

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

Atualização epidemiológica: Doença causada pelo coronavírus (COVID-19)

22 de julho de 2021

Sumário executivo

- Em 21 de julho de 2021, 191.281.182 casos cumulativos confirmados de COVID-19 foram notificados em todo o mundo, incluindo 4.112.538 mortes, para as quais a Região das Américas contribuiu com 39% dos casos e 48% das mortes.
- Em junho de 2021, a sub-região da América do Sul continuou a contribuir com o maior número de casos e mortes na Região, sendo responsável por 4.076.310 casos e 108.331 mortes. Isso representa 84% e 81% dos casos e mortes notificados, respectivamente, na Região das Américas durante esse mês.
- Em 21 de julho de 2021, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Estados Unidos, Guadalupe, Guiana Francesa, Martinica, México e Porto Rico detectaram todas as quatro variantes de preocupação (VOC).
- Entre os povos indígenas de 18 países das Américas, foram notificados 617.326 casos, incluindo 14.646 mortes.
- Um total de 24 países e territórios notificaram 6.681 casos confirmados cumulativos de síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes (MIS-C) temporariamente relacionados à COVID-19, incluindo 135 mortes.
- Em relação aos profissionais de saúde, 37 países notificaram 1.763.315 casos, incluindo 10.278 mortes.

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Atualização epidemiológica: Doença causada pelo coronavírus (COVID-19). 22 de julho de 2021. Brasília, D.F.: OPAS/OMS, 2021.

@ Organização Pan-Americana da Saúde • <http://www.paho.org/>

Sumário

Sumário executivo	1
Contexto	2
Sumário da situação global	3
Sumário da situação na Região das Américas	4
Destaques de epidemiologia	6
I. Variantes do SARS-CoV-2	6
II. Continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia da COVID-19.	10
III. COVID-19 em idosos (≥ 60 anos de idade)	12
IV. COVID-19 durante a gestação	13
V. COVID-19 em populações indígenas	17
VI. COVID-19 em populações com menos de 20 anos de idade	19
Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes temporamente relacionada à COVID-19.....	20
VII. COVID-19 em profissionais da saúde	22
Orientação para autoridades nacionais.....	24
Referências	24

Contexto

Em 31 de dezembro de 2019, a República Popular da China notificou um *cluster* de casos de pneumonia com etiologia desconhecida, posteriormente identificados 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 Importância Internacional (ESPII). Em 11 de fevereiro de 2020, a OMS nomeou como doença do novo coronavírus 2019 (COVID-19), e o Comitê Internacional de Taxonomia Viral (em inglês, *International Committee on Taxonomy of Viruses*, ou ICTV) nomeou o vírus como “coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2)”. Em 11 de março de 2020, COVID-19 foi declarada uma pandemia pelo Diretor-Geral da OMS.¹ Em 9 de julho de 2020, o diretor-geral da OMS anunciou o lançamento do Painel Independente para Preparação e Resposta à Pandemia (IPPR), que avaliará de forma independente e abrangente as lições aprendidas com a resposta internacional de saúde à COVID-19.²

A oitava reunião do Comitê de Emergência convocada pelo diretor-geral da OMS, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (2005) (RSI) referente à doença causada pelo coronavírus (COVID-19), foi realizada no dia 14 de julho de 2021, quarta-feira. O diretor-geral determinou que a pandemia da COVID-19 continua a constituir uma ESPII, 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/3zlqUHF>.

¹ Discurso de abertura do diretor-geral da OMS na entrevista coletiva para a mídia sobre a COVID-19 — 11 de março de 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3cRssQZ>

² Avaliação independente da resposta global à COVID-19 anunciada. Disponível em: <https://bit.ly/31hLJWp>

Sumário da situação global

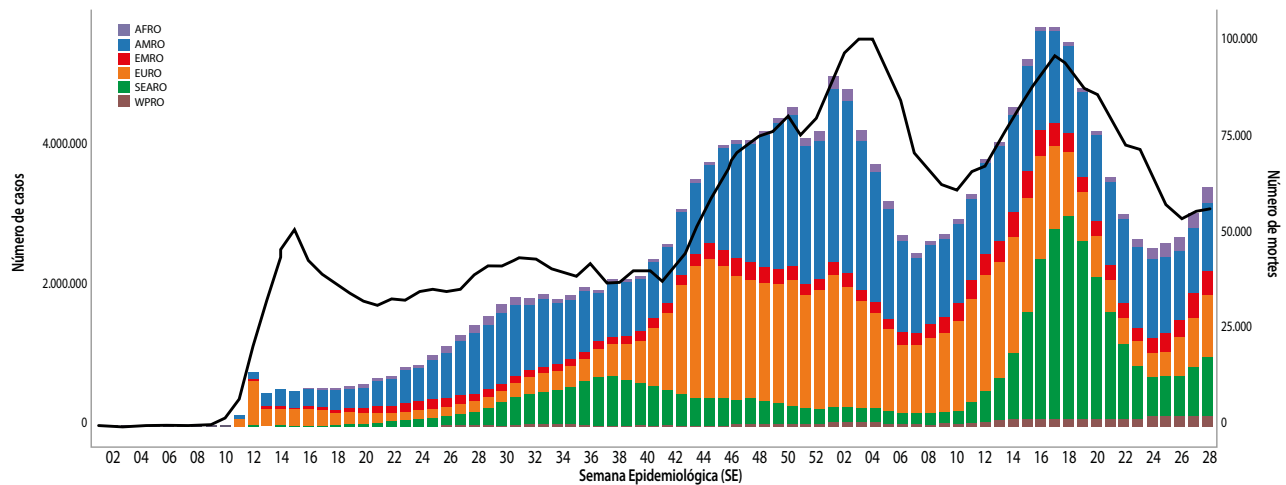
Desde os primeiros casos confirmados de COVID-19 até 21 de julho de 2021, um total acumulado de 191.281.182 de casos confirmados de COVID-19 foram relatados globalmente, incluindo 4.095.223 mortes, representando um total de mais 14.800.956 casos confirmados e mais 287.298 óbitos desde a última Atualização epidemiológica sobre a COVID-19 da OPAS/OMS³, publicada em 19 de junho de 2021.

A maioria dos casos e das mortes notificados globalmente durante o primeiro pico em 2021 foram notificados pela Região das Américas da OMS (49,6% dos casos e 44,9% das mortes) e pela Região Europeia da OMS (37,8% dos casos e 42,3% das mortes). Durante o segundo pico na semana epidemiológica (SE) 17 de 2021, as maiores proporções de casos semanais e mortes foram relatadas pela Região do Sudeste Asiático da OMS (47,6% dos casos e 26,1% das mortes) e pela Região das Américas (23,3% dos casos e 40,9% das mortes).

Após um declínio nos casos entre a SE 19 e a SE 24 de 2021, os casos estão em tendência de aumento em nível global nas últimas quatro semanas consecutivas, com a Região das Américas (27,6%) e a Região Europeia da OMS (27,5%) contribuindo mais para os totais semanais de casos a partir de a SE 28. Embora os casos tenham permanecido estáveis entre a SE 27 e a SE 28 na Região das Américas (aumento de 0,5%), a tendência de aumento foi observada na maioria das Regiões da OMS durante esse período, particularmente na Região Europeia da OMS (31,9%), seguida pela OMS Região do Pacífico Ocidental (29,5%) e Região do Sudeste Asiático da OMS (16,5%). Embora a Região Africana da OMS esteja agora experimentando uma diminuição nos casos (5,1%) e mortes (4,0%) em comparação com a semana anterior, a Região Africana da OMS experimentou grande aumento nos casos e mortes no mês passado, relatando aproximadamente 1 milhão de casos adicionais em um mês (**Figura 1**).

³ OPAS/OMS. Atualização epidemiológica: Doença causada pelo coronavírus (COVID-19). 19 de junho de 2021, Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3i0UoUi>

Figura 1. Distribuição global de casos confirmados e óbitos por COVID-19, por semana epidemiológica (SE) de notificação. Na SE 28 de 2021



Observação:

AFRO: Escritório Regional da OMS para a África; AMRO: Escritório Regional da OMS para as Américas; EMRO: Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental; EURO: Escritório Regional da OMS para a Europa; SEARO: Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; WPRO: Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental.

Fonte: Dados do Coronavírus da OMS (COVID-19) reproduzidos pela OPAS/OMS. Disponível em: <https://covid19.who.int/info/>. Acessado em 19 de julho de 2021.

Sumário da situação na Região das Américas

Em 19 de julho de 2021, todos os 56 países e territórios da Região das Américas notificaram um total cumulativo de 70.103.320 casos confirmados de COVID-19, incluindo 1.842.522 mortes,⁴ desde a detecção dos primeiros casos na Região em janeiro de 2020.

Desde a Atualização epidemiológica sobre COVID-19 da OPAS/OMS, de 19 de junho de 2021³ e 19 de julho de 2021, mais 4.827.736 casos confirmados de COVID-19, incluindo mais 122.250 óbitos, foram notificados na Região das Américas, representando aumento de 7% e de 6% nos casos e óbitos, respectivamente.

Só em 2021, entre 1º de janeiro e 30 de junho de 2021, um total de 36.432.106 casos confirmados, incluindo 973.946 mortes, foram notificados nas Américas, com as sub-regiões da América do Norte⁵ e América do Sul⁶ respondendo pela maior proporção de casos (42,6% e 53,9%, respectivamente), ao passo que as sub-regiões da América Central⁷ e do Caribe e das Ilhas do Oceano Atlântico⁸ representaram 1,9% e 1,6%, respectivamente.

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

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

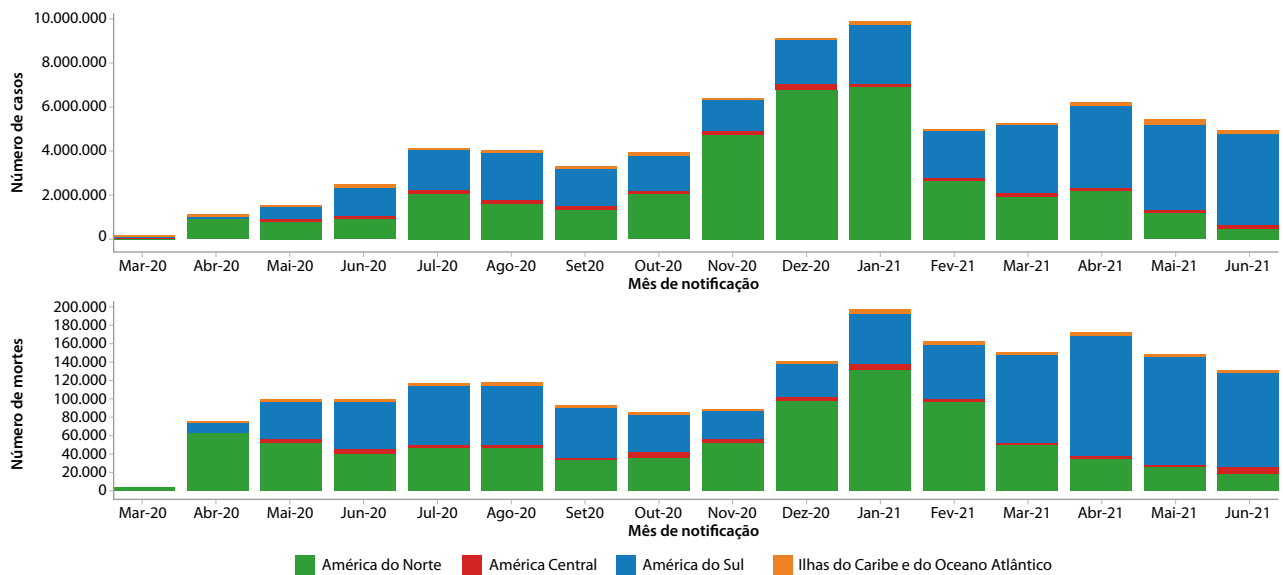
⁸ Anguilla, Antígua e Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermudas, Bonaire, Ilhas Virgens Britânicas, Ilhas Caimã, Cuba, Curaçao, Dominica, República Dominicana, Ilhas Falkland, Guiana Francesa, Granada, Guadalupe, Guiana, Haiti, Jamaica, Martinica, Montserrat, Porto Rico, Saba, São Bartolomeu, São Cristóvão 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

Durante o mesmo período, a América do Sul foi responsável por 59,9% das mortes notificadas, seguida pelas sub-regiões da América do Norte (37,9%) e da América Central (1,5%) e do Caribe e Ilhas do Oceano Atlântico (0,7%).

Desde março de 2021, a América do Sul ultrapassou a América do Norte como a sub-região que contribui com as maiores proporções de casos e mortes por mês (**Figura 2**).

Em junho de 2021, a sub-região da América do Sul foi responsável pela maior proporção de casos (84%) e mortes mensais (81%) na Região das Américas, com 4.076.310 casos e 108.331 mortes notificados (**Figura 2**). A maioria dos casos e mortes foi notificada pelo Brasil (2 milhões de casos e 54.054 óbitos), Colômbia (829.795 casos e 17.652 óbitos) e Argentina (694.092 casos e 16.212 óbitos).

Figura 2. Distribuição dos casos e óbitos confirmados de COVID-19, por sub-região e mês de notificação. Região das Américas, 1º de março de 2020 a 30 de junho 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.

Destaques 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, a linhagem, a variante etc. são arbitrários e não correspondem a uma hierarquia taxonômica oficial.

Desde a identificação inicial do SARS-CoV-2 até 21 de julho de 2021, mais de 2.438.680 sequências genômicas completas foram compartilhadas globalmente por meio de bancos de dados acessíveis ao público.

Desde 21 de julho de 2021, 50 países e territórios nas Américas publicaram um total de 2.438.680 genomas do SARS-CoV-2 na plataforma GISAID, coletados entre fevereiro de 2020 e julho de 2021. Os países e territórios que contribuíram com dados de genoma são: Anguilla, Antigua e Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermudas, Bolívia, Bonaire, Brasil, Ilhas Virgens Britânicas, Canadá, Ilhas Caimã, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guiana Francesa, Granada, Guadalupe, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, Martinica, México, Montserrat, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, São Bartolomeu, São Cristóvão e Névis, Santa Lúcia, São Martinho Francesa, 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 31 de maio de 2021, a OMS anunciou a atribuição de rótulos simples para SARS-CoV-2 VOI e VOC que são fáceis de dizer e lembrar; os rótulos não substituem os nomes científicos existentes, mas sim para simplificar as comunicações públicas.⁹ Os rótulos estão disponíveis em: <https://bit.ly/2RTGXMN>

⁹ OMS. A OMS anuncia rótulos simples e fáceis de dizer para as variantes de interesse e preocupação do SARS-CoV-2. 31 maio 2021 Disponível em: <https://bit.ly/3xaARqs>

A lista de variantes do SARS-CoV-2, de acordo com a classificação da OMS de 6 de julho de 2021,¹⁰ está disponível na **Tabela 1**.

Tabela 1. Variantes de preocupação (VOC) e variantes de interesse (VOI) do SARS-CoV-2, de acordo com as classificações da OMS em 6 de julho de 2021

Variantes do SARS-CoV-2 Classificação da OMS	Rótulo OMS	Linhagem Pango	Primeiramente detectada por
Variante preocupante (VOC)	Alfa	B.1.1.7	Reino Unido
	Beta	B.1.351 B.1.351.2 B.1.351.3	África do Sul
	Gama	P.1 P.1.1 P.1.2	Brasil
	Delta	B.1.617.2 AY.1 AY.2	Índia
Variante de interesse (VOI)	Eta	B.1.525	Vários países
	Iota	B.1.526	Estados Unidos
	Kappa	B.1.617.1	Índia
	Lambda	C.37	Peru

Fonte: OMS. Rastreamento de variantes do SARS-CoV-2.¹⁰ Acessado em 14 de julho de 2021.

Globalmente, continua a ser observado um aumento no número de países e territórios que relataram variantes de preocupação (VOCs) e variantes de interesse (VOIs) (**Tabela 2**). 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.

Tabela 2. Sumário de países/territórios que relataram casos de variantes de preocupação (VOC) até 21 de julho de 2021

	Rótulo OMS			
	Alfa	Beta	Gama	Delta
Número de países/territórios que relataram casos globalmente	180	130	78	124
Número de países/territórios que relataram casos nas Américas**	46	20	31	18

Observação:

*Os dados globais correspondem à Atualização epidemiológica semanal sobre a COVID-19 da OMS. Publicado em 20 de julho de 2021.¹¹

Alguns países/territórios relataram mais de uma variante de preocupação (VOC).

** Em 21 de julho de 2021

Fonte: OMS. Atualização epidemiológica semanal sobre a COVID-19. Publicado em 20 de julho de 2021.¹¹

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.

¹⁰ OMS. Rastreamento de variantes do SARS-CoV-2 Disponível em: <https://bit.ly/36FXgQY>

¹¹ OMS: Atualização epidemiológica sobre a COVID-19 Disponível em: <https://bit.ly/3zyiHAP>

Com relação à situação nas Américas, em 21 de julho de 2021, 48 países/territórios notificaram a detecção de casos de VOC, incluindo cinco países/territórios adicionais (Anguila, Antígua e Barbuda, Bahamas, Guatemala e Honduras), desde 19 de junho 2021, Atualização epidemiológica da OPAS/OMS COVID-19³ (**Tabela 3a-d**). Em 21 de julho de 2021, foi relatada a detecção de todas as quatro VOC na Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Guiana Francesa, Guadalupe, Martinica, México, Porto Rico e Estados Unidos da América.

Tabela 3a. Países que relataram as variantes de preocupação (VOC) do SARS-CoV-2 na sub-região da América do Norte, em 20 de julho de 2021

País	Alfa	Beta	Gama	Delta
Canadá	Sim	Sim	Sim	Sim
México	Sim	Sim	Sim	Sim
Estados Unidos	Sim	Sim	Sim	Sim

Tabela 3b. Países que relataram variantes de preocupação (VOC) do SARS-CoV-2 na sub-região da América Central, em 20 de julho de 2021

País	Alfa	Beta	Gama	Delta
Belize	Sim	Não	Não	Não
Costa Rica	Sim	Sim	Sim	Sim
Guatemala	Sim	Sim	Sim	Não
Honduras	Sim	Não	Não	Não
Panamá	Sim	Sim	Sim	Não

Tabela 3c. Países que relataram variantes de preocupação (VOC) do SARS-CoV-2 na sub-região da América do Sul, em 20 de julho de 2021

País	Alfa	Beta	Gama	Delta
Argentina	Sim	Sim	Sim	Sim
Bolívia	Sim	Não	Sim	Não
Brasil	Sim	Sim	Sim	Sim
Chile	Sim	Sim	Sim	Sim
Colômbia	Sim	Não	Sim	Não
Equador	Sim	Não	Sim	Sim
Paraguai	Sim	Não	Sim	Não
Peru	Sim	Não	Sim	Sim
Uruguai	Sim	Não	Sim	Não
Venezuela	Sim	Não	Sim	Não

Tabela 3d. Países e territórios que relataram as variantes de preocupação (VOC) do SARS-CoV-2 na sub-região do Caribe e das Ilhas do Oceano Atlântico, em 20 de julho de 2021

País/território	Alfa	Beta	Gama	Delta
Anguilla	Sim	Não	Não	Sim
Antigua e Barbuda	Sim	Sim	Não	Não
Aruba	Sim	Sim	Sim	Sim
Bahamas	Sim	Não	Não	Não
Barbados	Sim	Não	Sim	Sim
Bermudas	Sim	Sim	Não	Não
Bonaire	Sim	Não	Não	Não
Ilhas Virgens Britânicas	Sim	Não	Sim	Não
Ilhas Caimã	Sim	Não	Sim	Não
Cuba	Sim	Sim	Não	Não
Curaçao	Sim	Não	Sim	Não
Dominica	Sim	Não	Não	Não
República Dominicana	Sim	Não	Sim	Não
Guiana Francesa	Sim	Sim	Sim	Sim
Granada	Sim	Não	Não	Não
Guadalupe	Sim	Sim	Sim	Sim
Guiana	Não	Não	Sim	Não
Haiti	Sim	Não	Sim	Não
Jamaica	Sim	Não	Não	Não
Martinica	Sim	Sim	Sim	Sim
Montserrat	Sim	Não	Não	Não
Porto Rico	Sim	Sim	Sim	Sim
Saba	Não	Não	Não	Sim
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	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. Continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia da COVID-19

A pandemia COVID-19 aumentou a demanda por serviços de saúde e impactou vários aspectos dos sistemas de saúde, comprometendo a prestação de cuidados de saúde para muitas condições de saúde. Para manter os serviços essenciais de saúde, reduzir a mortalidade, bem como evitar a mortalidade indireta, os sistemas de saúde devem estar bem organizados e preparados para enfrentar situações desafiadoras, incluindo emergências. Como resultado, a OMS forneceu orientação provisória para manter os serviços essenciais no contexto da COVID-19. O documento está disponível em: <https://bit.ly/3ipe2tg>

Embora a carga de base da doença e a extensão em que a COVID-19 afetou (por exemplo: padrão de transmissão) e os sistemas de saúde variem entre os países, devem ser feitas adaptações para garantir a continuidade dos serviços essenciais de saúde enquanto se responde à pandemia; essas adaptações podem exigir abordagens diferentes, mesmo dentro do mesmo país.¹²

É preciso compreender a magnitude dos efeitos da pandemia da COVID-19 para desenvolver políticas de mitigação e alocar recursos. Por esse motivo, a OMS conduziu duas rodadas de enquetes com informantes-chave¹³ entre funcionários do Ministério da Saúde em cinco regiões da OMS em 2020-2021 para avaliar o impacto da pandemia da COVID-19 em até 25 serviços essenciais de saúde nos países.

Em nível global, de todos os países que responderam na rodada mais recente da pesquisa (n = 135), 94% relataram interrupções em pelo menos um serviço essencial de saúde; mais especificamente, 34% relataram interrupções em mais da metade dos serviços, 29% relataram interrupções em 25% -49% dos serviços e 32% relataram interrupções em menos de 25% dos serviços. Embora as interrupções tenham ocorrido em países de baixa e alta renda, foram particularmente marcantes nos países de baixa renda.

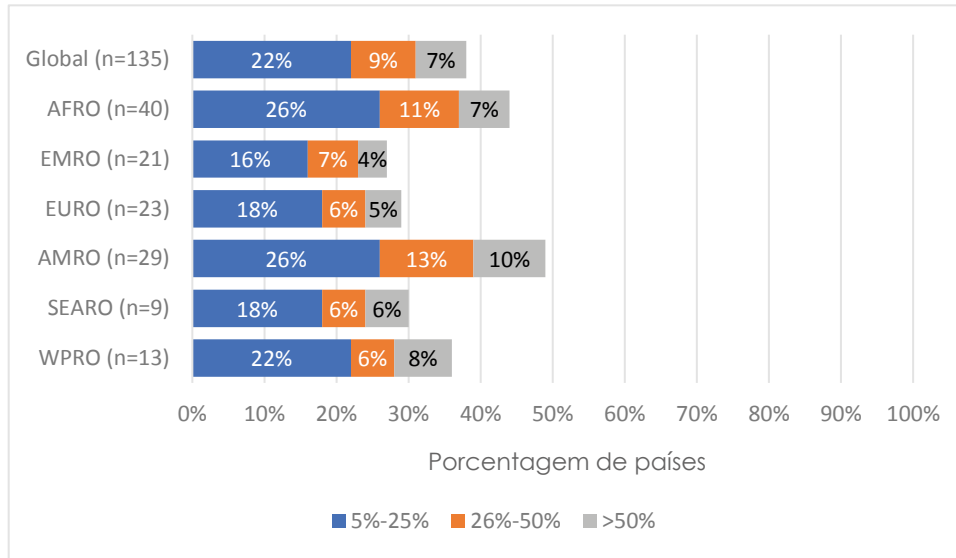
Entre os tipos de serviços de saúde, os cuidados primários, reabilitativos, paliativos e de longa duração foram os mais prejudicados, o que afetou diretamente as populações vulneráveis. Além disso, ocorreram interrupções em todos os principais tipos de serviços de saúde, incluindo doenças não transmissíveis, gestão de transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias, doenças tropicais negligenciadas, doenças infecciosas, saúde reprodutiva, materna, neonatal e adolescente e imunizações. Os resultados dessas pesquisas destacam a importância de garantir a continuidade dos serviços essenciais de saúde.

É importante notar que, embora houvesse diferenças nas taxas de resposta entre as regiões da OMS, a Região das Américas relatou a maior porcentagem de serviços interrompidos em uma determinada região; entre os países que responderam na Região das Américas (n = 29), 10% relataram uma interrupção em mais da metade dos serviços, 13% relataram uma interrupção em 26%-50% dos serviços e 26% relataram uma interrupção em 5%-25% dos serviços (**Figura 3**).

¹² OMS. Manutenção de serviços essenciais de saúde: orientação operacional para orientações provisórias no contexto da COVID-19. Disponível em: <https://bit.ly/3ipe2tg>

¹³ OMS. Segunda rodada da enquete nacional de pulso sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia da COVID-19. Disponível em: <https://bit.ly/3wTMAsW>

Figura 3. Porcentagem média de países que relataram interrupções nas áreas de serviço de rastreamento por região da OMS janeiro a março de 2021



Fonte: OMS. Segunda rodada da enquete nacional de pulso sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia da COVID-19, janeiro a março de 2021.¹³

Ao analisar os resultados por tipos de serviços de saúde para a Região das Américas, observa-se que as maiores interrupções foram relatadas entre serviços mentais, neurológicos e de abuso de substâncias (60% dos países) e serviços de imunização (55% dos países).

Além disso, os Estados Unidos da América e o Canadá relataram o maior número de mortes relacionadas ao abuso de substâncias já registrado desde o início da pandemia. Embora a interrupção dos serviços de saúde não seja o único fator que contribua para esse aumento, é provável que a falta de apoio e a interrupção das intervenções de emergência tenham contribuído para esse número. No Canadá, desde o início da pandemia de COVID-19 até dezembro de 2020, foi registrado aumento de 89% nas mortes relacionadas à toxicidade por opioides em comparação ao ano anterior¹⁴ e, nos Estados Unidos, houve aumento de 30% nas mortes por overdose de drogas ao comparar os dados de 2020 com o ano anterior.¹⁵

Em relação às imunizações, a maioria dos países teve que adiar os serviços de vacinação de rotina, pois os sistemas de saúde foram sobrecarregados pela pandemia de COVID-19. Em outubro de 2020, a OPAS/OMS avaliou o risco geral de ocorrência de novos surtos de doenças imunopreveníveis (VPDs) (como difteria, sarampo e poliovírus) na Região das Américas como muito alto.¹⁶

¹⁴ Governo do Canadá. Danos relacionados a opioides e estimulantes no Canadá. Disponível em: <https://bit.ly/36PXhK>

¹⁵ CDC dos Estados Unidos. Vital Statistics Rapid Release - Contagens provisórias de mortes por overdose de drogas. Disponível em: <https://bit.ly/3zgZwKT>

¹⁶ OPAS/OMS. Doenças imunopreveníveis (difteria, sarampo, poliovírus) no contexto da pandemia de COVID-19: implicações para as regiões das Américas. Disponível em: <https://bit.ly/3rkDeVW>

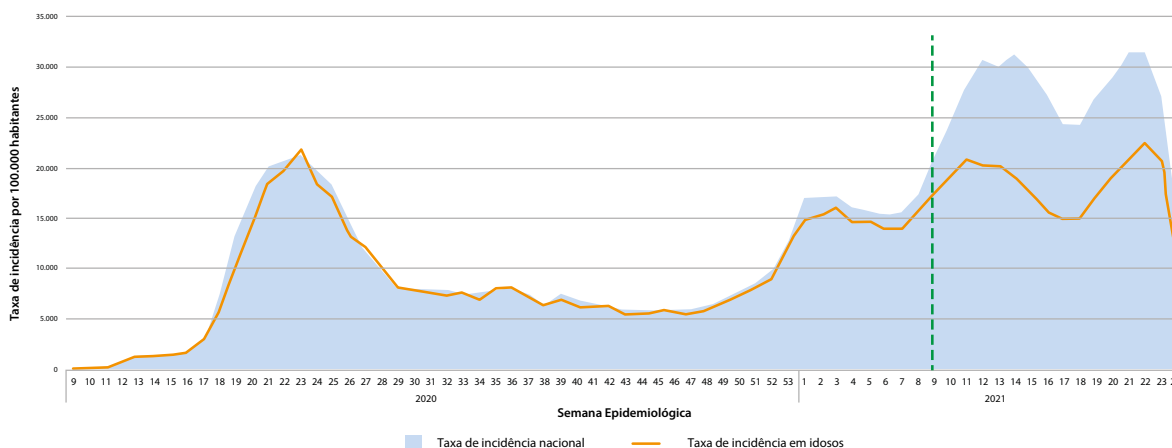
III. COVID-19 em idosos (≥ 60 anos de idade)

Alguns dos artigos publicados^{17,18,19}, 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 mantidos 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 no **Chile**. Nesse sentido, essa faixa etária é considerada uma população vulnerável e foi priorizada durante as campanhas de vacinação iniciadas em janeiro de 2021. O primeiro grupo a ser vacinado foram aqueles com 80 anos ou mais, seguidos por pessoas com 60 anos ou mais, para os quais a vacinação começou aproximadamente seis semanas depois, durante a SE 9 de 2021 (**Figura 4**).

No Chile, desde o início da pandemia e a partir da SE 24 de 2021, foram notificados 257.626 casos confirmados e prováveis em idosos, representando 14,1% dos casos cumulativos no país. Em 2020, essa população representava 16% do total de casos, ao passo que em 2021 essa proporção diminuiu para 13%.

Figura 4. Taxa de incidência de casos confirmados e prováveis de COVID-19 entre idosos e na população em geral, por data de início dos sintomas. Chile. Semana epidemiológica (SE) 9 de 2020 a SE 24 de 2021



Fonte: Ministério da Saúde do Chile. Descrição epidemiológica de indivíduos com 60 anos ou mais com COVID-19.²⁰

¹⁷ 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>

¹⁸ 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>

¹⁹ Haas E, Angulo F, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalizations, 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)

²⁰ Ministério da Saúde do Chile. Descrição epidemiológica de indivíduos com 60 anos ou mais com COVID-19. Disponível em: <https://bit.ly/3ze0R54>

Geograficamente, a distribuição dos casos de COVID-19 entre idosos variou entre 2020 e 2021. Em 2020, a região de Magallanes e Antártida Chilena relatou a maior taxa de incidência (8.948,6 casos por 100.000 idosos), seguida pela região de Arica e Parinacota (4.879,6 casos por 100.000 idosos); em 2021, a maior taxa de incidência foi relatada em Los Ríos (6.602 casos por 100.000 habitantes), seguido por Tarapacá (6.204,5 casos por 100.000 idosos).

Em relação às internações, 53.222 (20,7%) do total de casos em idosos foram hospitalizados, sendo 22.026 (41,4%) em UTI; e 9.181 (17,3%) necessitaram de ventilação mecânica. Em 2020, 26,9% dos casos confirmados em idosos resultaram em hospitalização; essa proporção diminuiu para 15,6% em 2021. Um total de 29.262 mortes foi relatado entre os idosos, dos quais 91,1% tinham comorbidades; a taxa de mortalidade entre adultos mais velhos em 2020 e 2021 foi de 433,5 mortes por 100.000 idosos e 425,6 mortes por 100.000 idosos, respectivamente. Além disso, a taxa de letalidade diminuiu de 12,6% em 2020 para 10,4% em 2021.

IV. 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 contribuir com essa base de conhecimento.

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.

Desde os primeiros casos notificados de COVID-19 nas Américas e até 21 de julho de 2021, houve um total de 258.359 infecções por SARS-CoV-2 em gestantes, incluindo 2.375 mortes (taxa de letalidade de 0,92%), relatadas em 30 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 19 de junho de 2021,³ isso representa 26.822 casos adicionais e 922 mortes adicionais; esse grande aumento se deve em parte ao fato de que alguns países atualizaram seus relatórios de dados e incluíram ajustes retrospectivos. Durante o mesmo período, os maiores aumentos relativos²¹ em casos confirmados cumulativos ocorreram em Antígua e Barbuda (75%, 3 casos) e Equador (75%, 7.695 casos, o que pode ser em parte devido a um atraso na notificação). Entre as mortes, os maiores aumentos relativos foram observados na Costa Rica (57%, 4 mortes) e no Canadá (50%, 1 morte) (**Tabela 4**).

²¹ Os aumentos relativos observados no Brasil e em Honduras são resultado de relatórios atrasados e ajustes retrospectivos.

Tabela 4. Infecções por SARS-CoV-2 e óbitos entre gestantes, por país/território. Região das Américas. Janeiro de 2020 a 21 de julho de 2021*

País	Número de gestantes positivas para SARS-CoV-2	Número de mortes entre gestantes positivas para SARS-CoV-2	Taxa de letalidade (%)
Anguilla	2	N/D	N/D
Antigua e Barbuda	4	0	0,00
Argentina	19.163	154	0,80
Bahamas	101	1	0,99
Bolívia**	2.416	31	1,28
Belize**	247	2	0,81
Bermudas**	11	0	0,00
Brasil*	12.938	1.137	8,79
Ilhas Virgens Britânicas**	3	N/D	N/D
Canadá	6.565	2	0,03
Ilhas Caimã	7	0	0,00
Chile	15.144	13	0,09
Colômbia	12.432	120	0,97
Costa Rica	1.245	7	0,56
Cuba	1.679	5	0,30
República Dominicana	1.191	45	3,78
Equador	10.207	48	0,47
El Salvador**	272	9	3,31
Guatemala	1.217	12	0,99
Haiti**	79	4	5,06
Honduras	818	56	6,85
México [§]	18.635	366	1,96
Panamá ^{§***}	2.413	12	0,50
Paraguai [§]	1.888	56	2,97
Peru [§]	52.769	168	0,32
Santa Lúcia	25	0	0,00
Suriname	475	2	0,42
Estados Unidos**	94.519	103	0,11
Uruguai	1.344	9	0,67
Venezuela	550	13	2,36
Total	258.359	2.375	0,92

Observação:

N/D: Dados não disponíveis.

[§] Corresponde a gestantes e puérperas.

* As informações apresentadas para o Brasil correspondem aos dados extraídos do Sistema de Informações de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe).

** 21 de julho 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 19 de junho de 2021³

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.

De acordo com dados obtidos em 22 países em 2021, em comparação com os dados notificados em 2020, foi relatado aumento no número de casos e mortes entre gestantes positivas para SARS-CoV-2 (**Tabela 5**). Um aumento foi observado de janeiro a junho 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. Em alguns casos, embora o número total de casos notificados tenha sido menor em 2021 (janeiro a junho) do que em 2020, o número de mortes excedeu o de 2020; isso pode ser observado na Colômbia, Peru e Venezuela.

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

País	Ano 2020			1º janeiro - 30 junho 2021		
	Número de gestantes positivas para SARS-CoV-2	Número de mortes entre gestantes positivas para SARS-CoV-2	TMM*	Número de gestantes positivas para SARS-CoV-2	Número de mortes entre gestantes positivas para SARS-CoV-2	TMM*
Argentina [§]	8.817	41	5,5	9.084	96	12,8
Bolívia	955	31	12,5	1.461	0	0,0
Brasil	5.462	288	10,1	7.476	849	30,1
Canadá	2.913	1	0,3	3.629	1	0,3
Chile	6.623	3	1,5	8.521	10	13,4
Colômbia	7.929	56	7,7	4.503	64	17,4
Costa Rica	335	3	5,1	210	0	0,0
Cuba	180	0	0,0	1.499	5	4,6
República Dominicana	707	36	21,7	484	9	11,3
Equador	6.116	25	7,4	4.091	23	6,8
Guatemala	653	8	1,9	564	4	0,9
Haiti	76	4	1,5	3	0	0,0
Honduras	508	15	7,2	310	41	19,6
México [§]	10.530	205	10,1	8.105	161	15,3
Panamá [§]	1.852	4	5,0	561	3	3,8
Paraguai [§]	599	1	0,7	1.289	55	38,4
Peru	40.818	81	14,3	11.951	87	15,5
Santa Lúcia	5	0	0,0	20	0	0,0
Suriname [§]	184	2	18,9	242	0	0,0
Estados Unidos	68.459	80	2,0	25.878	23	0,6
Uruguai	82	0	0,0	1.262	9	19,2
Venezuela	333	6	1,2	217	7	1,4

Observação: [§] Corresponde a gestantes e puérperas.

* Taxa de mortalidade materna RMM, calculada usando mortes entre gestantes (em alguns casos, incluindo mortes pós-parto) positivas para SARS-CoV-2.

Fonte: Centro Latino-Americano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Saúde Reprodutiva (CLAP/SMR) e informações compartilhadas com a OPAS/OMS pelos Pontos Focais Nacionais (PFNs) do RSI ou publicadas nos sites do Ministério da Saúde, agências de saúde ou similares e reproduzidos pela OPAS/OMS.

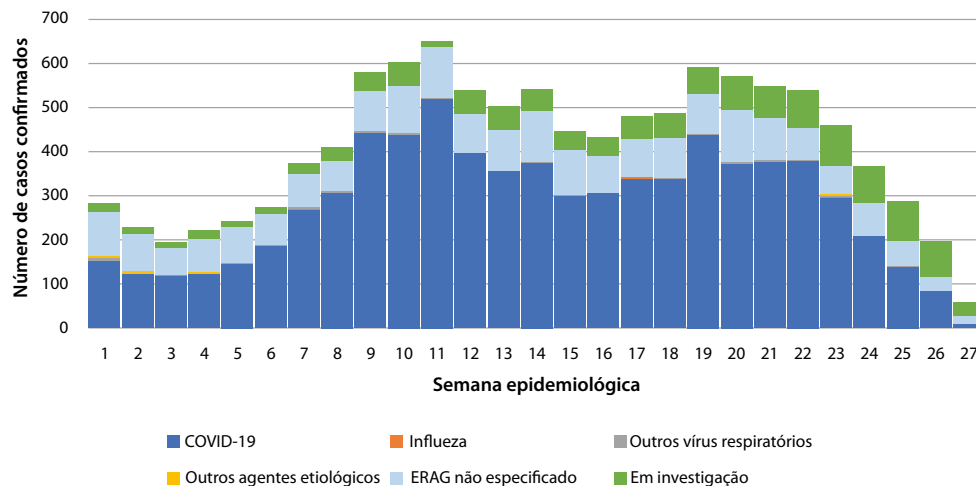
A seguir, é apresentada uma descrição da situação epidemiológica de gestantes internadas com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) confirmada para COVID-19 no **Brasil**.

Desde fevereiro de 2020 e em julho de 2021, um total de 12.938 casos de COVID-19 confirmados, incluindo 1.137 mortes, foram notificados entre gestantes, resultando em uma taxa de letalidade de 8,8%. Ao desagregar os dados por ano, pode-se observar que, embora 42% (5.462) dos casos cumulativos tenham sido notificados em 2020, apenas 25% (288) dos óbitos cumulativos foram notificados no mesmo ano; com um pico de 225 casos semanais e 17 mortes. Os indicadores a seguir mostram que a carga de mortes foi maior no ano atual; uma taxa de letalidade mais elevada foi observada em 2021, com 11,4% em comparação com 5,3% em 2020. Além disso, a taxa de mortalidade materna (TMM) em 2020 era de 10,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos,²² ao passo que, em 2021, atualmente é de 30,1 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, representando aumento de 192% em relação ao ano anterior.

Entre a SE 1 de 2021 e a SE 27 de 2021, um total de 11.163 gestantes foram hospitalizadas por SRAG, das quais 7.568 (67,8%) foram casos confirmados de COVID-19 e 1.325 (11,9%) permanecem em investigação. Uma tendência de aumento foi observada a partir da SE 4; entre a SE 7 e a SE 23, os casos constantemente ultrapassaram o pico de 2020. Embora a tendência agora esteja diminuindo, os casos permanecem em níveis elevados; vale ressaltar que nas últimas três semanas (SE 25 a SE 27) pode ter havido uma aparente diminuição devido ao atraso na notificação (**Figura 5**). Do total de gestantes hospitalizadas por SRAG

(n = 11.163), 931 (8,3%) morreram; entre essas mortes, 831 (94%) foram confirmadas como sendo por COVID-19, representando o agente etiológico mais frequentemente identificado entre as mortes relacionadas com SRAG entre gestantes (**Figura 6**).

Figura 5. Casos relacionados a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em gestantes, por semana Epidemiológica (SE) de início dos sintomas e agente etiológico. Brasil. SE 1 à SE 27 de 2021

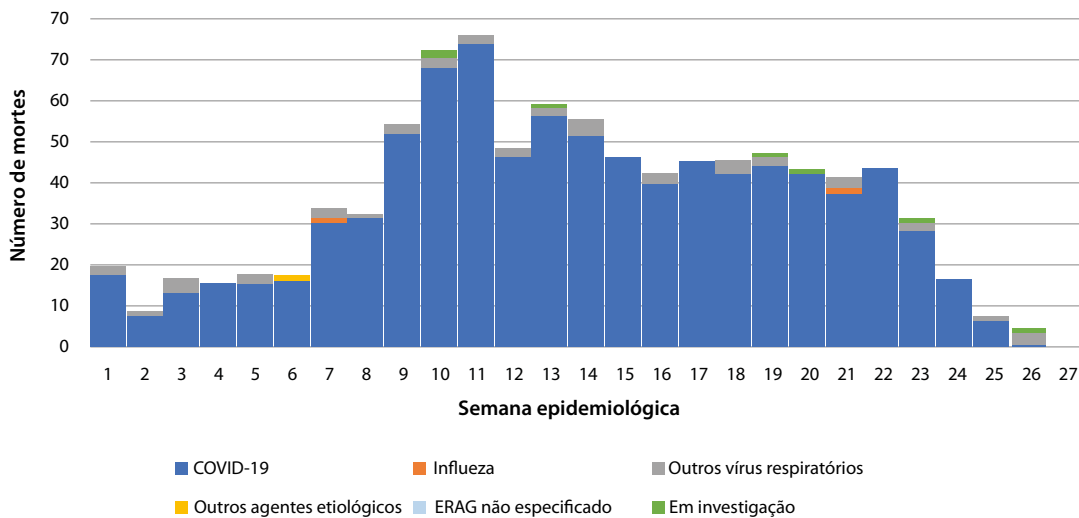


Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Boletim epidemiológico especial - Doença causada pelo coronavírus COVID-19 número 71.²³ Dados reproduzidos pela OPAS/OMS.

²² Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas. Perspectivas da população mundial 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3hJOEzf>

²³ Ministério da Saúde do Brasil. Boletim epidemiológico especial - Doença causada pelo coronavírus COVID-19 número 71. Disponível em: <https://bit.ly/3BeyHsC>

Figura 6. Mortes relacionadas a síndrome respiratória aguda grave em gestantes, por Semana Epidemiológica (SE) de início dos sintomas e agente etiológico. Brasil. SE 1 à SE 27 de 2021



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Boletim epidemiológico especial - Doença causada pelo coronavírus COVID-19 número 71. ²³ Dados reproduzidos pela OPAS/OMS.

Em termos de distribuição geográfica, entre a SE 1 e a SE 27 de 2021, as duas unidades federativas com maior número de casos e óbitos nessa população foram São Paulo (1.865 casos incluindo 170 óbitos) e Minas Gerais (700 casos incluindo 103 óbitos); a Região Sudeste do país responde por 40% e 42% do total de casos e óbitos de COVID-19, respectivamente. Embora a taxa de letalidade nessa população seja de 11,6% no nível nacional em 2021, ela varia de 9,5% a 14,8% no nível regional; o mais alto foi relatado na Região Norte.

Ao analisar os dados por trimestre gestacional, nota-se que para os casos e óbitos para os quais essa informação estava disponível (n = 7.167 casos, n = 816 óbitos), 62% e 59% dos casos e óbitos, respectivamente, foram notificados durante o terceiro trimestre.

Em relação aos dados demográficos, a faixa etária que mais notificou casos foi do sexo feminino com 30 a 39 anos (45,6%), seguida da faixa etária de 20 a 29 anos (37,6%), ao passo que 51% dos óbitos foram notificados na faixa etária de 30 a 39 anos.

V. COVID-19 em populações indígenas

Desde janeiro de 2020 até 20 de julho de 2021, houve 617.229 casos confirmados de COVID-19, incluindo 14.990 mortes, notificados em populações indígenas de 18 países da Região das Américas para os quais havia informações disponíveis (**Tabela 6**). Em comparação com os dados apresentados na Atualização epidemiológica sobre a COVID-19 da OPAS/OMS de 19 de junho de 2021,³ foram mais 64.901 casos confirmados, incluindo 1.428 óbitos. Em comparação com a Atualização epidemiológica anterior da OPAS/OMS, os maiores aumentos de casos e óbitos foram observados no Chile, com aumento de 38% e 40%, respectivamente.

Tabela 6. Número cumulativo de casos e mortes por COVID-19 confirmados em populações indígenas na Região das Américas. Janeiro de 2020 a 21 de julho de 2021*

País	Número de casos de COVID-19 confirmados	Número de mortes
Argentina	2.693	65
Belize**	1.668	41
Bolívia**	18.700	334
Brasil	51.334	741
Canadá	32.597	372
Chile	65.884	1170
Colômbia	63.250	1.813
Costa Rica	540	11
Equador	5.832	216
Guatemala	18.924	676
Guiana**	95	6
México	21.046	3.253
Panamá**	5.807	102
Paraguai	456	48
Peru	64.923	872
Suriname	2.556	44
Estados Unidos**	259.884	4860
Venezuela	1137	22
Total	617.326	14.646

Observação:

* 21 de julho 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 19 de junho de 2021³.

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.

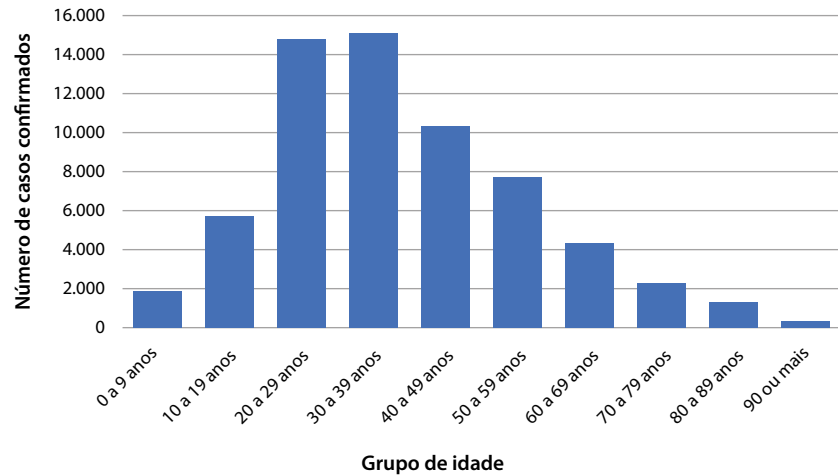
Segue-se uma descrição da situação epidemiológica da COVID-19 nas populações indígenas na Colômbia.

Na Colômbia, desde a confirmação do primeiro caso de COVID-19 no país²⁴ e até 10 de julho de 2021, houve 63.250 casos confirmados de COVID-19 notificados entre povos indígenas (80 etnias), incluindo 1.813 mortes, resultando em uma taxa de letalidade de 2,9% nessa população, em comparação com 2,5% na população em geral. Desse total de casos, aproximadamente 2,5% (1.593 casos) são considerados ativos e 59.844 já se recuperaram. O número total de casos entre as populações indígenas da Colômbia representa 1,4% do número total de casos confirmados na Colômbia.

A distribuição dos casos entre as populações indígenas por faixa etária mostra que a maior proporção de casos foi notificada em pessoas de 30 a 39 anos (24%), seguidas por pessoas de 20 a 29 anos (23%) e de 40 a 49 anos (16%) (**Figura 7**).

²⁴ 6 de março de 2020

Figura 7. Distribuição dos casos confirmados de COVID-19 em populações indígenas na Colômbia. Colômbia, março de 2020 a 10 de julho de 2021.



Fonte: Ministério da Saúde da Colômbia.²⁵ Dados reproduzidos pela OPAS/OMS.

Em termos de distribuição geográfica, Bogotá D.C notificou a maioria dos casos (9.502 casos), seguida pelos departamentos de Nariño (6.624 casos) e Córdoba (5.780 casos).

VI. 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 particularmente afetados pelas medidas adotadas para controle da transmissão do vírus. Esses efeitos indiretos incluem as consequências negativas do fechamento de escolas, as restrições à circulação de pessoas que limitam as oportunidades de brincar e de relacionar-se com a família e amigos, a perda de trabalho e renda que também afetam a saúde mental dos cuidadores e, conseqüentemente, as relações entre as crianças e seus cuidadores e a alteração das funções dos serviços de saúde e proteção social, entre outros.²⁶

As evidências disponíveis até esta data 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, mas quando adoecem, geralmente apresentam doença leve com sintomas semelhantes aos de outras doenças comuns nessa idade. Na faixa etária de 0 a 19 anos, estudos sugerem

²⁵ Ministério da Saúde da Colômbia. 10 de julho de 2021 COVID-19 em populações indígenas na Colômbia. Disponível em espanhol em: <https://bit.ly/3hFrQk5>

²⁶ 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>

que a suscetibilidade e a transmissão são menores entre crianças menores de 5 anos do que em crianças mais velhas e adolescentes.^{27,28,29,30,31}

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, denominada síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes (MIS-C) temporariamente relacionada à COVID-19, disponível em: <https://bit.ly/2RBZzgr>.

Embora o MIS-C ocorra com pouca frequência, esses casos apresentam desafios importantes para os sistemas de saúde e podem levar a quadros clínicos graves e até mesmo à morte.

Na Região das Américas, a OPAS/OMS começou a vigilância ativa dos casos de MIS-C em junho de 2020, convidando os estados-membros a compartilhar um conjunto mínimo de variáveis epidemiológicas que permitissem a caracterização da MIS-C na Região.

Entre meados de maio de 2020 e 21 de julho de 2021, um total cumulativo de 6.681 casos confirmados de MIS-C temporalmente relacionados à COVID-19, incluindo 135 mortes, foram relatados em 24 países/territórios da Região das Américas (**Tabela 7**). Durante o mesmo período, 22 países e territórios informaram oficialmente à OPAS/OMS que não detectaram casos de MIS-C.

Desde a Atualização epidemiológica da OPAS/OMS sobre COVID-19 de 19 de junho de 2021³ e até 21 de julho de 2021, houve 625 casos confirmados adicionais relatados e 6 mortes adicionais. Durante esse período, um novo país (Venezuela) notificou casos de MIS-C à OPAS/OMS pela primeira vez.

²⁷ Gaythorpe, K. A., Bhatia, S., Mangal, T., et al. Children's role in the COVID-19 pandemic: a systematic review of early surveillance data on susceptibility, severity, and transmissibility. Imperial College London. 3–26. <https://doi.org/10.25561/84220>

²⁸ Viner, R. M., Mytton, O. T., Bonell, C., et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection among Children and Adolescents Compared with Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(2), 143–156. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.4573>

²⁹ Viner, R. M., Russell, S., Saull, R., et al. Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: a systematic review. *MedRxiv*, 2021.02.10.21251526. <https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251526>

³⁰ Davies, N.G., Klepac, P., Liu, Y. et al. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med* 26, 1205–1211 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0962-9>

³¹ Leidman E, Duca LM, Omura JD, Proia K, Stephens JW, Sauber-Schatz EK. COVID-19 Trends Among Persons Aged 0–24 Years — United States, March 1–December 12, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70:88–94. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7003e1>

À medida que aumenta o número de casos de MIS-C, é importante que cada país/território caracterize os casos³² de forma a contribuir para o preenchimento das lacunas de informação, principalmente as relacionadas com o manejo clínico e medidas de resposta.

Tabela 7. Distribuição dos casos e mortes oficialmente registrados por síndrome inflamatória multissistêmica (MIS) em crianças e adolescentes temporamente associada à COVID-19 na Região das Américas, por país/território. Maio de 2020 a 21 de julho de 2021*

País	Número de casos confirmados	Número de mortes confirmadas
Argentina	189	1
Barbados	2	1
Bolívia**	1	1
Brasil	1.101	69
Canadá	131	0
Chile	340	5
Colômbia	9	0
Costa Rica	37	0
Cuba	4	6
República Dominicana	131	0
Equador	13	0
El Salvador	19	0
Guiana Francesa	2	0
Guadalupe	5	0
Guatemala	2	0
Honduras	3	0
Panamá**	81	2
Paraguai	107	8
Peru	4	0
Porto Rico	0	0
Saint Martin	2	0
Trinidade e Tobago	29	0
Estados Unidos da América	4.274	37
Venezuela	195	0
Total	6.681	135

Notas: * 21 de julho 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.

De acordo com o site dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (US CDC), os dados dos Estados Unidos incluem 52 jurisdições (incluindo 49 estados, Nova York, Porto Rico e Washington, DC). Disponível em: <https://bit.ly/2SrKBOj>

Fontes: 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.

³² Formulário de notificação de caso disponível em: <https://bit.ly/371sXo1>

Do número total de casos notificados para os quais dados sobre idade e sexo estavam disponíveis (n = 6.089), a distribuição de casos entre as faixas etárias foi de 30% entre 0 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 as 129 mortes para as quais estavam disponíveis dados sobre idade e sexo, 40% tinham idade de 0 a 4 anos, 19% de 5 a 9 anos, 16% de 10 a 14 anos e 26% de 15 a 19 anos. Em relação à distribuição por sexo, 51% das mortes eram do sexo feminino.

VII. COVID-19 em profissionais da saúde

Desde os primeiros casos confirmados de COVID-19 foram notificados, na Região das Américas e até 21 de julho de 2021, pelo menos 1.763.315 casos de COVID-19 entre profissionais de saúde, incluindo 10.278 mortes, de acordo com os dados disponibilizados por 37 países e territórios nas Américas (**Tabela 8**). Devido a ajustes retrospectivos nos casos nos dados disponíveis, houve aproximadamente 216.000 casos a menos e 810 mortes adicionais, desde a Atualização epidemiológica de 19 de junho de 2021.³³ O número total de casos representa 12% dos 15 milhões de profissionais de saúde estimados nas Américas.³³

³³ 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>

Tabela 8. Distribuição de casos e mortes cumulativos por COVID-19 confirmados em profissionais da saúde na Região das Américas. Janeiro de 2020 a 21 de julho de 2021*

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de mortes
Antigua e Barbuda	44	2
Argentina	94.590	584
Aruba**	244	0
Bahamas**	505	13
Belize**	317	2
Bermudas**	49	0
Bolívia**	24.223	433
Bonaire**	106	0
Brasil	498.422	666
Canadá	100.309	61
Ilhas Caimã**	24	0
Chile	60.606	102
Colômbia	62.779	301
Costa Rica	8.107	52
Curaçao**	439	0
Dominica	1	0
República Dominicana	1.399	22
Equador	12.262	121
El Salvador**	6.609	72
Granada	1	0
Guatemala	7.152	65
Haiti**	808	1
Honduras	13.668	115
Jamaica**	861	4
México£	244.711	4.084
Panamá**	8.663	112
Paraguai	16.358	182
Peru	70.687	1.383
Santa Lúcia	147	0
São Vicente e Granadinas	29	0
Santo Eustáquio**	8	0
São Martinho**	54	0
Suriname	1.690	3
Turcas e Caicos	97	0
Estados Unidos	515.527	1.691
Uruguai	8.715	28
Venezuela	3.104	179
Total	1.763.315	10.278

Notas: * 21 de julho 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 19 de junho de 2021³


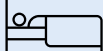





£ Os dados apresentados pelo México correspondem à variável de ocupação do Sistema de Vigilância Epidemiológica de Doenças Respiratórias Virais (SISVER). A análise reflete os casos que relataram exercer uma ocupação relacionada à saúde. É importante esclarecer que as informações coletadas no SISVER não 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.

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 Epidemiológicos da OPAS/OMS e nas atualizações sobre COVID-19 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 infecção</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). 19 de junho de 2021, Washington, D.C.: OPAS/OMS; 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3xYqdnh>
2. OMS. Atualização epidemiológica semanal sobre a COVID-19. Publicado a 20 de julho de 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3v6e0Mi>

3. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em **Antigua e Barbuda**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
4. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na **Argentina**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
5. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Brasil**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
6. Ministério da Saúde do **Brasil**. Disponível em: <https://bit.ly/3vb3JP2> e <https://bit.ly/2OnJAVg>
7. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Canadá**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
8. Governo do **Canadá**. Coronavírus (COVID-19) e comunidades indígenas. Disponível em: <https://bit.ly/2hCEWq>
9. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Chile**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
10. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na **Colômbia**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
11. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na **Costa Rica**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
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 **Granada**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
15. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Guatemala**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
16. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **México**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
17. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Paraguai**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
18. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Peru**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
19. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) em **Santa Lúcia**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
20. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Suriname**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
21. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) nos **Reino Unido**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
22. **Estados Unidos**. Centros de Controle e Prevenção de Doenças. Dados sobre COVID-19 durante a gestação. Disponível em: <https://bit.ly/2SWWyYT>. Síndrome

inflamatória multissistêmica em crianças (MIS-C), disponível em: <https://www.cdc.gov/mis-c/>

23. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) no **Uruguai**, recebido pela OPAS/OMS por e-mail
24. Relatório do Ponto Focal Nacional (NFP) do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) na **Venezuela**, 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/).