

Contexto

Em 31 de dezembro de 2019, a República Popular da China registrou um grupo de casos de pneumonia de etiologia desconhecida, posteriormente identificada em 9 de janeiro de 2020 pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças da China como um novo coronavírus. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou esse novo surto como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em 11 de fevereiro de 2020, a OMS nomeou a doença como *coronavirus disease 2019* (COVID-19), ou doença do novo coronavírus 2019, e o Comitê Internacional de Taxonomia Viral (em inglês, *International Committee on Taxonomy of Viruses – ICTV*) nomeou o vírus como “coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2)”. A COVID-19 foi declarada uma pandemia em março de 2020, e, em 31 de julho de 2020, o *status* de ESPII foi reconfirmado na quarta reunião do Comitê de Emergência, convocada pelo Diretor-Geral da OMS conforme o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005), em razão da COVID-19¹. Em 9 de julho de 2020, os copresidentes do Painel Independente de Preparação e Resposta à Pandemia (em inglês, *Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response – IPPR*) foram anunciados para avaliar a resposta global à COVID-19, segundo a resolução adotada em maio de 2020 pela Assembleia Mundial da Saúde².

Destaques de epidemiologia – Região das Américas

Desde a última Atualização Epidemiológica da OPAS/OMS para COVID-19, publicada em 23 de junho de 2020, até 22 de agosto de 2020, 14 milhões de novos casos de COVID-19, incluindo mais de 300.000 mortes, foram registrados globalmente. Do total, três países respondem por 60% dos novos casos: Estados Unidos da América (24%), Índia (18%) e Brasil (17%). A maioria das novas mortes foram registradas no Brasil (19%), Estados Unidos da América (16%), Índia (13%) e México (12%). Em 22 de agosto, os casos diários registrados nos Estados Unidos da América e no Brasil apresentam tendência de queda, enquanto que, na Índia, um aumento sustentado tem sido observado nos últimos dois meses.

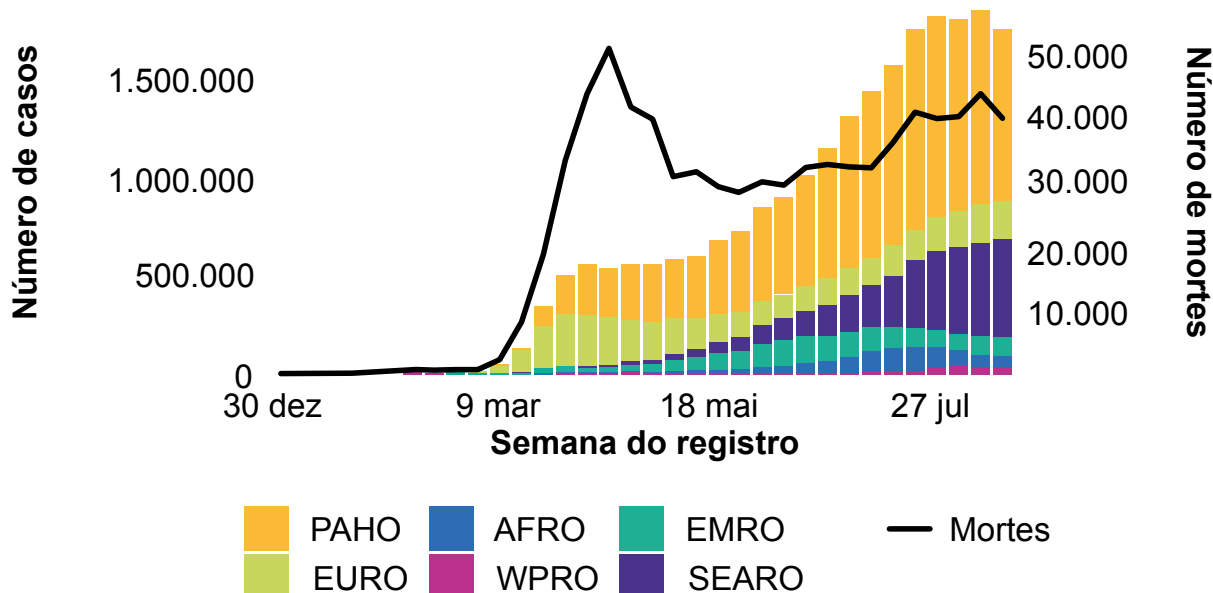
¹ Statement on the fourth meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19). [Declaração da quarta reunião do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) sobre o surto da doença do novo coronavírus (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>

Situação global

Até 22 de agosto de 2020, quase 23 milhões de casos de COVID-19, incluindo aproximadamente 795.000 mortes, foram registrados globalmente em 216 países, territórios ou áreas (ver **Figura 1**)³.

Figura 1. Distribuição de novos casos de COVID-19, por data de registro e Região da OMS. 31 de dezembro de 2019-22 de agosto de 2020



Fonte: Painel da OMS, 23 de agosto de 2020.

Desde a última Atualização Epidemiológica da OPAS/OMS para COVID-19, publicada em 23 de junho de 2020⁴, até 22 de agosto de 2020, o número global de casos e mortes aumentou 158% (~14 milhões de casos adicionais) e 72% (> 300.000 mortes adicionais), respectivamente. A maioria dos novos casos nos últimos dois meses foram registrados pela Região das Américas (56%) e pela Região do Sudeste Asiático (em inglês, *South-East Asia Region* – SEARO) (20%). Três países dessas duas regiões responderam por aproximadamente 60% dos novos casos: Estados Unidos da América (24%, 3 milhões de novos casos), Índia (18%, 2,5 milhões de novos casos) e Brasil (17%, 2,4 milhões de novos casos). Em 22 de agosto, os registros diários de casos nos Estados Unidos da América e no Brasil aparentemente apresentam tendência de queda, enquanto que, na Índia, um aumento sustentado tem sido observado nos últimos dois meses.

A Região das Américas é responsável por 64% das novas mortes registradas globalmente nos últimos dois meses (~ 213.000 novas mortes), embora a Região represente somente cerca de 13% da população global. A maioria das novas mortes ocorridas globalmente foram registradas no Brasil (19%, ~62.000 novas mortes), nos Estados Unidos da América (16%, ~54.000 novas mortes), Índia (13%, ~42.000 novas mortes) e México (12%, ~38.000 novas mortes).

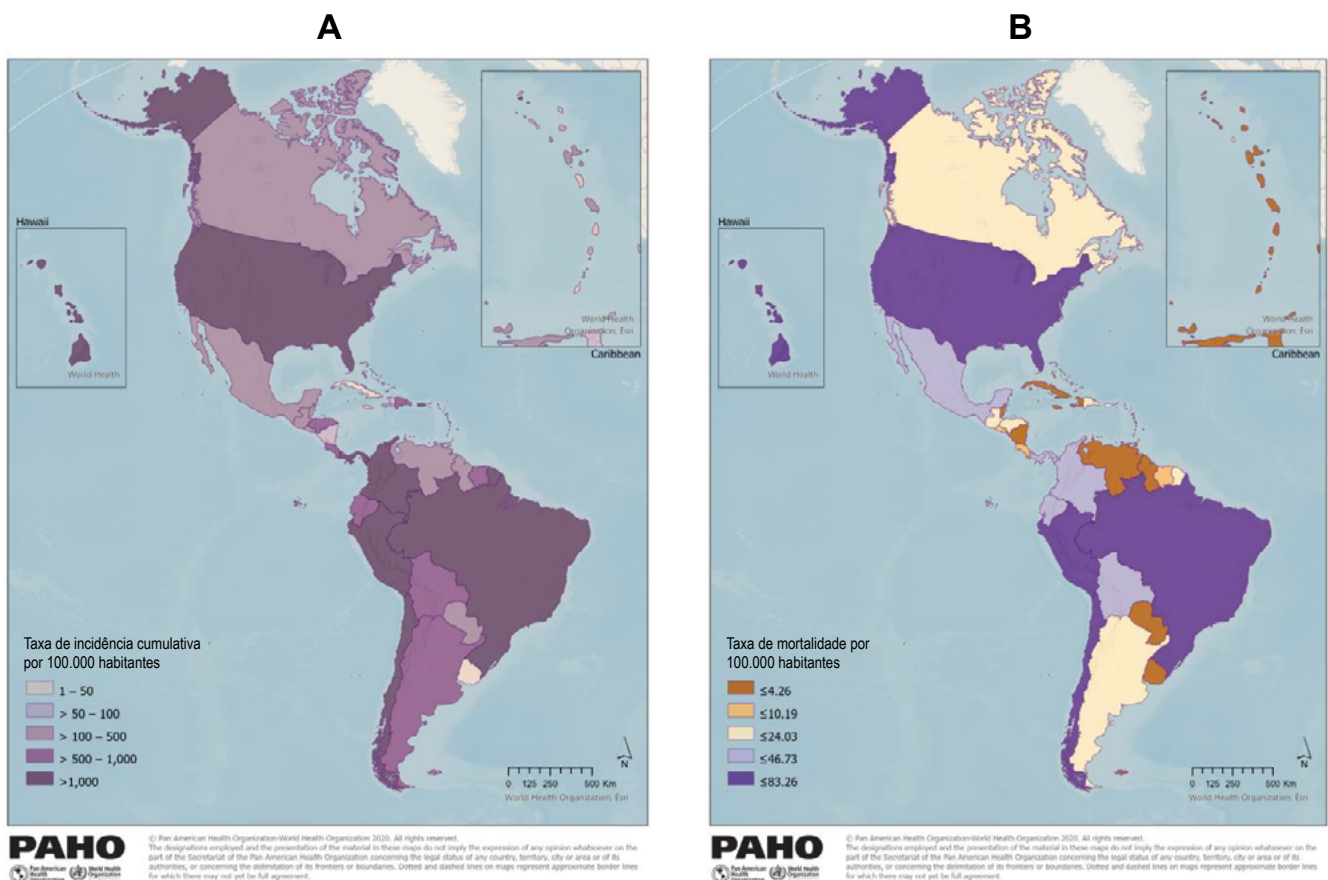
³ WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. [Painel da OMS para a doença do novo coronavírus 2019 (COVID-19).] Disponível em <https://covid19.who.int>

⁴ PAHO/WHO Epidemiological Update on Coronavirus disease (COVID-19), 23 June 2020. [Atualização Epidemiológica da OMS para a doença do novo coronavírus (COVID-19), 23 de junho de 2020.] Disponível em: <https://bit.ly/3kPH6um>

Resumo da situação na Região das Américas⁵

Todos os 54 países e territórios da Região das Américas registraram casos e mortes por COVID-19. Até 22 de agosto de 2020, havia mais de 12,3 milhões de casos de COVID-19, incluindo cerca de 439.000 mortes, o que representa quase o triplo do número de casos e quase o dobro do número de mortes registrados desde 22 de junho (4,4 milhões de casos, incluindo 224.000 mortes). Dos quase 8 milhões de novos casos registrados nos últimos dois meses, 73% foram registrados pelos Estados Unidos da América (42%) e Brasil (31%). Esses dois países também representam 54% das novas mortes registradas; 29% das novas mortes foram registradas pelo Brasil e 25% pelos Estados Unidos da América, seguido de 18% no México e 9% no Peru.

Mapa 1. Taxa de incidência cumulativa de casos de COVID-19 (A) e taxa de mortalidade (B) por 100.000 habitantes na Região das Américas por país/território. Em 23 de agosto de 2020

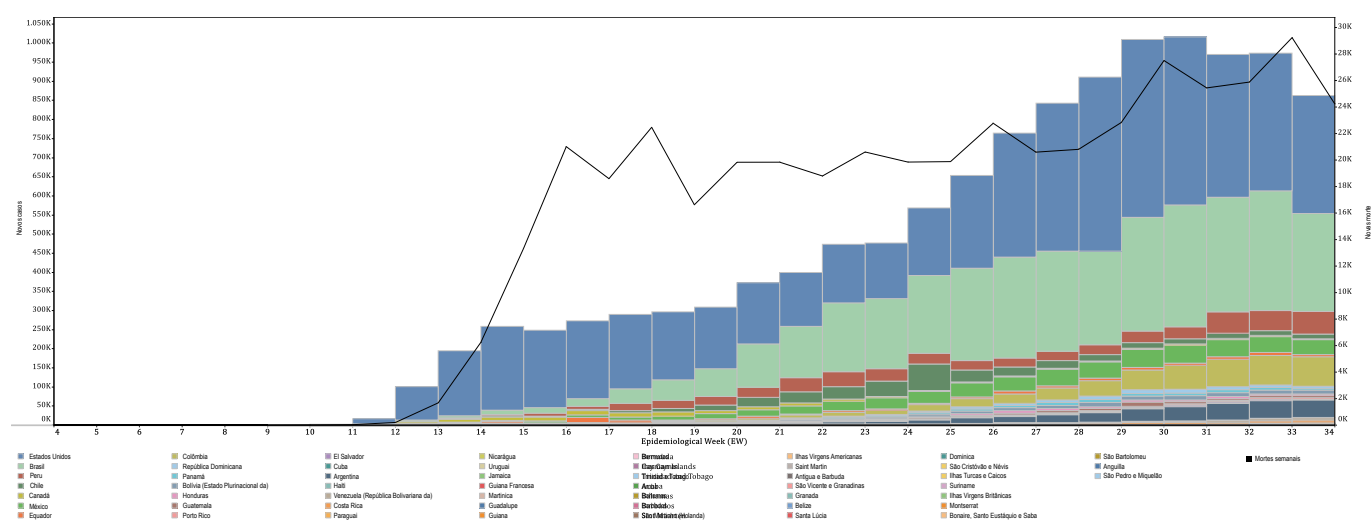


Os países e territórios com as maiores taxas cumulativas de incidência são a Guiana Francesa (2.945 casos por 100.000 habitantes) e o Chile (2.070 casos por 100.000 habitantes), seguidos pelo Panamá, Peru, Estados Unidos da América, Brasil e Aruba, cada qual com uma taxa de incidência cumulativa maior que 1.000 casos por 100.000 habitantes (ver **Mapa 1A**). Os países com maior taxa de mortalidade *per capita* cumulativa em 22 de agosto são Peru (83 mortes por 100.000 habitantes), Chile (56 mortes por 100.000 habitantes), Brasil (53 mortes por 100.000 habitantes) e Estados Unidos da América (53 mortes por 100.000 habitantes) (ver **Mapa 1B**).

⁵ 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 na página [Coronavirus Disease \(COVID-19\) pandemic](#) [Pandemia da doença do novo coronavírus 2019 (COVID-19)].

Na Região das Américas, embora os casos de COVID-19 pareçam ter se estabilizado em alguns países e territórios em nível nacional (por exemplo, nos Estados Unidos e no Canadá), as taxas de registros diários estão acelerando em outros países e territórios, muitos dos quais estão apresentando surtos maiores pela primeira vez desde o início da pandemia na região (por exemplo, países e territórios na sub-região do Caribe). Uma tendência de redução na incidência diária de casos tem sido observada principalmente nos países da sub-região da América do Norte, e especialmente nos Estados Unidos da América (ver **Figura 2**). As tendências neste relatório devem ser interpretadas com cautela, pois dependem de vários fatores que variam consideravelmente entre países e territórios (por exemplo, taxas de testagem, definições de casos, e demora entre os diagnósticos, resultados laboratoriais e registros oficiais etc.).

Figura 2. Distribuição de novos casos de COVID-19, por semana epidemiológica (SE) de registro e por país/território. Região das Américas. SE 4 – SE 34, 2020



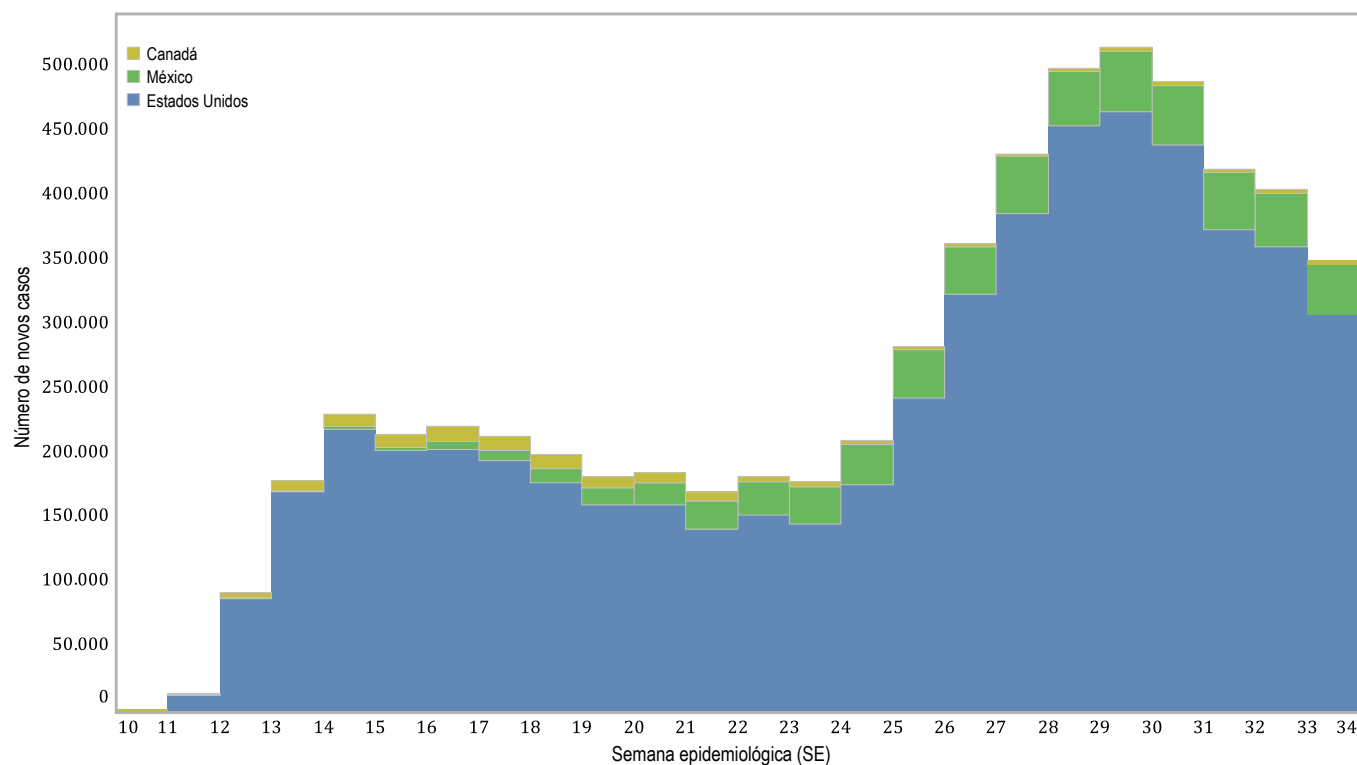
Fonte: Dados fornecidos pelos Ministérios e Institutos de Saúde dos países e territórios da Região e reproduzidos pela OPAS/OMS.

América do Norte

A sub-região da América do Norte, que consiste no Canadá, México e Estados Unidos da América, representa 50% do total de casos e 55% do total de mortes registradas até o momento na região das Américas. Dos aproximadamente 3,7 milhões de novos casos, incluindo quase 93.000 novas mortes registradas na sub-região nos últimos dois meses, a maioria dos novos casos foram registrados nos Estados Unidos da América (89%), seguido pelo México (10%) e Canadá (1%). Das novas mortes, aproximadamente 58% foram registradas nos Estados Unidos da América, 41% no México e 1% no Canadá. Todos os três países registraram transmissão comunitária de acordo com a classificação da OMS para a categoria de transmissão da COVID-19.

A notificação diária de casos de COVID-19 começou a aumentar na semana epidemiológica 11 de 2020 e atingiu o pico na semana epidemiológica 30 (19-25 de julho), quando foram notificados 516.070 novos casos, principalmente nos Estados Unidos da América (ver **Figura 3**). Desde então, a notificação diária de casos diminuiu gradualmente, com um total de 349.737 casos registrados durante a semana epidemiológica 34 (16-22 de agosto), uma diminuição de 32% em relação ao pico apresentado **na Figura 3**.

Figura 3. Distribuição dos casos de COVID-19, por semana epidemiológica (SE) de registro. Sub-região da América do Norte SE 11 – SE 34, 2020



Fonte: Dados fornecidos pelos Ministérios e Institutos de Saúde dos países e territórios da Região e reproduzidos pela OPAS/OMS.

A diminuição das notificações diárias de casos na América do Norte deve-se, em grande parte, à tendência de queda dos casos diários nos **Estados Unidos da América**, que tiveram seu segundo pico no final de julho. De acordo com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (em inglês, *United States Centers for Disease Control and Prevention –US CDC*), a porcentagem de amostras respiratórias positivas para SARS-CoV-2 diminuiu de 6,9% na semana epidemiológica 32 para 6,3% na semana 33, e diminuiu ou manteve-se igual em nove das dez regiões de Saúde e Serviços Humanos⁶.

No **Canadá**^{7,7} as contagens médias de casos diários em âmbito nacional permaneceram estáveis nas últimas três semanas, e o número de hospitalizações e mortes permanece baixo, no geral. No **México**, a notificação diária de casos parece estar em queda, com 5.481 casos relatados em 22 de agosto (média móvel de 7 dias), em comparação a uma média de 7 dias de 7.022 casos em 2 de agosto, uma redução relativa de 22%.

América Central⁸

Até 22 de agosto de 2020, o total de casos confirmados (~266.000) e as mortes (7.203) aumentaram em mais de 300% cada um na sub-região da América Central⁸, comparados aos totais (61.058 casos e 1.580 mortes) registrados na última Atualização epidemiológica da OPAS/OMS para COVID-19, de 23 de junho de 2020. Dos quase 205.000 novos casos registrados nos últimos dois meses, a maioria foi registrada no Panamá (29%), Guatemala (27%) e Honduras (20%). Os mesmos três países também responderam pela maior parte (83%) das novas mortes registradas

⁶ United States CDC. Key Updates for Week 33, ending August 15, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3gtSzwf>

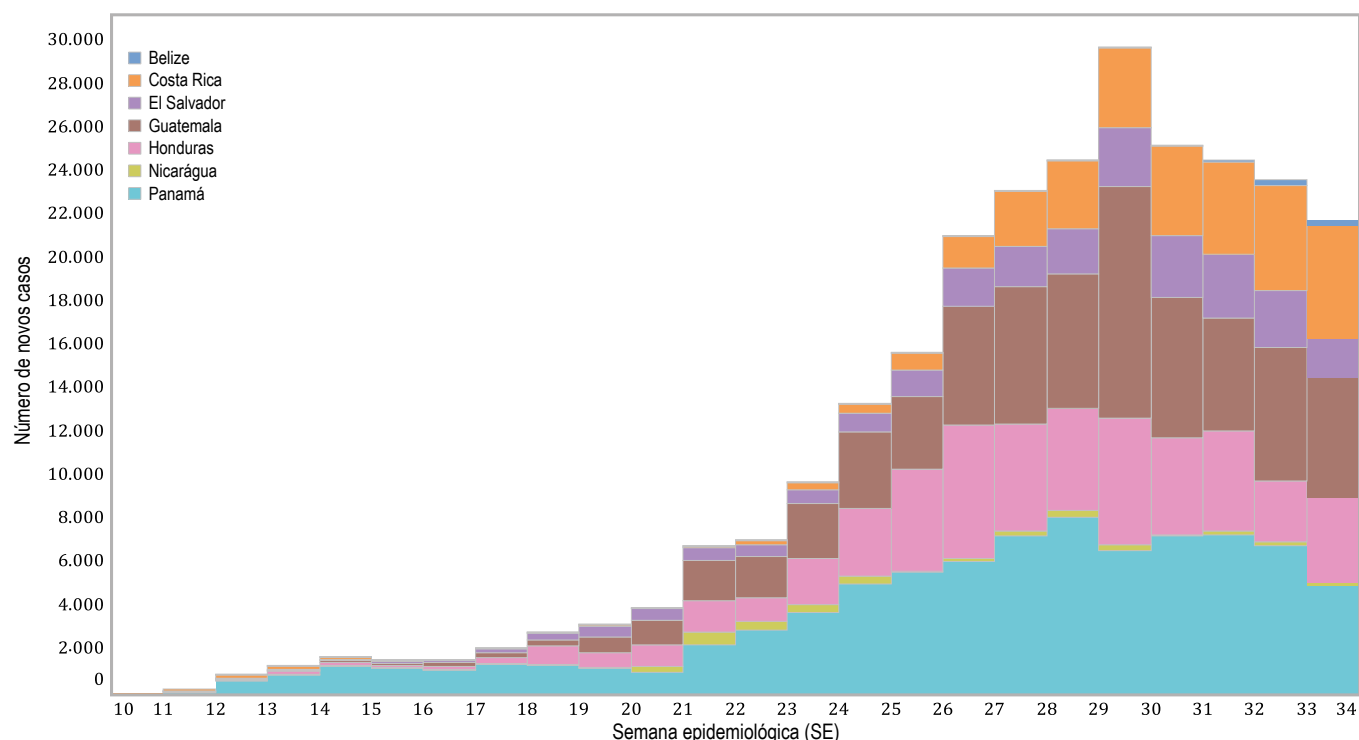
⁷ Statement from the Chief Public Health Officer of Canada on August 24, 2020. Disponível em: [PHAC](https://www.phac.gc.ca)

⁸ Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá.

na sub-região, sendo a maior proporção delas na Guatemala (36%), seguida pelo Panamá (24%) e Honduras (23%). Belize e Costa Rica apresentaram os maiores aumentos relativos nos casos em relação ao total de casos registrados na última Atualização Epidemiológica da OPAS/OMS para COVID-19, de 23 de junho de 2020: um aumento de 29 vezes em Belize (626 novos casos) e um aumento de quase 15 vezes na Costa Rica (~30.000 novos casos). A Costa Rica também registrou um aumento de 28 vezes nas mortes (328 novas mortes), em comparação ao total de mortes registradas até 23 de junho de 2020.

A notificação diária de casos de COVID-19 começou a aumentar na semana epidemiológica 13 de 2020 e atingiu o pico na semana epidemiológica 30 (19-25 de julho), quando foram notificados 29.795 novos casos, principalmente na Guatemala, Panamá e Honduras (ver **Figura 4**). Após uma redução de 15% nos casos durante a semana epidemiológica 31, a próxima diferença substancial na notificação semanal de casos ocorreu entre as semanas epidemiológicas 33 e 34, com uma redução observada de 8% (ver **Figura 4**).

Figura 4: Distribuição dos casos de COVID-19, por semana epidemiológica (SE) de registro. Sub-região da América Central SE 10 – SE 2020. 2020



Fonte: Dados fornecidos pelos Ministérios e Institutos de Saúde dos países e territórios da Região e reproduzidos pela OPAS/OMS.

Na sub-região da América Central, o Panamá relatou a maior incidência cumulativa de casos de COVID-19 (1.913 casos por 100.000 habitantes), seguido pela Costa Rica (571 casos por 100.000 habitantes) e Honduras (515 casos por 100.000 habitantes). As taxas cumulativas mais altas de mortes *per capita* foram registradas no Panamá (41 mortes por 100.000 habitantes), Honduras (16 mortes por 100.000 habitantes) e Guatemala (14 mortes por 100.000 habitantes).

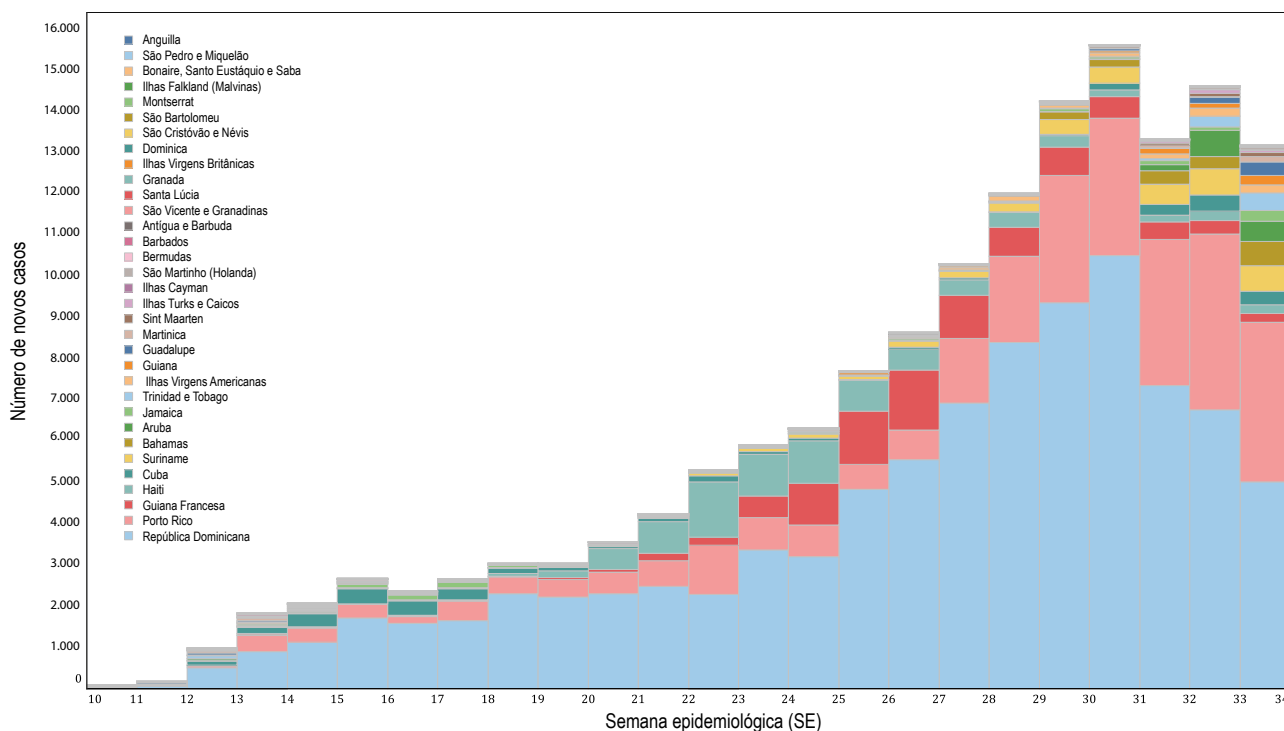
Até o momento, todos os sete países da sub-região da América Central registraram transmissão comunitária de acordo com a classificação da OMS para a categoria de transmissão da COVID-19. Belize foi o último país da sub-região a entrar nesta categoria de classificação, ao declararem transmissão comunitária em 20 de agosto, com 553 casos confirmados, incluindo cinco mortes.

Ilhas do Caribe e Oceano Atlântico⁹

A sub-região das Ilhas do Caribe e Oceano Atlântico registrou mais de 100.000 novos casos, incluindo 1.384 mortes, desde a última Atualização Epidemiológica da OPAS/OMS para COVID-19 em 23 de junho de 2020, um aumento de 230% e 123% nos casos e mortes, respectivamente. Oitenta por cento dos novos casos registrados nos últimos dois meses foram da República Dominicana (59%) e de Porto Rico (21%). A República Dominicana registrou 64% das novas mortes, seguida por Porto Rico (17%) e Haiti (8%). Além da República Dominicana, Porto Rico, Guiana Francesa e Haiti, os países e territórios de Aruba, São Martinho (Holanda), Suriname, Trinidad e Tobago e as Ilhas Virgens Americanas agora também apresentam transmissão comunitária.

Nesta sub-região, a notificação de casos diários de COVID-19 começou a aumentar na semana epidemiológica 12 de 2020 (15 – 21 de março) e atingiu o pico de 15.636 novos casos registrados na semana epidemiológica 31 (26 de julho –1 de agosto), ocorridos principalmente na República Dominicana e Porto Rico (ver **Figura 5**).

Figura 5: Distribuição dos casos de COVID-19, por semana epidemiológica (SE) de registro. Sub-região das Ilhas do Caribe e Oceano Atlântico⁹. SE 10 – SE 34, 2020



Fonte: Dados fornecidos pelos Ministérios e Institutos de Saúde dos países e territórios da Região e reproduzidos pela OPAS/OMS.

O número semanal de novos casos tem oscilado desde a semana epidemiológica 31, com diminuição de 15% na semana 32, aumento de 10% na semana 33 e diminuição de 10% na semana 34, em relação às semanas anteriores (ver **Figura 5**). Países e territórios como Aruba, Bahamas, São Martinho (Holanda), Trinidad e Tobago e Turcas e Caicos, em termos gerais, começaram a registrar aumento no número diário de casos desde a última notificação, com aceleração dos

⁹ Anguilla, Antígua e Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermudas, Bonaire, Santo Eustáquio e Saba, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Caimã, Cuba, Curaçao, Dominica, República Dominicana, Ilhas Falkland, Granada, Guadalupe, Guiana Francesa, Guiana, Haiti, Jamaica, Martinica, Montserrat, Porto Rico, São Bartolomeu, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Martinho (França), São Pedro e Miquelão, São Martinho (Holanda), São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Turcas e Caicos e Ilhas Virgens Americanas.

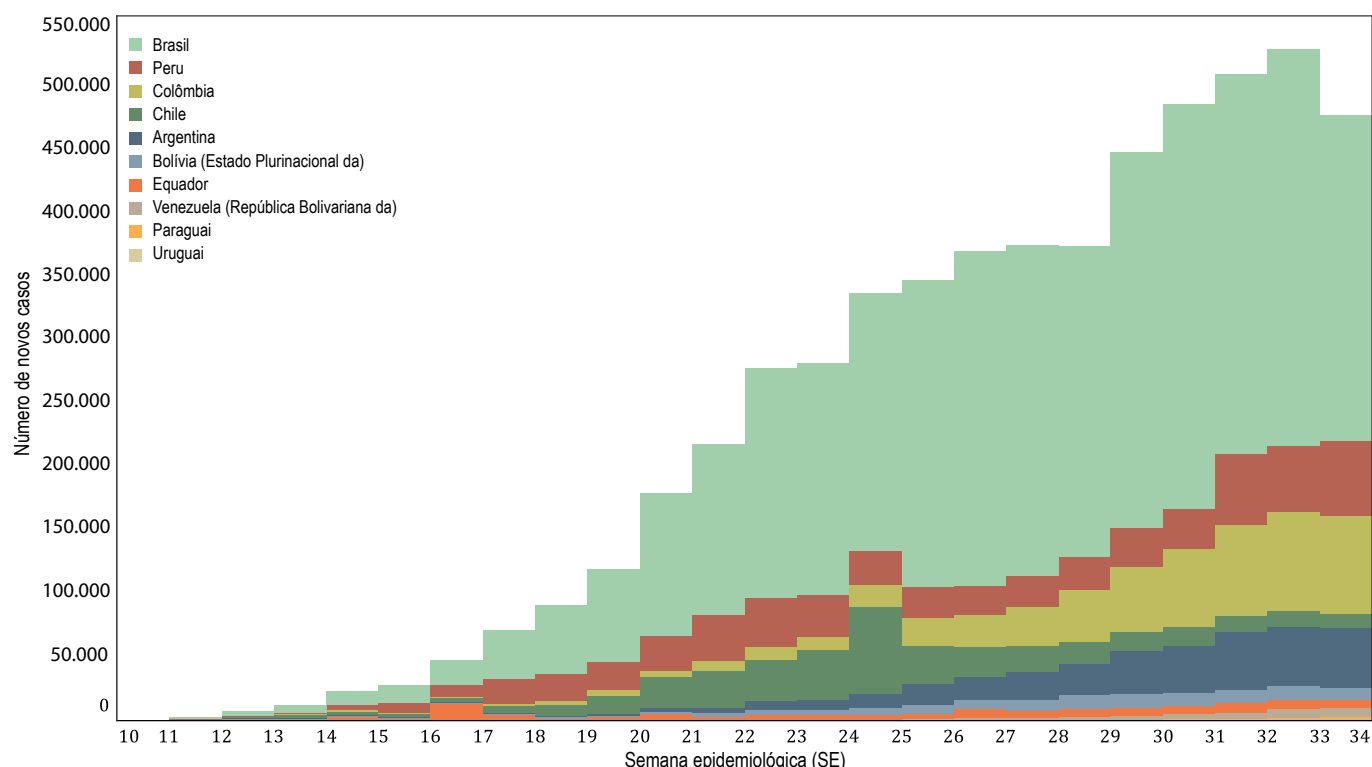
casos registrados nas últimas duas semanas; todos eles flexibilizaram suas medidas de saúde pública e distanciamento social em julho, inclusive reabrindo aeroportos.

América do Sul¹⁰

Após a América do Norte, a América do Sul continua sendo a sub-região com o maior número de casos confirmados e mortes registradas até o momento. Até 22 de agosto de 2020, os 10 países da sub-região registraram um total combinado de mais de 5,6 milhões de casos, incluindo quase 186.000 mortes, ou seja, quase o triplo do número de casos e mais que o dobro do número de casos desde a última notificação (~1.780.000 milhões de casos, incluindo ~71.500 mortes). Todos os três países registraram transmissão comunitária, exceto o Uruguai (*clusters* de casos).

A forma da curva epidêmica na América do Sul (ver **Figura 6**) é amplamente atribuída à situação no Brasil, que tem o segundo maior número de casos cumulativos e mortes registradas até o momento, tanto em nível global como regional. Dos 3,8 milhões de novos casos registrados nos últimos dois meses, as maiores proporções foram registradas no Brasil (64%), seguido pela Colômbia (12%), Peru (8%) e Argentina (7%). Da mesma forma, das 106.000 novas mortes, as maiores proporções foram registradas no Brasil (55%), Peru (17%) e Colômbia (13%).

Figura 6: Distribuição dos casos de COVID-19, por semana epidemiológica (SE) de registro. Sub-região do Sul. SE 10 –SE 34, 2020



Fonte: Dados fornecidos pelos Ministérios e Institutos de Saúde dos países e territórios da Região e reproduzidos pela OPAS/OMS.

Na América do Sul, a notificação semanal de casos de COVID-19 começou a aumentar na semana epidemiológica 13 de 2020 (22 – 28 de março) e atingiu um pico de mais de 530.000 novos casos registrados na semana epidemiológica 33 (9 –15 de agosto), ocorridos principalmente no Brasil, Colômbia e Peru (ver **Figura 6**). Observou-se diminuição de 10% nos casos na semana epidemiológica 34 (16 –22 de agosto).

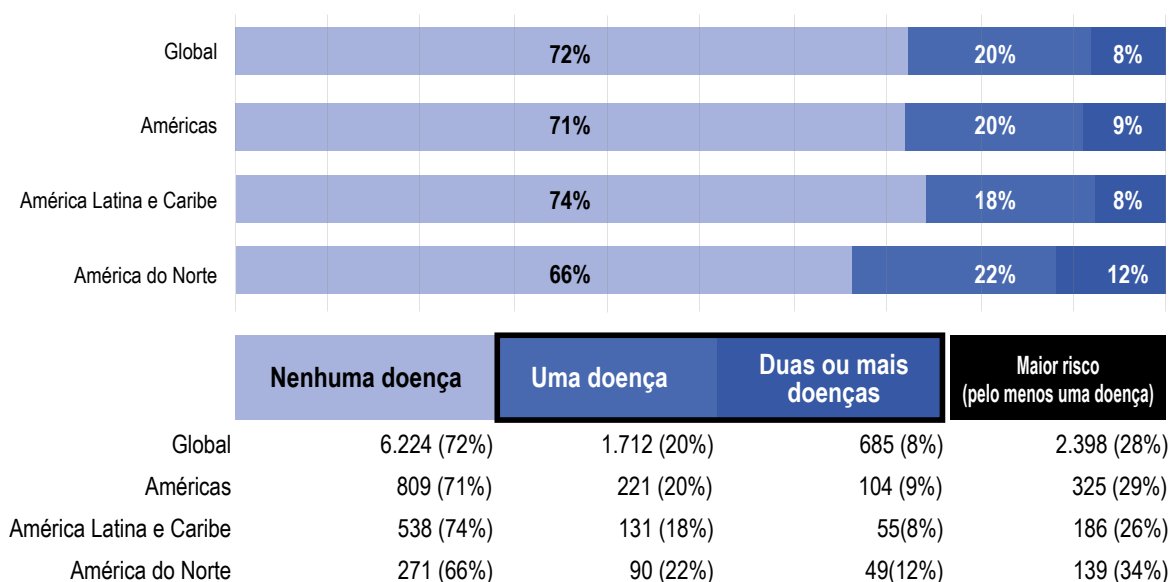
¹⁰ Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru e Venezuela.

Destaque – Comorbidades e idade como fatores de risco para COVID-19

Sabe-se que o risco de uma pessoa infectada desenvolver quadro grave da COVID-19 é mais alto entre idosos e pessoas com comorbidades. Saber qual é o número de pessoas com maior risco de quadro grave de COVID-19 pode ajudar no desenvolvimento de estratégias de proteção, manejo de doenças crônicas e alocação de vacinas para os grupos de risco^{11, 12}.

As populações com maior risco de quadro grave de COVID-19 são aquelas com no mínimo uma comorbidade¹³. A população de alto risco também é estimada, e inclui aqueles que precisariam de hospitalização caso fossem infectados¹⁴. Nas Américas, três em cada dez pessoas (29%), ou cerca de 325 milhões de pessoas, têm maior risco de quadro grave de COVID-19 devido a comorbidades, enquanto há 43 milhões de pessoas consideradas de alto risco. Há um cenário semelhante na América Latina e Caribe, onde cerca de 186 milhões de pessoas (26%) têm maior risco e 25 milhões (4%) são consideradas de alto risco para quadro grave de COVID-19 (ver **Figura 7**).¹⁸

Figura 7. Número (em milhões) e porcentagem da população por número de comorbidades e elevação do risco – Estimativas de alta prevalência



Fonte: Adaptado de Clark A. *et al.* Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *The Lancet Global Health*. 2020 Jun 15.

¹¹ PAHO, 2020. COVID-19 and comorbidities in the Americas: Background information. [OPAS, 2020. COVID-19 e comorbidades nas Américas: Informações de base.] Disponível em: <https://bit.ly/3goDtYT>

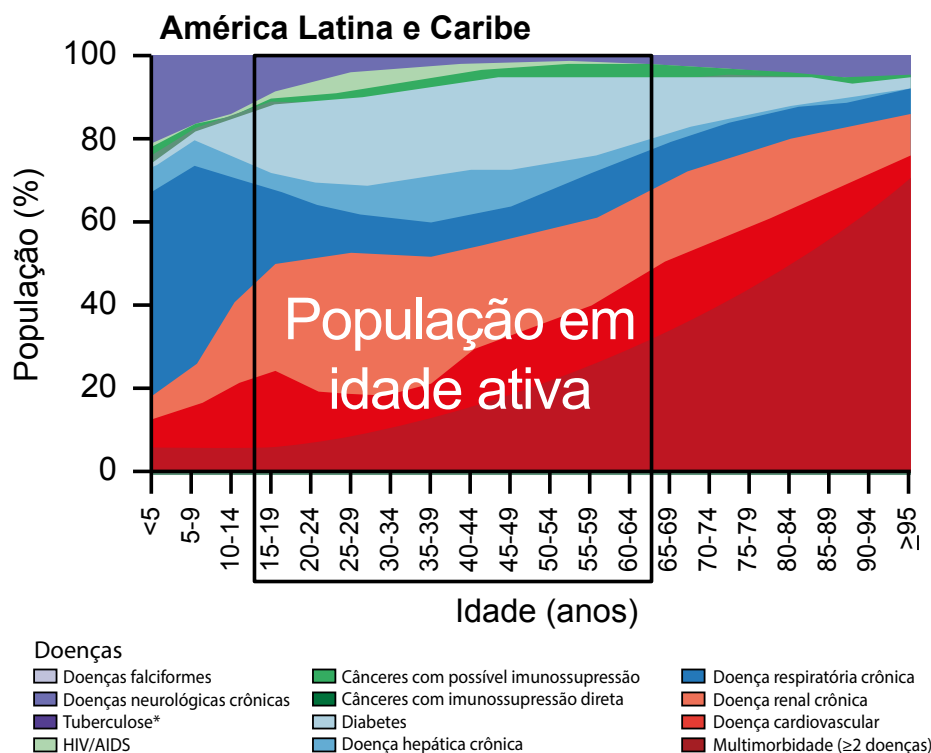
¹² PAHO, 2020. COVID-19 and comorbidities in the Americas: Frequently asked questions. [OPAS, 2020. COVID-19 e comorbidades nas Américas: Perguntas frequentes.] Disponível em: <https://bit.ly/2FTtLkO>

¹³ § Catorze comorbidades são listadas como “maior risco” nos guias das agências de saúde pública (OMS, CDC e PHE), incluindo: doença cardiovascular, doença renal crônica, doença respiratória crônica, doença hepática crônica, diabetes, câncer com imunossupressão, câncer com possível imunossupressão decorrente do tratamento, HIV/AIDS, tuberculose, doenças neurológicas crônicas, transtornos falciformes, tabagismo, obesidade grave e hipertensão.

¹⁴ Clark A, Jit M, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HH, Mercer SW, Sanderson C, McKee M, Troeger C, Ong KL, Checchi F. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *The Lancet Global Health*. 2020 Jun 15. <https://bit.ly/2Yv6uvU>

Pessoas com mais de 65 anos correm risco de quadro mais grave, já que a probabilidade de desenvolver múltiplos problemas de saúde aumenta com a idade. Os adultos em idade ativa, ou seja, indivíduos entre 15 e 64 anos, também são vulneráveis, já que muitos deles vivem com uma ou mais comorbidades (ver **Figura 8**).³

Figura 8. Porcentagem da população com maior risco de quadro grave de COVID-19 por idade, América Latina e Caribe – Estimativas de alta prevalência



Fonte: Adaptado de Clark A. *et al.* Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *The Lancet Global Health*. 2020 Jun 15.

Essas estimativas trazem informações que podem ajudar os países a adaptar sua resposta e proteger melhor os grupos vulneráveis, e a implementar programas inovadores que ajudem esses indivíduos a tratar suas doenças de forma mais segura e sustentada.

Comorbidades e desfechos entre os casos de COVID-19 registrados na América Latina e Caribe

Como parte do sistema de gerenciamento de incidentes estabelecido para responder à pandemia de COVID-19, os países da Região das Américas registraram dados individuais para casos prováveis e confirmados de COVID-19, incluindo dados demográficos, clínicos e de características epidemiológicas, bem como informações sobre potenciais fatores de risco para infecção pelo SARS-CoV-2 e complicações decorrentes da infecção.

Dos 762.302 casos de COVID-19 (prováveis ou confirmados) de 36 países e territórios na América Latina e Caribe, representando 28% de todos os casos confirmados e prováveis registrados na Região das Américas até 17 de junho de 2020, a maioria ocorreu na América do Sul (588.225; 77%), enquanto 159.930 (21%) ocorreram na sub-região da América Central e 162.243 (2%) nas Ilhas do Caribe e Oceano Atlântico. Do total de casos, 349.462 (54%) eram do sexo masculino, 46.922 (6%) tinham idade <20 anos, 589.528 (78%) tinham idade de 20-59 anos, e 122.715 (16%) tinham idade ≥ 60 anos.

Dos 393.742 casos de COVID-19 (52%) com informações sobre hospitalização, 174.252 (44%) foram hospitalizados; 58% dos adultos ≥60 anos e 43% dos adultos de 20-59 anos foram hospitaliza-

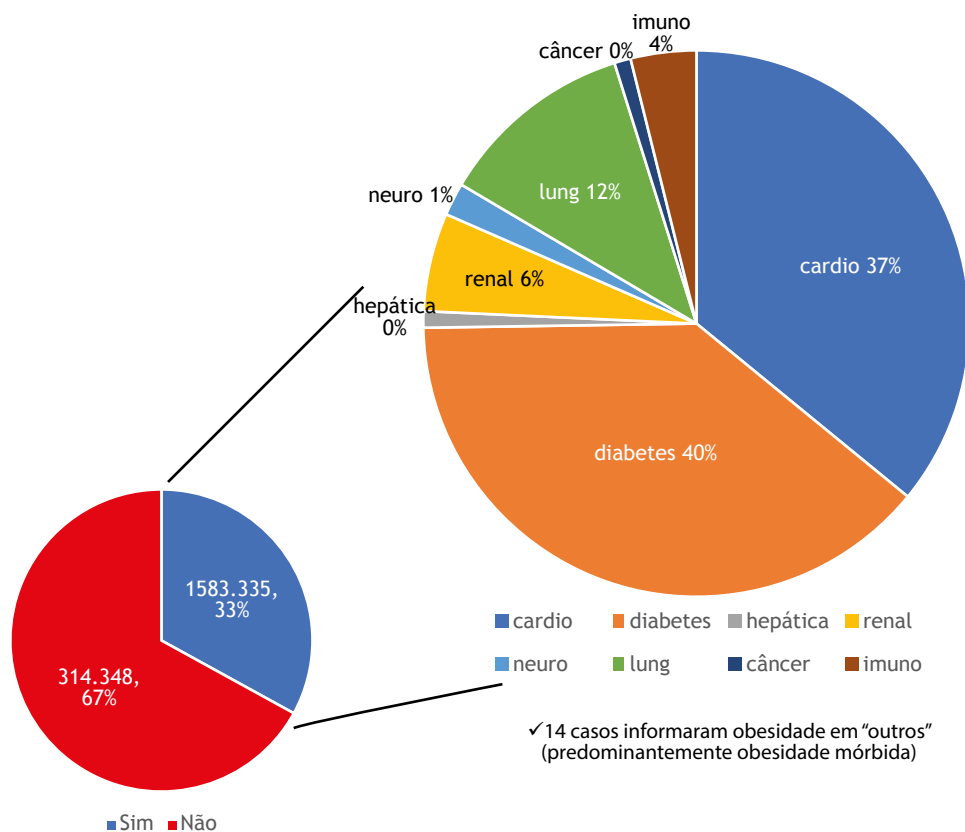
dos, comparados a 24% dos indivíduos <20 anos. Com relação à hospitalização grave, 155.627 (22%) tinham informações sobre internação em unidade de terapia intensiva, ventilação mecânica, oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) ou morte intra-hospitalar. Destes, 29.628 (19%) tiveram desfecho grave na hospitalização. A hospitalização grave teve associação com idade avançada; 45% dos adultos ≥60 anos tiveram hospitalização grave, comparados a 12% dos adultos de 20-59 anos e 8% dos indivíduos <20 anos.

Cerca de metade (45%) dos casos de COVID-19 registrados tinham informações sobre a classificação do desfecho final da doença; destes 344.238 casos, 22.445 (7%) morreram. Vinte e dois por cento dos adultos ≥60 anos morreram, e a mortalidade atingiu 33% em adultos ≥80 anos. A mediana de dias entre o início dos sintomas e a morte foi diferente entre as faixas etárias, variando de 8,5 dias em crianças de 0-9 anos e 9 dias em adultos ≥ 80 anos até 14,5 dias em adultos de 20-29 anos.

Dentre os casos com informações disponíveis, 158.335 (36%) registraram no mínimo uma comorbidade. As comorbidades mais comuns foram diabetes (40%), doença cardíaca (37%) e doença pulmonar (12%) (ver **Figura 9**). A presença de no mínimo uma comorbidade foi estatisticamente associada à idade, mas não ao sexo. Vinte e nove por cento dos adultos de 20-59 anos tinham no mínimo uma comorbidade, comparado a 57% dos adultos ≥ 60 anos. Dentre os casos com informações disponíveis, 69.665 (44%) foram classificados com uma comorbidade, 16.641 (11%) com 2 comorbidades e 2.649 (1,5%) com ≥ 3 comorbidades.

Sessenta e três por cento dos indivíduos que registaram no mínimo uma comorbidade foram hospitalizados, comparado a 53% dos indivíduos sem nenhuma comorbidade. Ao se examinar a associação entre comorbidades e hospitalização, a razão de chances (*odds ratio*, ou OR) para "no mínimo uma comorbidade" foi de 2,92, ajustado para idade, sexo e sub-região. A OR aumentou com o número de comorbidades: para uma comorbidade a OR foi de 2,49; para duas comorbidades, a OR foi de 3,65; e para ≥ 3 comorbidades, a OR foi de 6,87. Quanto à associação entre comorbidades e hospitalização grave, a OR aumentou novamente com cada comorbidade adicional, até 2,69 para ≥3 comorbidades. Finalmente, foram registradas mortes para 61% dos indivíduos com no mínimo uma comorbidade e 39% dos indivíduos sem nenhuma comorbidade. A OR foi 2,20 para no mínimo uma comorbidade, e chegou a 4,44 para ≥3 comorbidades.

Figura 9. Tipos de comorbidades registradas em casos de COVID-19, América Latina e Caribe, 17 de junho de 2020



Nota: do total de casos com informações sobre tipos de comorbidades

Fonte: Dados fornecidos pelos Ministérios e Institutos de Saúde dos países e territórios da Região e reproduzidos pela OPAS/OMS.

No geral, a análise mostrou que hospitalização e hospitalização-grave tiveram associação com idade mais avançada. Um terço dos casos registraram pelo menos uma comorbidade. As comorbidades mais frequentemente registradas incluíram diabetes, doença cardíaca e doença pulmonar. A presença de pelo menos uma comorbidade, independentemente da respectiva gravidade, esteve associada a uma maior frequência de hospitalização, quadro grave e morte. A associação entre comorbidades e desfechos graves da COVID-19 aumentou com o número acumulado de comorbidades. Os achados ressaltam a importância de se reforçarem as mensagens de comunicação para grupos de alto risco, incluindo idosos e indivíduos com doenças crônicas.

Destaque – COVID-19 em populações indígenas

Desde o início da pandemia da COVID-19 na Região das Américas até 22 de agosto, 93.622 casos confirmados, incluindo 1.893 mortes (2,0%), foram registrados em povos ou comunidades indígenas de 11 países com informações disponíveis nas Américas.

Comparando-se os dados atuais com os dados publicados na Atualização Epidemiológica da OPAS/OMS em 5 de agosto¹⁵, o maior aumento relativo do número de casos em povos indígenas foi observado na Colômbia, seguido pelo Equador e pelo Brasil. Em relação ao número de mortes, o maior aumento relativo foi observado no Equador, seguido pela Colômbia (ver **Tabela 1**).

Tabela 1. Número de casos confirmados e mortes por COVID-19 em povos indígenas na Região das Américas. 1 de janeiro a 27 de setembro de 2020¹⁶

País	Nações indígenas ou comunidades indígenas	Número de casos confirmados	Número de mortes	Aumento relativo dos casos [‡]	Aumento relativo das mortes [‡]
Bolívia	Moxeño Trinitario, Movima, Mojeño ignaciano, Cabineño, Trinitario río marmoré, Guarayos, Chiquitano, Cuyubaba, esse eja, Tacana cabineño, Guarani, Yucaré, Baure, Itonama, Sirionó, Ayoreo, Mosestén, Yuqui, Canichana, Leco de apolo e Araona	1.881	89	n/d	n/d
Brasil*	Alagoas e Sergipe, Altamira, Alto Rio Jurua, Alto Rio Negro, Alto Rio Purus, Alto Rio Solimões, Amapá e Norte do Pará, Araguaia, Bahia, Ceará, Cuiabá, Guamá-Tocantins, Interior Sul, Kaiapó do Mato Grosso, Kaiapó do Pará, Leste de Roraima, Litoral Sul, Manaus, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões e Afluentes, Minas Gerais e Espírito Santo, Parintins, Pernambuco, Porto Velho, Potiguara, Rio Tapajós, Tocantins, Vale do Javari, Vilhen, Xavante, Xingu e Yanomami	21.142	352	50%	36%
Canadá**	Alberta, British Columbia, Quebec, Ontario e Saskatchewan	429	6	6%	0%
Colômbia	Ambaló, Andoque, Arhuaco, Awá, Bari, Bora, Cocama, Coconuco, Coregaje, Cubeo, Curripaco, Desano, Dujos (Tamas), Embera, Embera Chami, Embera Katio, Esperera Siadipara, Guayabero, Inga, Kamëntsa, Kankuamo, Kichwa, Kizgó, Kofán, Matapí, Miraña, Misak (Guambiano), Mokana, Muinae, Muisca, Murui (Uitoto), Nasa (Paéz), Pasto, Piapoco, Pijao, Piratapuyo, Polindara, Puinave, Quillacinga, Sáлива, Sikuani (Guahibo), Siona, Tanimuca, Tariano, Tikuna, Totoró, Tubara, Tucano, U'wa, Wayuu, Wiwa, Wounaan (Wounaan), Yagua, Yanacóna, Yukpa, Yukuna e Zenú	6.478	236	52%	56%
Equador	Achuar, Cofan, Kichwa, Secoya, Shiwiar, Shuar, Siona, Wa Zapara Zapara	2.113	86	45%	219%
Guatemala	Maya, Garífuna e Xinca	2.675	131	n/d	n/d
México	Pessoas que se reconhecem como indígenas	6.072	877	12%	15%
Panamá	Comarca Ngäbe-Bugle, Comarca Emberá Wounaan, Comarca Guna de Wargandí, Comarca Guna de Madungandí, Territorio Emberá Alto Bayano e Tierras colectivas Emberá Wounaan	2.415	47	n/d	n/d
Peru	Awajun (aguaruna, aents), Quichua – Quichua Runa, Kichwa, Shipibo – Conibo – Shetebo, Achuar, Achual, Ashaninka, Cacataibo (Uni), Uruarina (Itukale, Shimaco, Kacha), Cocama – Cocamilla, Yine – Yami ("Piro"), Yagua (Yawa, Nihawo), Wampis (Huambisa), Mayoruna (Matse), Bora (Miamuna), Huitoto (Incluye Murui, Meneca, Munaine), Shawi (Chayahuita, Kanpunan, Kampu Pi-yaw, Ticuna (Duuxugu), Candoshi – Murato, Asheninka, Yanasha ("Amuesha"), Secoya (Aido Pai), Ese'Eja ("Huarayo"), Amaraeri, Jebero (Shiwilu, Sewello), Otros Grupos Indígenas Amazonicos, Amahuaca, Capanahua (Junikuin), Huaorani (Tagaeri, Taromenane), Ocaina (Ivo'Tsa), Orejon (Mai Huna, Maijuna), Pisabo (Mayo, Kanibo), Resigaró, Shapra, Toyoeri, Arasaire, Isconahua (Icobakebo), Yaminahua, Sharanahua / Marinahua (Onikoin), Yora ("Nahua", "Parquenahua"), Cashinahua (Junikuin), Nomatsiguenga, Machiguenga (Matsigenka), Culina (Madija), Mastanahua, Sapiteri, Iquito e Harakmbut	11.182	69	4%	23%
Estados Unidos da América***	Alaska, Alburqueque, Bemidji, Billings, California, Great Plains, Nashville, Navajo, Oklahoma City, Phoenix, Portland e Tucson	39.051	n/d	20%	n/d
Venezuela	Pemón, Kurripaco, Yeral, Yanomami e Warao	184	n/d	3%	n/d

Notas da tabela:

N/D: Dados não disponíveis.

¹⁵ Pan American Health Organization / World Health Organization. Epidemiological Update: COVID-19 among indigenous peoples in the Americas. 5 August 2020, Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2020. [Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Atualização Epidemiológica: COVID-19 em povos indígenas nas Américas. 5 de agosto de 2020, Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3hiD3EL>

¹⁶ Para obter as referências da Tabela 1, consulte a última página:

‡ Aumento relativo em comparação aos dados publicados na Atualização Epidemiológica da OPAS/OMS de 5 de agosto de 2020.

*Brasil: Os dados correspondem aos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

**Canadá: Os dados correspondem às províncias.

***Estados Unidos da América: Os dados correspondem a 12 áreas do Serviço de Saúde Indígena (em inglês, *Indian Health Service*, ou IHS).

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

Orientações e recomendações às autoridades nacionais

A OPAS/OMS continua reiterando e atualizando suas recomendações em apoio a todos os Estados Membros, com medidas para manejo e proteção contra a doença. A última orientação provisória, *Public health surveillance for COVID-19: interim guidance [Vigilância em saúde pública para a doença do novo coronavírus (COVID-19): orientação provisória]*¹⁷, publicada em 7 de agosto de 2020, substituiu duas versões anteriores: *Global surveillance guidance for COVID-19 caused by human infection with COVID-19 virus: Interim guidance [Vigilância Global para a doença COVID-19, causada pela infecção de seres humanos pelo novo coronavírus (COVID-19): orientação provisória]* e *Surveillance strategies for COVID-19 human infection: Interim Guidance [Estratégias de vigilância para infecção de seres humanos pela doença do novo coronavírus (COVID-19): orientação provisória]*, de 10 de maio de 2020. Informações adicionais e atualizações desde a última Atualização Epidemiológica da OPAS/OMS para COVID-19, publicada em 23 de junho de 2020, e fornecidas no documento *Public health surveillance for COVID-19: interim guidance [Vigilância em saúde pública para a doença do novo coronavírus (COVID-19): orientação provisória]*, estão descritas nas seções a seguir.

1. Vigilância

Estratégias de Vigilância

A OPAS/OMS recomenda que sejam seguidas as orientações do documento *Public health surveillance for COVID-19 [Vigilância em saúde pública para a doença do novo coronavírus (COVID-19)]*, juntamente com as do documento *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19¹⁸ and Contact tracing in the context of COVID-19 [Ações críticas de preparação, prontidão e resposta à COVID-19 e rastreamento de contatos no contexto da COVID-19]*¹⁹.

Para interromper a transmissão da COVID-19, as seguintes atividades devem ser realizadas:

- Detecção precoce de casos suspeitos.
- Testagem laboratorial.
- Isolamento.
- Rastreamento e quarentena de contatos.

A última orientação inclui a revisão das definições de casos suspeitos e prováveis, conforme segue, ampliando o espectro clínico de sinais e sintomas da COVID-19.

¹⁷ Public health surveillance for COVID-19: interim guidance. Disponível em: <https://bit.ly/3aRXUfP>

¹⁸ Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Disponível em: <https://bit.ly/2EnJ2Kb>

¹⁹ Contact tracing in the context of COVID-19. Disponível em: <https://bit.ly/3hq6Vis>

Caso suspeito de COVID-19

- A) Pessoa que atenda aos critérios clínicos E epidemiológicos:

Critérios clínicos: 1. Início agudo de febre E tosse; ou 2. Início agudo de três ou mais dos seguintes sinais ou sintomas: febre, tosse, fraqueza geral/fadiga, dor de cabeça, mialgia, dor de garganta, coriza, dispneia, anorexia/náusea/vômitos, diarreia, alteração do estado mental.

E

- B) Critérios epidemiológicos: 1. Residir ou trabalhar em uma área com alto risco de transmissão do vírus: por exemplo, ambientes residenciais fechados e cenários humanitários, como acampamentos e outros alojamentos para pessoas deslocadas, em qualquer momento nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas; ou 2. Residir ou viajar para uma área com transmissão comunitária² em qualquer momento nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas; ou 3. Trabalhar em um local de assistência à saúde, incluindo instituições de saúde e domicílios, em qualquer momento nos 14 dias anteriores ao início dos sintomas.

Paciente com doença respiratória aguda grave (SRAG: síndrome respiratória aguda grave com histórico de febre ou temperatura aferida ≥ 38 °C; e tosse; com início nos últimos 10 dias; e com necessidade de hospitalização).

Caso provável de COVID-19

- A) Paciente que atenda aos critérios clínicos acima E seja um contato de um caso provável ou confirmado, ou epidemiologicamente ligado a um *cluster* de casos com pelo menos um caso confirmado identificado no cluster em questão.
- B) Caso suspeito (descrito acima) com imagem torácica mostrando achados sugestivos de COVID-19.

Os achados típicos sugestivos de COVID-19 em imagens torácicas incluem os seguintes (Manna 2020):

- radiografia de tórax: opacidades em vidro fosco, geralmente de morfologia arredondada, com distribuição periférica e nas bases do pulmão;
 - TC de tórax: múltiplas opacidades em vidro fosco bilaterais, geralmente de morfologia arredondada, com distribuição periférica e nas bases do pulmão.
- C) Ultrassom pulmonar: linhas pleurais espessadas, linhas B (multifocais, discretas ou confluentes), padrões consolidativos com ou sem broncogramas aéreos.
- D) Pessoa com início recente de anosmia (perda de olfato) ou ageusia (perda de paladar) na ausência de qualquer outra causa identificada.

Morte, sem nenhuma outra explicação, em um adulto com desconforto respiratório antes da morte E que tenha sido contato de um caso provável ou confirmado, ou epidemiologicamente ligado a um cluster com pelo menos um caso confirmado no cluster em questão.

Excesso de mortalidade

Estratégias de intervenção de saúde pública para reduzir a mortalidade decorrente da pandemia de COVID-19 dependem especificamente das causas, e requerem a disponibilidade de dados precisos de mortalidade. Ao se medir a mortalidade decorrente da COVID-19, é difícil obter dados precisos sobre as causas específicas, porque:

- a incerteza sobre o diagnóstico pode levar a uma contagem incorreta das mortes por COVID-19;
- a atribuição de categorias às infecções por COVID-19 não esclarece totalmente a história do ponto de vista da saúde pública, já que a infecção aumenta o risco de mortalidade por outras doenças;
- o aumento da carga ou da saturação dos serviços de saúde durante a pandemia pode levar ao aumento da mortalidade por outras doenças; e
- o desafio de se diagnosticarem mortes por COVID-19 fora dos hospitais cria uma barreira significativa para a obtenção de dados precisos das causas específicas de mortalidade.

A análise do excesso de mortalidade por todas as causas é uma estratégia sólida e recomendada para avaliar o impacto da COVID-19, pois captura o efeito líquido de todos os fatores que podem aumentar ou diminuir a mortalidade, e é facilmente mensurável com base nos sistemas existentes de Registro Civil e Estatísticas Vitais.

Exemplo de caso – Peru

A análise do excesso de mortalidade foi aplicada ao caso do Peru, com base em dados oficiais do *Repositorio Único de Información de Salud, Ministerio de Salud*, incluindo mortes registradas de 2017 a 2020 e mortes por COVID-19^{20, 21}. Foram realizadas avaliações de qualidade e correção dos dados para subnotificação (2017-2020), e foram obtidas estimativas das mortes e taxas de mortalidade esperadas e o limiar correspondente com base nos anos anteriores (2017-2019). A mediana (percentil 50) e o terceiro quartil (percentil 75) foram calculados. O número absoluto de mortes, as taxas de mortalidade específicas por idade e sexo e as taxas de mortalidade padronizadas para a idade, que consideram o tamanho da população e a respectiva distribuição etária, foram calculados semanalmente para estimar o excesso de mortalidade.

Entre as semanas epidemiológicas 12 e 21 de 2020 no Peru, foram estimados um total de 55.477 mortes e um excesso de 21.260 mortes em comparação à mediana dos anos anteriores (2017-2019). Das mortes em excesso, 4.510 (21%) foram atribuídas à COVID-19. O excesso de mortalidade aumentou quase exponencialmente, semana após semana, durante esse período. Os achados sugerem que:

- existe um alto nível de excesso de mortalidade decorrente da pandemia de COVID-19;
- há um alto número de mortes em excesso atribuídas a causas não-COVID-19 ou outras causas (79%), que podem ser indiretamente atribuídas à pandemia de COVID-19; e
- o nível mais alto que o esperado de mortes em excesso por causas não-COVID-19 sugere uma possível subnotificação de mortes por COVID-19.

Informações detalhadas e os resultados do estudo estão disponíveis online²².

²⁰ Repositorio Único de Información de Salud, Ministerio de Salud. Disponível em: <https://bit.ly/3gs1xKx>

²¹ Fallecidos por COVID-19 –[Ministerio de Salud –MINSA]. Disponível em: <https://bit.ly/3j1PDbL>

²² Case Study: Excess Mortality in Peru. Disponível em: <https://bit.ly/32thg7h>

O monitoramento do excesso de mortalidade facilita a mitigação da pandemia de COVID-19, ao oferecer:

1. perspectivas sobre a efetividade das intervenções de saúde e saúde pública;
2. informações de suporte para a tomada de decisões, formulação de ações estratégicas e definição de políticas;
3. informações completas sobre fatores que afetam a mortalidade e a saúde da população, incluindo causas específicas e populações mais afetadas; e
4. um índice de excesso de mortalidade altamente comparável e útil nas comparações entre grupos populacionais e países.

Orientações técnicas e materiais recentes sobre a COVID-19

Vigilância

- Orientação provisória [Considerations for implementing mass treatment, active case finding and population-based surveys for neglected tropical diseases in the context of the COVID-19 pandemic](#) [Considerações para implementação de tratamento em massa, busca ativa de casos e pesquisas de base populacional para doenças tropicais negligenciadas no contexto da pandemia de COVID-19] (publicado em 27 de julho)
- [WHO COVID-19 preparedness and response progress report –1 February to 30 June 2020](#) [Relatório de progresso de preparação e resposta para a COVID-19 da OMS –1 de fevereiro a 30 de junho de 2020] (publicado em 3 de agosto)
- Resumo científico [Estimating mortality from COVID-19](#) [Estimativa da mortalidade por COVID-19] (publicado em 4 de agosto)
- Resumo científico [Status of environmental surveillance for SARS-CoV-2 virus](#) [Situação da vigilância ambiental para o vírus SARS-CoV-2] (publicado em 5 de agosto)
- Orientação provisória [Public health surveillance for COVID-19](#) [Vigilância de saúde pública para COVID-19] (publicado em 7 de agosto)

Laboratório

- [COVAX, the act-accelerator vaccines pillar](#) [COVAX, o pilar de vacinas do ACT-Accelerator] (publicado em 6 de agosto)
- COVID-19: Essential resource planning – [Emergency Global Supply Chain System \(COVID-19\) catalogue](#) [COVID-19: Planejamento de Recursos Essenciais –Catálogo do Sistema Global de Cadeia de Suprimentos de Emergência (COVID-19)] (publicado em 22 de agosto)

Prevenção e controle de infecção

- Orientação provisória [Infection prevention and control during health care when coronavirus disease \(COVID-19\) is suspected or confirmed](#) [Prevenção e controle de infecções na atenção à saúde quando houver suspeita ou confirmação da doença do novo coronavírus (COVID-19)] (publicado em 29 de junho)
- Aconselhamento em saúde [Preparedness for Cyclones, Tropical Storms, Tornadoes, Floods and Earthquakes during the COVID-19 pandemic](#) [Preparação para ciclones, tempestades tropicais, tornados, inundações e terremotos durante a pandemia de COVID-19] (publicado em 29 de junho)
- Orientação provisória para os Estados Membros da OMS [Investing in and building longer-term health emergency preparedness during the COVID-19 pandemic](#) [Investimento e desenvolvimento da preparação para emergências de saúde a longo prazo durante a pandemia de COVID-19] (publicada em 6 de julho)

- Resumo científico [Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions](#) [Transmissão do SARS-CoV-2: implicações para as precauções de prevenção de infecção] (publicado em 9 de julho)
- [WHO mass gathering COVID-19 risk assessment tool – Generic events](#) [Ferramenta da OMS para Avaliação de Risco de Eventos com Aglomerações de Pessoas – Eventos Genéricos], *Orientação para autoridades e organizadores de eventos que estejam planejando eventos com aglomeração de pessoas durante a atual pandemia de COVID-19* (publicado em 10 de julho)
- Lista de verificação provisória para autoridades locais [Practical actions in cities to strengthen preparedness for the COVID-19 pandemic and beyond](#) [Ações práticas nas cidades para fortalecer o preparo para a pandemia de COVID-19 e além] (publicado em 17 de julho)
- [Guidance for conducting a Country Intra-Action Review](#) [Orientação para condução de Revisão Intra-ação nos países] (publicada em 23 de julho)
- [Public health considerations while resuming international travel](#) [Considerações de saúde pública durante a retomada de viagens internacionais] (publicado em 30 de julho)
- Orientação provisória [Considerations for quarantine of contacts of COVID-19](#) [Considerações para quarentena de contatos de COVID-19] (publicado em 19 de agosto)
- [Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19](#) [Orientação sobre o uso de máscaras por crianças na comunidade no contexto da COVID-19] (publicado em 21 de agosto)

Manejo clínico

- Resumo científico atualizado [Smoking and COVID-19](#) [Tabagismo e COVID-19] (publicado em 30 de junho)
- Updated [Guidance on maintaining a safe and adequate blood supply during the coronavirus disease 2019 \(COVID-19\) pandemic and on the collection of COVID-19 convalescent plasma](#) [Orientação sobre a manutenção de fornecimento de sangue seguro e adequado durante a pandemia da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) e sobre a coleta de plasma convalescente de COVID-19, versão atualizada] (publicado em 10 de julho)
- Updated [Global COVID-19 Clinical Platform: Pregnancy Case Report Form \(CRF\)](#) [Plataforma Clínica Global para COVID-19: Formulário de Registro de Casos (CRF) em Gestantes, versão atualizada] (publicado em 13 de julho)
- Orientação provisória [Water, sanitation, hygiene, and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19](#) [Água, saneamento, higiene e gestão de resíduos para SARS-CoV-2, o vírus causador da COVID-19] (publicado em 24 de julho)

Sistemas e Serviços de Saúde

- Resumo de políticas [Preventing and managing COVID-19 across long-term care services](#) [Prevenção e manejo da COVID-19 nos serviços de assistência de longa permanência] (publicado em 24 de julho)
- [Considerations for the provision of essential oral health services in the context of COVID-19](#) [Considerações para a prestação de serviços essenciais de saúde oral no contexto da COVID-19] (publicado em 3 de agosto)
- Orientação provisória [Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts](#) [Atendimento domiciliar para pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19 e gerenciamento de seus contatos] (publicada em 12 de agosto)

Referências da Tabela 1

1. Coordenação das Organizações Indígenas da Bacia Amazônica (em espanhol, *Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica*, ou COICA), 11 de agosto de 2020. Disponível em espanhol em: <https://coica.org.ec/>
2. Secretaria Especial de Saúde Indígena / Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em: www.saudeindigena.saude.gov.br
3. Government of Canada. Coronavirus (COVID-19) and Indigenous communities. Disponível em: <https://bit.ly/3efm1VI>
4. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na Colômbia, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
5. Relatório do Representante da OPAS/OMS na Guatemala, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
6. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no Equador, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
7. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no México, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
8. TV indigenous organization of Panama. Disponível em: <https://bit.ly/3aJrLHf>
9. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no Peru, recebido pela OPAS/OMS por e-mail.
10. United States of America. U.S. Department of Health and Human Services. Indian Health Service. Coronavirus (COVID-19). Disponível em: <https://www.ihs.gov/coronavirus/>

© **Organização Pan-Americana da Saúde 2020.**

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/).

Número de referência: OPAS/BRA/PHE/COVID-19/20-153