participado en proyectos de investigación que estudian cambios en la composición de la población y el mercado laboral en México y Brasil, la asociación entre logro educativo y origen social en México, Brasil, Uruguay y Chile, la fecundidad adolescente en Texas, la formación de familia en Chile y las uniones consensuales en Argentina, Uruguay y Chile. Sus líneas de investigación incluyen demografía de la familia, salud reproductiva, primera infancia, desigualdad social y análisis comparado.

Correo electrónico: vmsalina@uc.cl

