

Sumário executivo

- Em 17 de maio de 2021, 162.773.940 casos cumulativos confirmados de covid-19 foram notificados em todo o mundo, incluindo 3.375.573 mortes, para as quais a Região das Américas contribuiu com 40% dos casos e 47% das mortes.
- Em abril de 2021, a sub-região da América do Sul era responsável pela maior proporção de casos e mortes na Região das Américas. Em comparação com março de 2021, um adicional de 809.233 casos e 45.410 mortes foram notificados.
- Em 17 de maio de 2021, Argentina, Aruba, Canadá, México, Panamá e Estados Unidos da América detectaram as quatro variantes preocupantes (VOC).
- Em comparação com os dados relatados em 2020, um aumento no número de casos e mortes em gestantes positivas para SARS-CoV-2 foi observado de janeiro a abril de 2021, em pelo menos 12 países das Américas. Se a tendência de aumento continuar, o número de casos e mortes relatados este ano em breve excederá os números relatados para todo o ano de 2020.
- Entre os povos indígenas de 18 países das Américas, foram notificados 448.956 casos, incluindo 7.884 mortes.
- Um total de 22 países e territórios notificaram 5.555 casos confirmados cumulativos de síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes (MIS-C) temporalmente relacionados à covid-19, incluindo 123 mortes.
- Em relação aos profissionais de saúde, 23 países notificaram 1.827.427 casos, incluindo 9.161 mortes.

Sumário

Sumário executivo	1
Contexto	2
Resumo da situação global	3
Resumo da situação na Região das Américas	4
Destaques de epidemiologia	7
I. Variantes do SARS-CoV-2	7
II. covid-19 em idosos (≥ 60 anos de idade)	11
III. covid-19 durante a gestação	12
IV. covid-19 em populações indígenas	14
V. Covid-19 em populações com menos de 20 anos de idade	16
VI. Covid-19 em profissionais da saúde	21
Orientação para autoridades nacionais	22
Referências	23

Contexto

Em 31 de dezembro de 2019, a República Popular da China notificou um cluster de casos de pneumonia com etiologia desconhecida, posteriormente identificado, em 9 de janeiro de 2020, como um novo coronavírus pelo Centro Chinês para Controle e Prevenção de Doenças. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (em inglês, Public Health Emergency of International Concern, ou PHEIC). Em 11 de fevereiro de 2020, a OMS chamou a doença de “doença causada pelo coronavírus 2019 (covid-19)” e o Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (ICTV) chamou o vírus de “coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2)”. Em 11 de março de 2020, a covid-19 foi declarada uma pandemia pelo diretor-geral da OMS, e, em 31 de julho de 2020, ele aceitou o parecer do Comitê de Emergência, declarando que a pandemia de covid-19 continuava a ser uma PHEIC, e emitiu recomendações temporárias aos Estados Signatários do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005)¹. Em 9 de julho de 2020, o diretor-geral da OMS anunciou o lançamento do Painel Independente de Preparação e Resposta à Pandemia (em inglês, Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, ou IPPR), que avalia de forma independente e abrangente a resposta sanitária internacional à covid-19².

A sétima reunião do Comitê de Emergência, convocada pelo diretor-geral da OMS, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (2005) (RSI) referente à covid-19, foi realizada na quinta-feira, 15 de abril de 2021. O diretor-geral determinou que a pandemia covid-19 continua a constituir uma emergência de saúde pública de interesse internacional, aceitou o parecer do comitê à OMS e emitiu o parecer do comitê aos estados -partes como Recomendações Temporárias no âmbito do RSI, disponível em: <https://bit.ly/3eO4yXP>.

¹ Statement on the fourth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of coronavirus disease (covid-19) [Declaração da quarta reunião do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) sobre o surto da doença causada pelo novo coronavírus (covid-19)]. Disponível em: <https://bit.ly/3li7iOx>

² Independent evaluation of global covid-19 response announced [Anúncio de avaliação independente da resposta global à covid-19]. Disponível em: <https://bit.ly/31hLJWp>

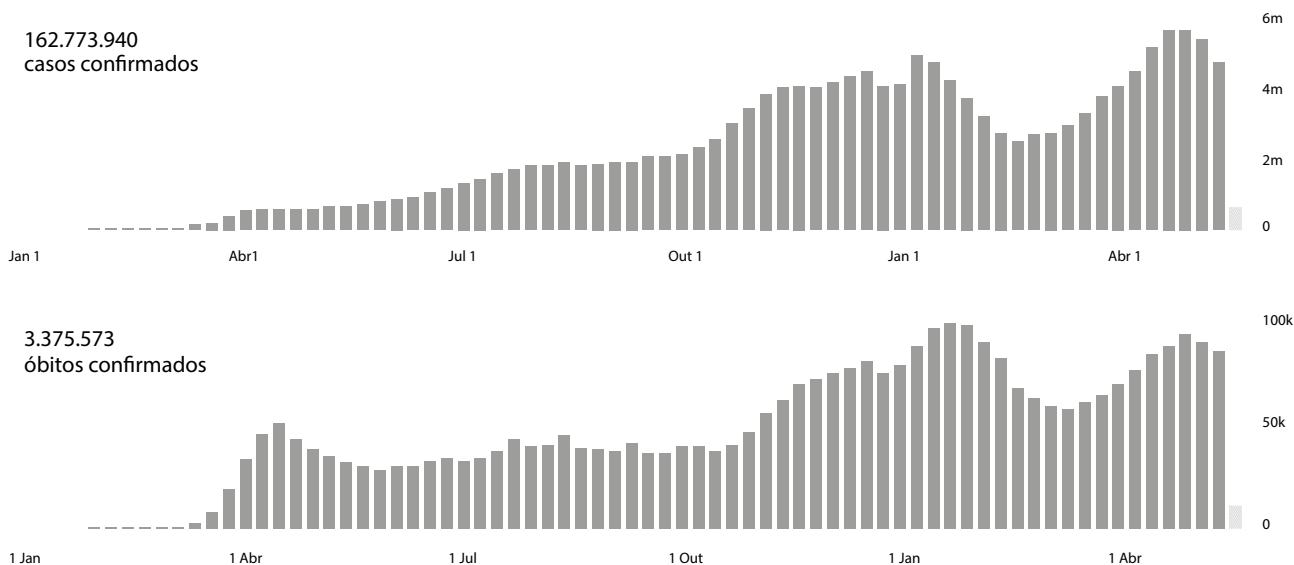
Resumo da situação global

Desde os primeiros casos confirmados de covid-19 até 17 de maio de 2021, foi relatado, globalmente, um total cumulativo de 162.773.940 casos confirmados de covid-19, incluindo 3.375.573 mortes, representando um total de mais 26.658.506 casos confirmados e mais 438.657 óbitos desde a última atualização epidemiológica sobre a covid-19 da OPAS/OMS³, publicada em 14 de abril de 2021.

Em nível global, desde que os primeiros casos confirmados foram notificados, o maior número de novos casos foi notificado na semana de 19 de abril de 2021, com 5.743.532 casos. Em relação aos óbitos, o maior número foi registrado durante a semana de 18 de janeiro de 2021, com 99.165 óbitos.

Ao observarmos a curva epidêmica de casos em nível global, podemos notar que, exceto para o período entre 18 de janeiro e 29 de março de 2021, o número de casos semanais em 2021 ultrapassou os totais semanais notificados em 2020. Em relação aos óbitos, desde o início de janeiro de 2021, exceto entre 15 de fevereiro e 5 de abril, o número de óbitos semanais tem ultrapassado de forma consistente o pico observado no final de 2020. (**Figura 1**)

Figura 1. Distribuição global de casos confirmados e óbitos por covid-19, por semana. Janeiro de 2020 a 17 de maio de 2021.



Fonte: Painel da doença causada pelo coronavírus (covid-19) da OMS. Dados de 17 de maio de 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int>. Acessado em 17 de maio de 2021 às 13h45.

³ OPAS/OMS. Atualização epidemiológica: Doença causada pelo coronavírus (covid-19). 14 de agosto de 2021, Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2021. Disponível em: <https://bit.ly/2RS16m4>

Resumo da situação na Região das Américas

Em 16 de maio de 2021, todos os 56 países e territórios da Região das Américas notificaram um total cumulativo de 64.934.163 casos confirmados de covid-19, incluindo 1.587.859 mortes⁴, desde a detecção dos primeiros casos na região em janeiro de 2020.

Desde a Atualização Epidemiológica sobre covid-19 da OPAS/OMS, de 14 de abril de 2021⁴ e 16 de maio de 2021, mais 6.363.082 casos confirmados de covid-19, incluindo mais 168.689 óbitos, foram notificados na Região das Américas, representando aumento de 10% e de 11% nos casos e óbitos, respectivamente. Durante o mesmo período, Anguila mostrou - aumento de 73% nos casos, ao passo que Trindade e Tobago e Uruguai mostraram aumento > 35% no número de casos e mortes.

Durante o primeiro trimestre de 2021, um total de 26.684.044 casos confirmados, incluindo 657.055 mortes, foram notificados nas Américas, com as sub-regiões da América do Norte⁵ e América do Sul⁶ respondendo pela maior proporção de casos (53% e 44%, respectivamente), ao passo que as sub-regiões da América Central⁷ e do Caribe e das Ilhas do Oceano Atlântico⁸ representaram 2% e 1%, respectivamente. Durante o mesmo período, a América do Norte foi responsável por 51% das mortes notificadas, seguida pela América do Sul (47%) e América Central (1%) e Caribe e Ilhas do Oceano Atlântico (1%). O maior número de casos e mortes na região foi notificado em janeiro (**Figura 2**).

Em abril de 2021, a sub-região da América do Sul foi responsável pela maior proporção de casos e mortes adicionais na Região das Américas, com 809.233 casos e 45.410 mortes notificados apenas em abril de 2021.

⁴ Informações atualizadas sobre a covid-19, incluindo relatórios situacionais, resumos semanais de imprensa e o sistema de informações sobre covid-19 para a Região das Américas estão disponíveis em: <https://bit.ly/3kvigPD>.

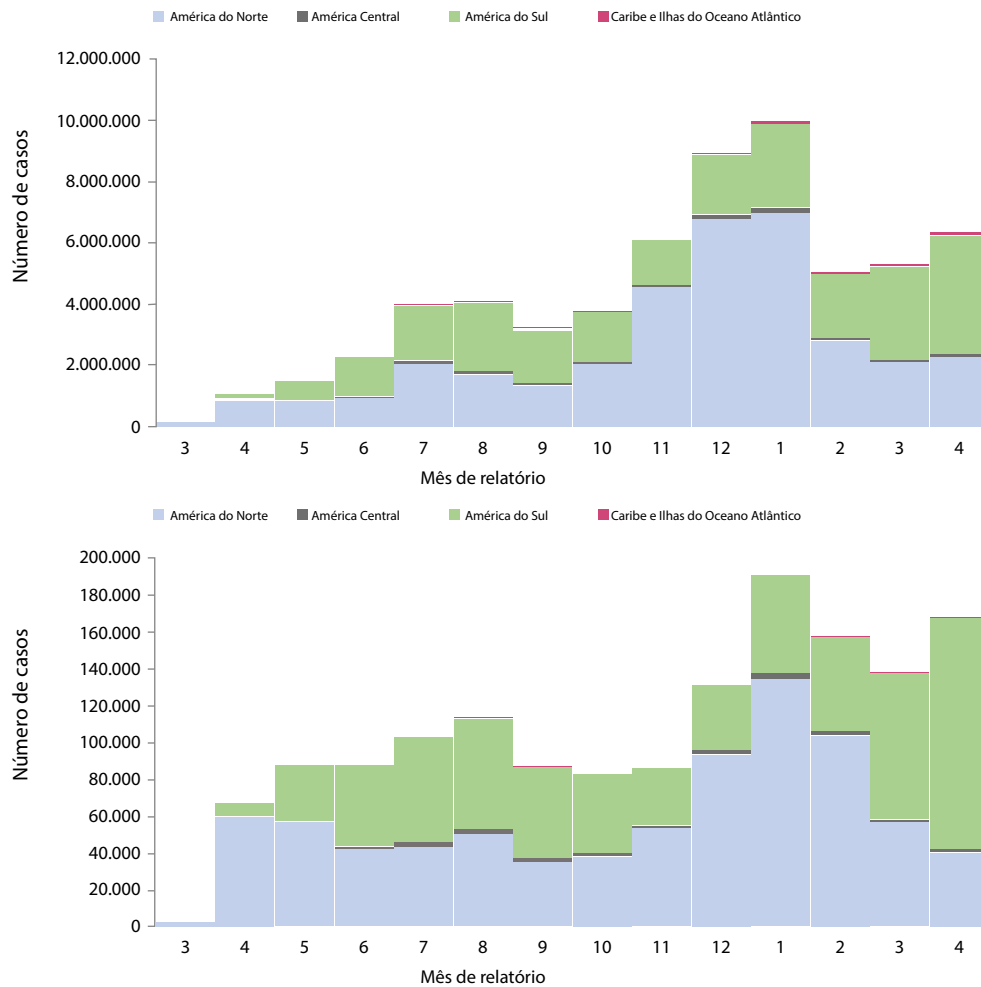
⁵ Canadá, México e Estados Unidos.

⁶ Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

⁷ Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá.

⁸ Anguilla, Antígua e Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermudas, Bonaire, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Caimã, Cuba, Curaçao, Dominica, República Dominicana, Ilhas Falkland, Guiana Francesa, Granada, Guadalupe, Guiana, Haiti, Jamaica, Martinica, Montserrat, Porto Rico, Saba, São Bartolomeu, São Cristóvão e Névis, Santo Eustáquio, Santa Lúcia, São Martinho francesa, São Pedro e Miquelão, São Martinho holandesa, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trindade e Tobago, Ilhas Turcas e Caicos e Ilhas Virgens Americanas.

Figura 2. Distribuição dos casos e óbitos confirmados de covid-19, por sub-região e mês de notificação. Região das Américas, SE 1 a SE 21 de 2021



Fonte: Dados compartilhados pelos Pontos Focais Nacionais (PFNs) do RSI ou publicados nos sites dos Ministérios da Saúde, Agências de Saúde ou similares e analisados pela OPAS/OMS.

A seguir, uma breve análise da situação epidemiológica da covid-19 em **Cuba**⁹. Detalhes adicionais da situação epidemiológica em Cuba serão apresentados em algumas seções desta Atualização Epidemiológica.

Os primeiros casos de covid-19 em Cuba foram confirmados em 11 de março de 2020. Desde então e até 11 de maio de 2021, houve 119.375 casos confirmados cumulativos, incluindo 768 mortes, com taxa de incidência cumulativa de 135,6 por 100.000 habitantes e uma taxa de letalidade de 0,64%.

⁹ Ressalta-se que a análise é realizada com os dados disponíveis, que podem ter limitações, como demora na notificação ou no carregamento dos dados nos diferentes sistemas; a diferença de dias entre o início dos sintomas dos casos, a consulta e a solicitação do exame, que influencia na tendência das curvas epidêmicas; nos casos assintomáticos, o intervalo de tempo entre a coleta da amostra e o momento em que o resultado do exame é entregue e as informações carregadas no sistema de registro. As diferentes metodologias utilizadas em nível local para a rastreabilidade dos contatos, que influencia a capacidade de captação de novos casos, entre outros fatores.

Para a análise dos casos e óbitos de covid-19 em Cuba nesta Atualização, foram utilizados os dados publicados no site COVID19CubaData¹⁰, e os dados populacionais foram obtidos das projeções populacionais publicadas pela Divisão de Populações das Nações Unidas¹¹.

Para determinar se as mudanças observadas nas tendências temporais por semana epidemiológica (SE) eram estatisticamente significativas, as taxas de incidência por 100.000 habitantes foram analisadas usando o software Joinpoint¹². Os resultados são descritos a seguir.

Na modelagem da taxa de incidência semanal, foram identificadas seis variações de tendência, das quais quatro foram estatisticamente significativas: a primeira, entre a SE 12 e a SE 16 de 2020, com variação percentual semanal (VPS) de 30,59%; a segunda, entre a SE 16 e a SE 30 de 2020, com VPS de -7,77%; a terceira, entre a SE 30 e a SE 34 de 2020, com VPS de 43,82%; e a quarta entre a SE 40 de 2020 e a SE 5 de 2021, com VPS de 33,63%. As outras duas variações, que não foram estatisticamente significativas, ocorreram entre a SE 34 e a SE 48 de 2020, com VPS de -1,97% e entre a SE 5 e a SE 18 de 2021, com VPS de 3,07% (**Tabela 1**).

Tabela 1. Variação percentual semanal nas taxas de incidência modeladas da covid-19. Cuba, SE 12 de 2020 a SE 18 de 2021

SE	VPS
12 - 16, 2020	30.59*
16 - 30, 2020	-7.77*
30 - 34, 2020	43.82*
34 - 38, 2020	-1.97
48, 2020 - 5,2021	33.63*
5 - 18, 2021	3.07

* Estatisticamente significativa

Fonte: Dados publicados pelo COVID19Cuba Data e analisados pela OPAS/OMS.

Para análise da taxa de mortalidade, foi utilizado o software R¹³. A análise demonstra três picos nas taxas de mortalidade, dois dos quais ocorreram em 2020 e o terceiro, de maior magnitude que os anteriores, está em andamento e teve início na SE 1 de 2021, com aumento semanal estatisticamente significativo de 11% (IC 95%: 7,5% - 15,3%) entre a SE 2 e a SE 18 de 2021 (**Figura 3**).

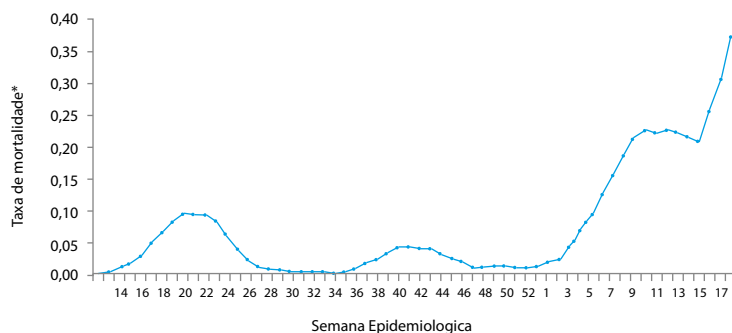
¹⁰ Covid19CubaData. Disponível em: <http://www.cusobu.nat.cu/covid/#cuba>.

¹¹ Para os dados populacionais, foram utilizadas projeções publicadas pela Divisão de População das Nações Unidas, Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. Disponível em: <https://bit.ly/3n6jFP4>.

¹² Software Joinpoint. Disponível em: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>.

¹³ Software R. Disponível em: <https://www.r-project.org/>.

Figura 3. Taxa de mortalidade modelada por covid-19 por semana epidemiológica (SE). Cuba. SE 12 de 2020 e SE 18 de 2021



*Por 100.000 habitantes.

Fonte: Dados publicados pelo COVID19CubaData e analisados pela OPAS/OMS.

A utilização de programas como o Joinpoint ou similares nas curvas de tendência do modelo é importante para monitorar quando as mudanças estão ocorrendo ou ocorreram, levando em consideração as medidas implementadas que poderiam ter influenciado essas mudanças. A análise desses fatores corresponde às autoridades nacionais.

Destques de epidemiologia

I. Variantes do SARS-CoV-2

O aparecimento de mutações é um evento natural e esperado dentro do processo evolutivo dos vírus. Desde a caracterização genômica inicial do SARS-CoV-2, esse vírus foi dividido em diferentes grupos ou clados genéticos. Na verdade, algumas mutações específicas definem os grupos genéticos virais (também chamados de linhagens) que estão circulando atualmente em todo o mundo. Devido a vários processos de microevolução e pressões de seleção, algumas mutações adicionais podem aparecer, gerando diferenças dentro de cada grupo genético (chamadas de variantes). É importante mencionar que os nomes do clado, linhagem, variante etc., são arbitrários e não correspondem a uma hierarquia taxonômica oficial.

Desde a identificação inicial do SARS-CoV-2 até 17 de maio de 2021, mais de 1.578.988 sequências genômicas completas foram compartilhadas globalmente por meio de bancos de dados acessíveis ao público.

Desde 17 de maio de 2021, 43 países e territórios nas Américas publicaram um total de 505.008 genomas SARS-CoV-2 na plataforma GISAID, coletados entre fevereiro de 2020 e maio de 2021. Os países e territórios que contribuíram com dados de genoma são: Antigua e Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Bolívia, Bonaire, Brasil, Ilhas Virgens Britânicas, Canadá, Ilhas Caimã, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guadalupe, Guatemala, Guiana Francesa, Jamaica, Martinica, México, Panamá, Paraguai, Peru, Puerto Rico, São Bartolomeu, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Martinho, São Vicente e Granadinas, Santo Eustáquio, Suriname, Trindade e Tobago, Estados Unidos, Uruguai e Venezuela.

Em 25 de fevereiro de 2021, a OMS apresentou propostas de definições operacionais para as variantes de interesse (VOI) e as variantes de preocupação (VOC) do SARS-CoV-2 e as medidas correlatas que a OMS tomará para apoiar os estados-membros e seus institutos nacionais de saúde pública e laboratórios de referência, juntamente com as ações recomendadas que devem ser efetuadas pelos estados-membros. O documento inclui orientações gerais e não exaustivas sobre a priorização de variantes de maior relevância para a saúde pública no contexto mais amplo da transmissão do SARS-CoV-2 e dos mecanismos de resposta de saúde pública e medidas de distanciamento social estabelecidas. Essas definições serão revisadas e atualizadas periodicamente, conforme necessário. A publicação completa está disponível em: <https://bit.ly/3wjt8Gd>.

Em 11 de maio de 2021, a OMS classificou uma variante adicional do SARS-CoV-2, a linhagem B.1.617¹⁴, que foi detectada pela primeira vez na Índia, como um VOC, elevando o número de VOCs para quatro e mantendo a lista anterior de seis VOIs.

A lista de variantes do SARS-CoV-2, de acordo com a classificação da OMS de 11 de maio de 2021, está disponível na Tabela 2.

Tabela 2. Variantes preocupantes (VOC) e variantes de interesse (VOI), de acordo com as classificações da OMS em 11 de maio de 2021

Classificação da OMS das variantes do SARS-CoV-2	Linhagem	Primeiramente detectada por
Variante preocupante	B.1.1.7	Reino Unido
	B.1.351	África do Sul
	P.1	Brasil / Japão
	B.1.617	Índia
Variante de interesse	B.1.525	Reino Unido / Nigéria
	B.1.427/B.1.429	Estados Unidos
	B.1.1.28.2, alias P.2	Brasil
	B.1.1.28.3, alias P.3	Filipinas e Japão
	B.1.526 com E484K ou S477N	Estados Unidos
	B.1.616	França

Observação: A linhagem B.1.617 é dividida em três sub-linhagens (B.1.617.1, B.1.617.2 e B.1.617.3), que diferem em mutações e características fenotípicas. Os dados atualmente disponíveis são muito limitados para fazer distinções claras entre as sublinhagens.

Fonte: OMS. Atualização epidemiológica semanal sobre a covid-19. Publicado em 11 de maio de 2021.15

Globalmente, um aumento no número de países e territórios que relataram VOCs e VOIs continua a ser observado. No entanto, esse aumento deve levar em consideração as limitações relacionadas aos sistemas ou mecanismos de vigilância, bem como a capacidade dos países e territórios de sequenciar as amostras e as diferenças na seleção das amostras a serem sequenciadas.

¹⁴ OMS. Atualização epidemiológica sobre a covid-19 11 de maio de 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3v6e0Mi>

Tabela 3. Resumo de países/territórios que relataram casos de variantes preocupantes (VOC) até 17 de maio de 2021

Resumo	Nome da variante *			
	B.1.1.7	B.1.351	P.1	B. 1.617
Número de países/territórios que relataram casos globalmente	142	97	56	44
Número de países/territórios que relataram casos nas Américas	36	17	21	8

Observação:

*Os dados globais correspondem à Atualização Epidemiológica Semanal sobre a covid-19 da OMS. Publicada em 11 de maio de 2021. Alguns países/territórios relataram mais de uma variante preocupante (VOC).

Fonte: OMS. Atualização Epidemiológica Semanal sobre a covid-19. Publicada em 11 de maio de 2021¹⁵. Dados compartilhados pelos Pontos Focais Nacionais (PFNs) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) ou publicados nos sites dos Ministérios da Saúde, Agências de Saúde ou similares e reproduzidos pela OPAS/OMS.

Com relação à situação nas Américas, em 17 de maio de 2021, 39 países/territórios notificaram a detecção de casos de VOC, representando mais 3 países (Bolívia, Dominica e Haiti) desde a Atualização Epidemiológica sobre a covid-19 da OPAS/OMS, de 14 de abril de 2021.⁴ Em 17 de maio de 2021, a detecção dos quatro VOC foi relatada na Argentina, Aruba, Canadá, México, Panamá e Estados Unidos. Além disso, Brasil, Chile, Costa Rica, Guiana Francesa, Puerto Rico e Suriname detectaram três VOC. **(Tabela 3)**

Tabela 4. Países e territórios que relataram variantes preocupantes (VOC) na Região das Américas, em 17 de maio de 2021

País	B.1.1.7	B.1.351	P.1	B. 1.617
Argentina	Sim	Sim	Sim	Sim
Aruba	Sim	Sim	Sim	Sim
Barbados	Sim	Não	Não	Não
Belize	Sim	Não	Não	Não
Bolívia	Sim	Não	Não	Não
Bonaire	Sim	Não	Não	Não
Brasil	Sim	Sim	Sim	Não
Canadá	Sim	Sim	Sim	Sim
Ilhas Cayman	Sim	Não	Não	Não
Chile	Sim	Sim	Sim	Não
Colômbia	Sim	Não	Sim	Não
Costa Rica	Sim	Sim	Sim	Não
Cuba	Sim	Sim	Não	Não
Curaçao	Sim	Não	Não	Não
Dominica	Sim	Não	Não	Não
República Dominicana	Sim	Não	Não	Não
Equador	Sim	Não	Sim	Não
Guiana Francesa	Sim	Sim	Sim	Não
Granada	Sim	Não	Não	Não
Guadalupe	Sim	Sim	Não	Sim
Guiana	Não	Não	Sim	Não
Haiti	Sim	Não	Sim	Não
Jamaica	Sim	Não	Não	Não
Martinica	Sim	Sim	Não	Não
México	Sim	Sim	Sim	Sim
Panamá	Sim	Sim	Sim	Sim
Paraguai	Não	Não	Sim	Não
Peru	Sim	Não	Sim	Não
Puerto Rico	Sim	Sim	Sim	Não
São Bartolomeu	Sim	Não	Não	Não
Santa Lúcia	Sim	Não	Não	Não
São Martinho	Sim	Sim	Não	Não
São Martinho	Sim	Sim	Não	Sim
Suriname	Sim	Sim	Sim	Não
Trindade e Tobago	Sim	Não	Sim	Não
Turcas e Caicos	Sim	Não	Não	Não
Estados Unidos	Sim	Sim	Sim	Sim
Uruguai	Sim	Não	Sim	Não
Venezuela	Não	Não	Sim	Não

Observação: Os dados são provisórios e estão sujeitos a alterações à medida que os países e territórios fazem ajustes e análises retrospectivas.

Fonte: Dados compartilhados pelos Pontos Focais Nacionais (PFNs) do RSI ou publicados nos sites dos Ministérios da Saúde, Agências de Saúde ou similares- e reproduzidos pela OPAS/OMS.

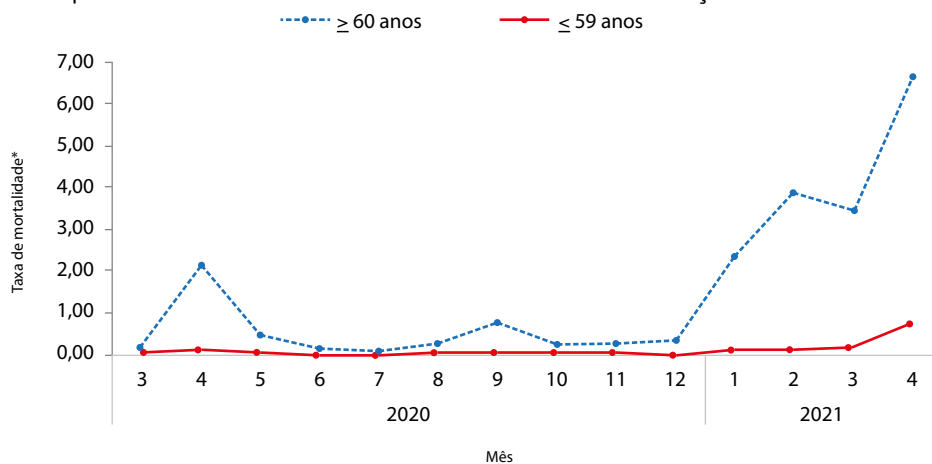
II. Covid-19 em idosos (≥ 60 anos de idade)

Alguns dos artigos publicados^{15,16,17} ou pré-publicados, sobre o impacto das campanhas de vacinação contra a covid-19 proporcionam esperança na redução das taxas de mortalidade e internação em unidades de terapia intensiva (UTI) em idosos (≥ 60 anos de idade). No entanto, é importante levar em conta que as campanhas de vacinação contra a covid-19 não são suficientes por si mesmas para prevenir a transmissão do SARS-CoV-2; portanto, medidas de saúde pública e distanciamento social devem ser mantidas de acordo com a situação epidemiológica de cada país e território.

A tendência observada desde o início da pandemia, em relação às taxas de mortalidade de idosos, também é observada em **Cuba**. Em nível nacional, pessoas com idade ≥ 60 anos tiveram taxas de mortalidade que variavam de 0,12 mortes por 100.000 habitantes (em junho de 2020) a 6,63 mortes por 100.000 habitantes (em abril de 2021). Em comparação, pessoas com idade ≤ 59 anos de idade tiveram taxas de mortalidade que variavam de 0,00 mortes por 100.000 habitantes (em junho e julho de 2020) a 0,74 óbitos por 100.000 habitantes (abril de 2021) (**Figura 4**). Os adultos mais idosos são responsáveis por 80% de todas as mortes por covid-19 relatadas nacionalmente.

Digno de nota, como foi observado em outros países das Américas, houve mudança significativa nas taxas de mortalidade entre o grupo de ≤ 59 anos de idade. Ao comparar as taxas de mortalidade específica por idade de dezembro de 2020 com as de abril de 2021, houve aumento de 0,02 para 0,74 óbitos por 100.000 habitantes em pessoas com idade ≤ 59 anos, ao passo que os idosos aumentaram de 0,33 para 6,63 óbitos por 100.000 habitantes.

Figura 4. Taxas de mortalidade mensal por covid-19 específicas das faixas etárias de idosos (≥ 60 anos) e de pessoas com 59 anos ou menos. Cuba. Março de 2020 a abril de 2021



Observação: *Taxas por 100.000 habitantes.

Fonte: Dados publicados pelo COVID19CubaData e analisados pela OPAS/OMS.

¹⁵ Cook TM, Roberts JV. Impact of vaccination by priority group on UK deaths, hospital admissions and intensive care admissions from covid-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.15442>.

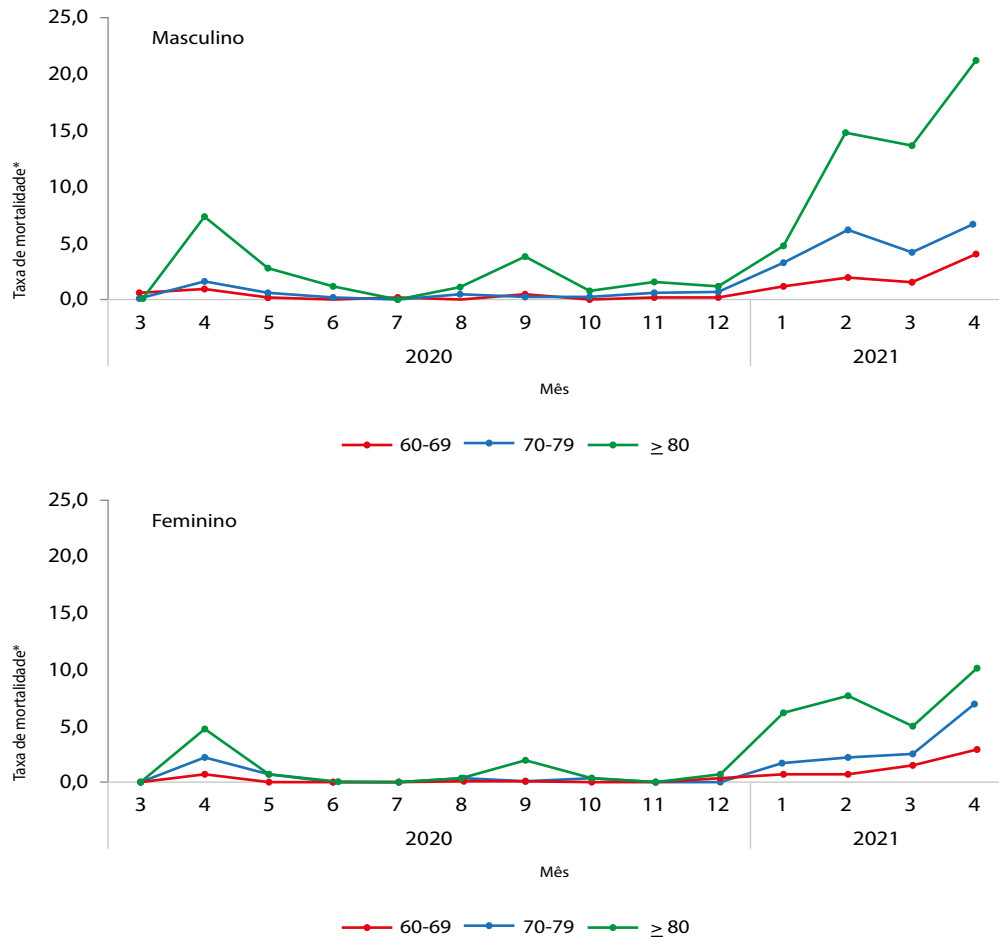
¹⁶ Leshem E, Wilder-Smith A. covid-19 vaccine impact in Israel and a way out of the pandemic. Lancet. 2021 May 5 doi: 10.1016/S0140-6736(21)01018-7. Disponível em: <https://bit.ly/3hk18xC>.

¹⁷ Haas E, Angulo F, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and covid-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. The Lancet, 2021, ISSN 0140-6736, disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00947-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00947-8).

Ao desagregar as taxas de mortalidade de idosos em três subgrupos de idade e analisar a tendência entre março de 2020 e abril de 2021, observa-se que, quanto maior a idade, maior é a taxa de mortalidade para ambos os sexos.

Nos três subgrupos de idade, um aumento nas taxas foi observado a partir de janeiro de 2021; de fato, durante o período de janeiro a abril de 2021, foram observadas as taxas mais elevadas desde a notificação dos primeiros casos confirmados em março de 2020 (**Figura 5**).

Figura 5. Taxas de mortalidade mensal por covid-19 específicas das faixas etárias de idosos (≥ 60 anos), por mês e sexo. Cuba. Março de 2020 a abril de 2021



Observação: *Taxa por 100.000 habitantes entre pessoas com ≥ 60 anos de idade.
Fonte: Dados publicados pelo COVID19CubaData e analisados pela OPAS/OMS.

III. Covid-19 durante a gestação

Embora os pesquisadores continuem a avançar na base de conhecimento relacionada à covid-19 em gestantes, ajudando a preencher as lacunas de conhecimento existentes relacionadas ao impacto da infecção por SARS-CoV-2 no desfecho final da gravidez, é necessário continuar coletando informações para assim contribuir com essa base de conhecimento.

Em comparação com os dados relatados em 2020, um aumento no número de casos e mortes em gestantes positivas para SARS-CoV-2 foi relatado nos 12 países¹⁸ listados na **Tabela 5**. Um aumento foi observado de janeiro a abril de 2021 e, se a tendência de aumento continuar, o número de casos e mortes relatados este ano em breve excederá os números relatados para todo o ano de 2020.

As campanhas de vacinação contra a covid-19, aliadas a medidas de distanciamento social, higienização das mãos e uso adequado de máscaras faciais, direcionadas a esse grupo populacional, deverão impactar a gravidade e a mortalidade observadas até o momento.

Tabela 5. Seleção de indicadores de covid-19 na gravidez em países das Américas. 2020 e 2021 (janeiro a abril)

País	Ano 2020			1º Janeiro - 30 Abril 2021		
	Número de gestantes positivas para SARS-CoV-2	Número de óbitos em gestantes positivas para SARS-CoV-2	TMM*	Número de gestantes positivas para SARS-CoV-2	Número de óbitos em gestantes positivas para SARS-CoV-2	TMM*
Argentina	8.592	40	5,3	3.511	16	2,1
Chile	8.976	5	2,2	5.779	0	0,0
Colômbia	7.626	56	8,0	2.369	13	1,5
Costa Rica	335	3	5,1	210	0	0,0
Cuba	95	0	0,0	619	1	0,9
Guatemala	653	8	1,9	294	1	0,2
México&	10.530	205	10,1	5.438	133	20,9
Panamá&	1.852	4	5,0	561	3	3,8
Paraguai	599	1	0,7	631	14	9,8
Santa Lúcia	2	0	0,0	13	0	0,0
Suriname	41	0	0,0	36	0	0,0
Uruguai	82	0	0,0	742	1	2,1

Observação: & Corresponde a gestantes e puérperas.

* TMM Taxa de mortalidade materna, calculada usando óbitos de gestantes (em alguns casos, incluindo óbitos no período puerperal) positivas para SARS-CoV-2.

Fonte: Centro Latinoamericano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Saúde Reprodutiva (em inglês, Latin American Center for Perinatology/Women's Health and Reproductive Health, ou CLAP/SMR) e informações compartilhadas com a OPAS/OMS pelos Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional ou publicadas nos sites dos Ministérios da Saúde, autoridades sanitárias ou outros órgãos semelhantes, e reproduzidas pela OPAS/OMS.

Desde os primeiros casos notificados de covid-19 nas Américas e até 17 de maio de 2021, houve um total de 202.101 infecções por SARS-CoV-2 em gestantes, incluindo 1.271 mortes (taxa de letalidade de 0,63%), relatadas em 24 países/territórios para os quais as informações estavam disponíveis.

Em comparação com os dados apresentados na Atualização Epidemiológica sobre a covid-19 da OPAS/OMS de 14 de abril de 2021⁴, foram mais 10.201 casos e mais 169 óbitos. Durante o mesmo período, os maiores aumentos relativos nos casos confirmados cumulativos ocorreram na República Dominicana e no Uruguai, ao passo que, para os óbitos, o maior aumento relativo foi observado no Paraguai (**Tabela 6**).

¹⁸ Entre aqueles cujos dados estavam disponíveis.

Tabela 6. covid-19 durante a gestação, por país. Região das Américas. Janeiro de 2020 a 17 de maio de 2021*

País	Número de gestantes positivas para SARS-CoV-2	Número de óbitos em gestantes positivas para SARS-CoV-2	Taxa de letalidade (%)
Argentina	12.103	56	0,46
Bahamas	42	1	2,38
Bolívia	1.858	31	1,67
Belize	228	2	0,88
Brasil	5.931	428	7,22
Chile	9.764	5	0,05
Colômbia	9.995	69	0,69
Costa Rica	545	3	0,55
Cuba	714	1	0,14
República Dominicana	955	42	4,40
Equador	2.145	29	1,35
El Salvador**	272	9	3,31
Guatemala	947	9	0,95
Haiti	82	4	4,88
Honduras	36	N/A	N/A
México ^{&}	16.132	334	2,07
Panamá&	2.413	12	0,50
Paraguai	1.230	15	1,22
Perú**	46.524	114	0,25
Santa Lúcia	15	0	0,00
Suriname	77	0	0,00
Estados Unidos da América	88.880	99	0,11
Uruguai	824	1	0,12
Venezuela**	389	7	1,80
Total	202.101	1.271	0,63

Observação:

N/D: Dados não disponíveis.

*17 de maio de 2021 é a data do relatório mais recente recebido pela OPAS/OMS; as datas de envio à OPAS/OMS ou publicação do último relatório podem ser diferentes entre os países. Dados preliminares sujeitos a alterações com base em investigação retrospectiva.

** Não houve atualizações desde a Atualização Epidemiológica da OPAS/OMS para covid-19 de 14 de abril de 2021³.

& Corresponde a gestantes e puérperas.

Fonte: Centro Latinoamericano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Saúde Reprodutiva (em inglês, Latin American Center for Perinatology/Women's Health and Reproductive Health, ou CLAP/SMR) e informações compartilhadas com a OPAS/OMS pelos Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional ou publicadas nos sites dos Ministérios da Saúde, autoridades sanitárias ou outros órgãos semelhantes, e reproduzidas pela OPAS/OMS.

IV. Covid-19 em populações indígenas

Desde janeiro de 2020 até 17 de maio de 2021, houve 448.956 casos confirmados de covid-19, incluindo 7.884 mortes, notificados em populações indígenas de 18 países da Região das Américas para os quais havia informações disponíveis (**Tabela 7**). Em comparação com os dados apresentados na Atualização Epidemiológica sobre a covid-19 da OPAS/OMS de 14 de abril de 2021⁴, foram mais 25.533 casos confirmados, incluindo 914 óbitos.

Em comparação com a Atualização Epidemiológica anterior da OPAS/OMS, o maior aumento tanto de casos quanto de óbitos foi observado no Paraguai.

Tabela 7. Número cumulativo de casos e mortes por covid-19 confirmados em populações indígenas na Região das Américas. Janeiro de 2020 a 17 de maio de 2021*

País	Número de casos covid-19	Número de óbitos confirmados
Argentina	1.504	45
Belize	1.668	41
Bolívia	13.118	295
Brasil	48.036	672
Canadá	28.118	326
Chile**	40.745	703
Colômbia	46.772	1.425
Costa Rica	158	33
Equador**	5.153	206
Guatemala	13.575	488
Guiana**	95	6
México	19.149	2.904
Panamá**	5.807	102
Paraguai	376	38
Peru	27.838	540
Suriname	604	32
Estados Unidos	195.379	N/D
Venezuela	861	28
Total	448.956	7.884

Observação: N/D: Dados não disponíveis.

*17 de maio de 2021 é a data do relatório mais recente recebido pela OPAS/OMS; as datas de envio à OPAS/OMS ou publicação do último relatório podem ser diferentes entre os países. Dados preliminares sujeitos a alterações com base em investigação retrospectiva.

** Não houve atualizações desde a Atualização Epidemiológica sobre covid-19 da OPAS/OMS de 14 de abril de 2021⁴.

Fonte: Dados fornecidos pelos Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) ou publicados pelos Ministérios da Saúde, Institutos de Saúde, organizações indígenas ou similares e reproduzidos pela OPAS/OMS.

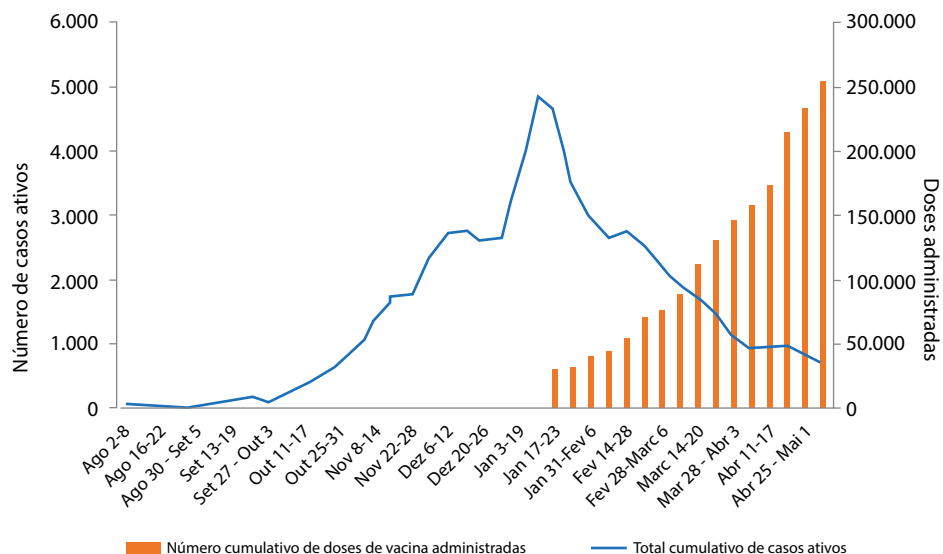
Segue-se uma descrição da situação epidemiológica da covid-19 nas populações indígenas do Canadá.

No Canadá, desde a confirmação do primeiro caso até 11 de maio de 2021, houve 28.118 casos confirmados de covid-19 em populações indígenas, incluindo 326 mortes. Do total de casos confirmados, 26.972 foram notificados como recuperados (96%). As províncias de Alberta (8.103 casos), Manitoba (7.518 casos) e Saskatchewan (6.742 casos) respondem por 80% de todos os casos confirmados nas populações indígenas do Canadá.

No Canadá, as populações indígenas fazem parte dos grupos prioritários para a vacinação contra a covid-19. As campanhas de vacinação em massa nas comunidades indígenas começaram na semana de 17 de janeiro de 2021, data que coincide com o início da redução dos casos ativos notificados. Ao ver a **Figura 6**, uma relação inversa é observada entre o número de casos ativos cumulativos e o número de doses de vacina administradas.

Até 12 de maio de 2021, um total de 416.106 doses foram administradas nesse grupo populacional, das quais 134.740 foram segundas doses.

Figura 6. Número de casos ativos de covid-19 nas comunidades das Primeiras Nações por relatório semanal e número de doses de vacina contra a covid-19 administradas, Canadá. Em 11 de maio de 2021



Observação: * Total cumulativo de doses de vacinas contra a covid-19 administradas, incluindo primeira e segunda doses.
Fonte: Governo do Canadá. Resumo epidemiológico de casos de covid-19 nas comunidades das Primeiras Nações¹⁹ e reproduzido pela OPAS/OMS.

V. Covid-19 em populações com menos de 20 anos de idade

Desde o início da pandemia, ficou claro que crianças e adolescentes têm menor risco de adoecer e morrer por causa da covid-19 em comparação com outras faixas etárias. Além disso, é reconhecido que crianças e adolescentes estão sendo afetados principalmente pelas medidas de controle da transmissão do vírus. Esses efeitos indiretos incluem as consequências negativas do fechamento de escolas, restrições à circulação de pessoas que limitam as oportunidades de brincar e de relacionar-se com a família e os amigos, a perda de trabalho e renda que também afetam a saúde mental dos cuidadores e, consequentemente, as relações entre as crianças e seus cuidadores, a alteração das funções dos serviços de saúde e proteção social, entre outros. É crescente o número de estudos que documentam a magnitude desses efeitos na saúde, no desenvolvimento e na aprendizagem de crianças e adolescentes²⁰.

As evidências disponíveis até agora sugerem que crianças e adolescentes são menos suscetíveis à infecção por SARS-CoV-2 e também transmitem o vírus com menos frequência do que os adultos. Quando adquirem a infecção, geralmente são assintomáticos e, quando ficam doentes, geralmente apresentam uma doença leve com sintomas semelhantes aos de outras doenças comuns nessas idades. Na faixa etária de 0 a 19 anos, estudos sugere-

¹⁹ Governo do Canadá. Resumo epidemiológico de casos de covid-19 nas comunidades das Primeiras Nações. Disponível em: <https://bit.ly/2S3dcJi>

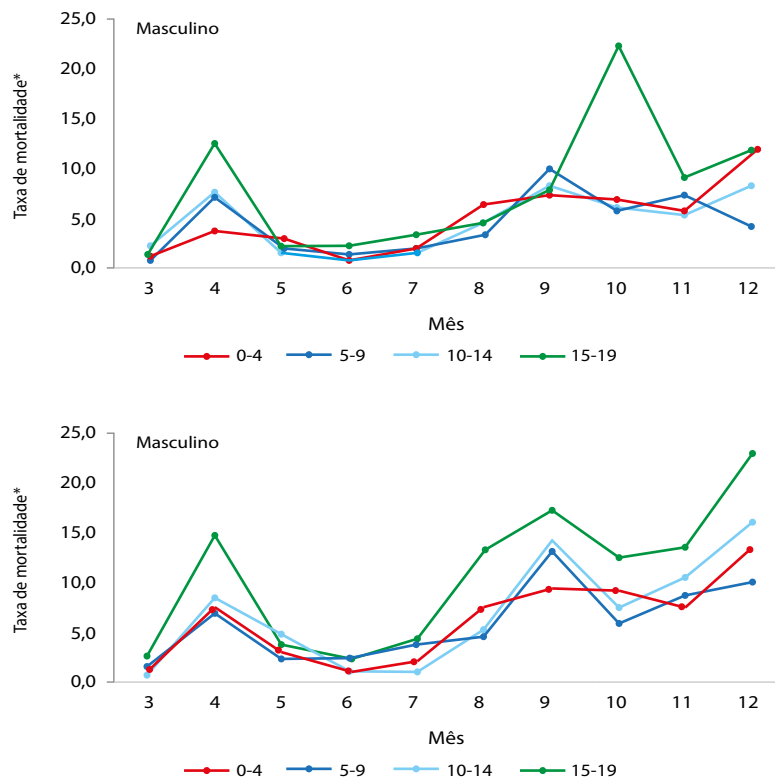
²⁰ Grupo de desenvolvimento sustentável da ONU. Sumário de políticas: O impacto da covid-19 nas crianças. Abril de 2020. Disponível em: <https://bit.ly/38r1JbH>

rem que a suscetibilidade e a transmissão são menores entre crianças menores de 5 anos do que em crianças mais velhas e adolescentes^{21,22,23,24,25}.

A seguir está uma análise das taxas de incidência específica por idade em crianças e adolescentes entre março e dezembro de 2020 em **Cuba**, de acordo com os dados disponíveis.

Na **Figura 7**, os jovens de 15 a 19 anos refletem maior taxa de incidência de adoecimento, tanto entre homens quanto entre mulheres; além disso, dois aumentos importantes são observados para cada um dos sexos: o primeiro em abril para ambos os sexos; e o segundo em outubro para os homens e em agosto-setembro para as mulheres.

Figura 7. Taxas de incidência específica por idade em crianças e adolescentes, por sexo. Cuba. Março a dezembro de 2020



Observação: *Taxa por 100.000 habitantes em pessoas com idade < 20 anos.

Fonte: Dados publicados pelo COVID19CubaData e analisados pela OPAS/OMS.

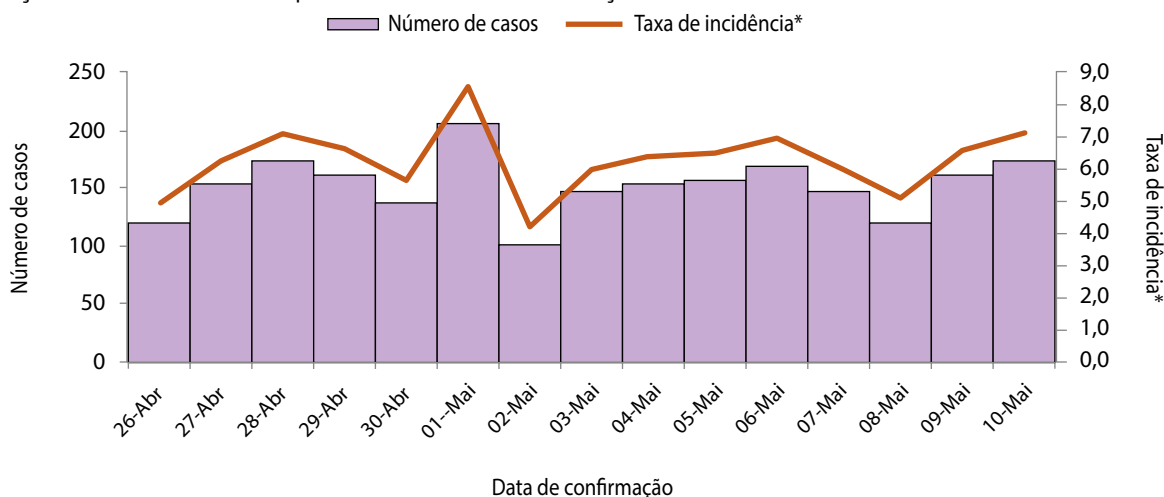
- ²¹ Gaythorpe, K. A., Bhatia, S., Mangal, T., et al. Papel das crianças na pandemia da covid-19: revisão sistemática de dados iniciais de vigilância sobre suscetibilidade, gravidade e transmissibilidade. Imperial College London. 3–26. <https://doi.org/10.25561/84220>.
- ²² Viner, R. M., Mytton, O. T., Bonell, C., et al. Suscetibilidade à infecção por SARS-CoV-2 em crianças e adolescentes, em comparação com adultos: Revisão sistemática e meta-análise. JAMA Pediatrics, 175(2), 143–156. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.457.3>
- ²³ Viner, R. M., Russell, S., Saullé, R., et al. Impacto do fechamento das escolas na saúde física e mental de crianças e jovens: revisão sistemática. MedRxiv, 2021.02.10.21251526. <https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251526>
- ²⁴ Davies, N.G., Klepac, P., Liu, Y. et al. Efeitos ligados à idade na transmissão e controle da epidemia da covid-19. Nat Med 26, 1205–1211 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0962-9>.
- ²⁵ Leidman E, Duca LM, Omura JD, Proia K, Stephens JW, Sauber-Schatz EK. Tendências da covid-19 em pessoas com idade de 0 a 24 anos — Estados Unidos, 1º de março a 2 de dezembro de 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2021; 70:88–94. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7003e1>.

Pela primeira vez desde que foram notificados os primeiros casos no país, observou-se aumento entre janeiro e maio de 2021 não só nas taxas de incidência, mas também nas doenças graves e críticas notificadas em casos do grupo populacional com menos de 20 anos.

Entre março de 2020 e 11 de maio de 2021, 17,5% do total de casos em âmbito nacional correspondiam à faixa etária de menos de 20 anos (20.891), dos quais 15.246 eram menores de 18 anos e, destes, 812 eram menores de 1 ano. No geral, 97% dos casos em crianças com menos de 20 anos de idade foram relatados em 2021.

Ao se levar em consideração a situação epidemiológica entre 26 de abril e 10 de maio de 2021, foi notificada uma média de 152 casos por dia em menores de 18 anos. Nesse mesmo período, as taxas de incidência específicas por idade variaram de 4,1 a 8,5 casos por 100.000 habitantes em crianças com menos de 20 anos (**Figura 8**).

Figura 8. Número de casos e taxas de incidência específica por idade de covid-19 em crianças com < 20 anos, por data de confirmação. Cuba. 23 de abril a 10 de maio de 2021



Fonte: Dados publicados pelo Ministério de Saúde Pública de Cuba²⁶ e reproduzidos pela OPAS/OMS.

Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes temporalmente relacionada à covid-19

Vários relatórios e publicações científicas, de diferentes lugares do mundo, descreveram grupos de crianças e adolescentes que precisaram ser internados em unidades de terapia intensiva (UTI), com quadro inflamatório multissistêmico com algumas características semelhantes às da doença de Kawasaki e da síndrome do choque tóxico. Com base nas evidências disponíveis, a OMS forneceu a definição de caso dessa síndrome, chamada de síndrome inflamatória multissistêmica (MIS) em crianças e adolescentes temporalmente relacionada à covid-19, disponível em: <https://bit.ly/2RBZzgr>.

Embora a MIS-C ocorra com pouca frequência, esses casos resultam em problemas importantes para os sistemas de saúde.

²⁶ Conferência de Imprensa do Ministro de Saúde Pública de Cuba Dr. Francisco Durán (11 de maio de 2021). Acessado em 12 de maio de 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3fhk4WD>.

Na Região das Américas, desde junho de 2020, a OPAS/OMS começou a vigilância ativa dos casos de MIS-C, convidando os estados-membros a compartilhar variáveis mínimas de vigilância epidemiológica que permitissem a caracterização de MIS-C na região.

Entre meados de maio de 2020 e 17 de maio de 2021, um total cumulativo de 5.555 casos confirmados de MIS-C temporalmente relacionados à covid-19, incluindo 123 mortes, foram relatados em 22 países/territórios da Região das Américas (**Tabela 8**).

Desde a Atualização Epidemiológica sobre covid-19 da OPAS/OMS, de 14 de abril de 2021⁴ a 17 de maio de 2021, foram notificados mais 595 casos confirmados, incluindo 12 óbitos. Durante o mesmo período, 23 países e territórios informaram oficialmente à OPAS/OMS que não detectaram casos de MIS-C.

À medida que aumenta o número de casos de MIS-C, é importante que cada país/território caracterize os casos²⁷ de forma a contribuir para o preenchimento das lacunas de informação, principalmente as relacionadas com o manejo clínico e medidas de resposta.

²⁷ OMS. Formulário de Relato de Caso para casos suspeitos de síndrome inflamatória multissistêmica (MIS) em crianças e adolescentes temporalmente relacionada à covid-19. Disponível em: <https://bit.ly/3cTmrUF>

Tabela 8. Distribuição dos casos e mortes oficialmente registrados por síndrome inflamatória multissistêmica (MIS) em crianças e adolescentes temporalmente associada à COVID-19¹¹ na Região das Américas, por país/território, em 11 de setembro de 2020. Maio de 2020 a 17 de maio de 2021*

País/Território	Número de casos confirmados	Número de óbitos confirmados
Argentina	128	1
Barbados	2	1
Brasil	952	63
Bolívia	1	1
Canadá	94	0
Chile	286	5
Costa Rica	33	0
Colômbia	6	3
Cuba	4	0
República Dominicana	132	6
Equador	10	0
El Salvador	19	0
Guiana Francesa	1	0
Guadalupe	4	0
Guatemala	2	0
Honduras	3	0
Panamá	81	2
Paraguai	79	6
Peru	1	0
São Martinho	3	0
Trindade e Tobago	29	0
Estados Unidos	3.685	35
Total	5.555	123

Observação: *17 de maio de 2021 é a data do relatório mais recente recebido pela OPAS/OMS; as datas de envio à OPAS/OMS ou publicação do último relatório podem ser diferentes entre os países. Dados preliminares sujeitos a alterações com base em investigação retrospectiva.

Fonte: Dados fornecidos pelos Pontos Focais Nacionais do Regulamento Sanitário Internacional ou publicados pelos Ministérios da Saúde, Institutos de Saúde ou autoridades sanitárias similares e reproduzidos pela OPAS/OMS.

A seguir, uma breve descrição da situação epidemiológica da MIS-C nas Américas. Em 17 de maio de 2021, Cuba notificou quatro casos de MIS-C e nenhuma morte.

Do número total de casos notificados para os quais dados sobre idade e sexo estavam disponíveis (n = 4.851), 30% tinham idade de zero a 4 anos, 34% de 5 a 9 anos, 26% de 10 a 14 anos e 11% de 15 a 19 anos (os Estados Unidos incluem jovens de 20 anos nessa faixa etária). Em relação à distribuição por sexo, 59% dos casos eram do sexo masculino.

Entre 120 casos fatais para os quais dados sobre idade e sexo estavam disponíveis, 40% tinham idade de zero a 4 anos, 20% de 5 a 9 anos, 15% de 10 a 14 anos e 25% de 15 a 19 anos e 51% eram homens.

VI. Covid-19 em profissionais da saúde

Desde que foram notificados os primeiros casos confirmados de covid-19 e até 12 de maio de 2021, houve 1.827.427 casos de covid-19 em profissionais de saúde, incluindo 9.161 mortes, de acordo com os dados disponibilizados por 23 países das Américas (**Tabela 9**). Isso representa 12% dos 15 milhões de profissionais de saúde estimados nas Américas²⁸.

Tabela 9. Distribuição de casos e mortes cumulativos por covid-19 confirmados em profissionais da saúde na Região das Américas. Janeiro de 2020 a 17 de maio de 2021*

País	Número de casos confirmados de covid-19	Número de óbitos
Argentina	84.493	496
Bahamas	505	13
Belize	315	2
Bolívia	21.659	430
Brasil	753.089	656
Chile	66.606	102
Colômbia	57.321	274
Costa Rica	7.717	33
Equador	12.306	118
El Salvador**	6.609	72
República Dominicana	972	21
Guatemala	6.438	60
Haiti	808	1
Jamaica	861	4
México‡	235.961	3.861
Panamá**	7.925	123
Paraguai	12.857	132
Peru	57.901	1.001
Santa Lúcia	133	0
Suriname	450	0
Estados Unidos	482.432	1.579
Uruguai	7.043	18
Venezuela	3.026	165
Total	1.827.427	9.161

Observação:

*17 de maio de 2021 é a data do relatório mais recente recebido pela OPAS/OMS; as datas de envio à OPAS/OMS ou publicação do último relatório podem ser diferentes entre os países. Dados preliminares sujeitos a alterações com base em investigação retrospectiva.

** Não houve atualizações desde a Atualização Epidemiológica da OPAS/OMS para covid-19 de 14 de abril de 2021³.

‡ Os dados apresentados pelo México correspondem à variável de ocupação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Doenças Respiratórias Virais (SISVER). A análise reflete os casos que relataram exercer uma ocupação relacionada à saúde. É importante esclarecer que as informações coletadas no SISVER não permitem identificar se o contágio ocorreu no local de trabalho, em casa ou na comunidade; nem estabelece se o profissional de saúde está trabalhando atualmente em uma unidade de assistência médica.


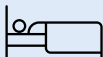





Fonte: Dados fornecidos pelos Pontos Focais Nacionais do RSI ou publicados pelos Ministérios da Saúde ou autoridades sanitárias similares e reproduzidos pela OPAS/OMS.

²⁸ OPAS/OMS. Coletiva de imprensa semanal sobre covid-19: Discurso de abertura do diretor, 12 de maio de 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3uEhbKC>.

Orientação para autoridades nacionais

A OPAS/OMS continua a reiterar e atualizar as recomendações para apoiar todos os estados -membros sobre as medidas de gestão e proteção para covid-19 e reitera as recomendações incluídas nos alertas e atualizações epidemiológicas sobre a covid-19 da OPAS/OMS disponíveis em: <https://www.paho.org/en/epidemiological-alerts-and-updates>.

A seguir estão orientações, relatórios científicos e outros recursos publicados pela OPAS/OMS e pela OMS.

<p>Vigilância, equipes de resposta rápida e investigação de casos</p> 	<p>Tratamento clínico</p> 
<p>Recursos da OMS disponíveis em: https://bit.ly/30zjmCj Recursos da OPAS/OMS disponíveis em: https://bit.ly/36DJi3B</p>	<p>Recursos da OMS disponíveis em: https://bit.ly/3li6wQB Recursos da OPAS/OMS disponíveis em: https://bit.ly/3sadTxQ</p>
<p>Laboratório</p> 	<p>Prevenção e controle de infecções</p> 
<p>Recursos da OMS disponíveis em: https://bit.ly/3d3TJ1g Recursos da OPAS/OMS disponíveis em: https://bit.ly/3oD2Qen</p>	<p>Recursos da OMS disponíveis em: https://bit.ly/3d2ckuV Recursos da OPAS/OMS disponíveis em: https://bit.ly/3nwyOaN</p>
<p>Preparação crítica e resposta</p> 	<p>Viagens, pontos de entrada e saúde de fronteiras</p> 
<p>Recursos da OMS disponíveis em: https://bit.ly/3ljWHBT Recursos da OPAS/OMS disponíveis em: https://bit.ly/36DJi3B</p>	<p>Recursos da OMS disponíveis em: https://bit.ly/3ivDivW Recursos da OPAS/OMS disponíveis em: https://bit.ly/36DJi3B</p>
<p>Escolas, locais de trabalho e outras instituições</p> 	<p>Outros recursos</p>
<p>Recursos da OMS disponíveis em: https://bit.ly/3d66iJO Recursos da OPAS/OMS disponíveis em: https://bit.ly/36DJi3B</p>	<p>Recursos da OMS disponíveis em: https://bit.ly/33zXgRQ Recursos da OPAS/OMS disponíveis em: https://bit.ly/36DJi3B</p>

Referências

1. OPAS/OMS. Atualização epidemiológica: Doença causada pelo coronavírus (covid-19). 14 de abril de 2021, Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3lfCYoh>.
2. OMS. Atualização epidemiológica semanal sobre a covid-19. Publicada em 11 de maio de 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3v6e0Mi>.
3. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na **Argentina**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
4. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na **Bolívia**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
5. Ministério da Saúde do **Brasil**. Disponível em: <https://bit.ly/3vb3JP2> e <https://bit.ly/2OnJAVg>.
6. Governo do **Canadá**. Coronavírus (covid-19) e comunidades indígenas. Disponível em: <https://bit.ly/2lhCEWq>.
7. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Chile**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
8. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na **Colômbia**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
9. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na **Costa Rica**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
10. Ministério da Saúde Pública de **Cuba**. Disponível em: <https://bit.ly/3fhK4WD>.
11. Covid19CubaData. Disponível em: <https://bit.ly/3hBZ98i>.
12. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na **República Dominicana**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
13. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Equador**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
14. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **México**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
15. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Paraguai**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
16. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em **Santa Lúcia**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.

17. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Suriname**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
18. **Estados Unidos**. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Dados sobre covid-19 durante a gestação. Disponíveis em: <https://bit.ly/2SWWyYT>. Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças (MIS-C), disponível em: <https://www.cdc.gov/mis-c/>.
19. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Uruguai**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.

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

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