

59º CONSELHO DIRETOR

73ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Sessão virtual, 20 a 24 de setembro de 2021

Tema 8.1 da agenda provisória

CD59/INF/1
24 de agosto de 2021
Original: inglês

ATUALIZAÇÃO SOBRE A PANDEMIA DE COVID-19 NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Introdução

1. Este documento apresenta uma atualização sobre a pandemia de COVID-19 na Região das Américas e sobre o progresso e os desafios de implementação da Resolução CD58.R9, adotada pelo 58º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em setembro de 2020 (1), e da Resolução CDSS1.R1, adotada pela Sessão Especial do Conselho Diretor em dezembro de 2020 (2), no período até 31 de julho de 2021, salvo indicação em contrário.
 2. Até 24 de agosto de 2021, a Região das Américas havia notificado 39% e 47% de todos os casos e mortes por COVID-19 no mundo, respectivamente. Quatro países das Américas — Argentina, Brasil, Colômbia e Estados Unidos da América — estavam entre os 10 países com o maior número de casos acumulados em escala mundial. Cinco países — Brasil, Colômbia, Estados Unidos da América, México e Peru — estavam entre os 10 países com o maior número de mortes acumuladas em escala mundial.
 3. O curso da pandemia de COVID-19 nas Américas continua altamente incerto. A escalada no número de casos em toda América do Sul e Central na primeira metade de 2021 é perturbadora. Ela vem no contexto de uma introdução gradual da vacinação que priorizou grupos de alto risco, como profissionais de saúde na linha de frente e idosos. A disponibilidade de vacinas contra a COVID-19 é limitada no mundo todo, e muitos países enfrentam iniquidades de acesso, inclusive na América Latina e no Caribe. A hesitação vacinal pode retardar ainda mais a adesão pela população ou impedir que todo o potencial de vacinação seja atingido.
 4. Ao mesmo tempo, os países e territórios da Região continuam a notificar perturbações sistemáticas, em graus variáveis, na prestação de serviços de saúde essenciais. Essas perturbações realçam as dificuldades em assegurar a continuidade dos serviços e a necessidade de fortalecer a resolutividade, principalmente no primeiro nível de atenção.
-

5. Um possível cenário é que, por boa parte de 2022, os países das Américas continuem a enfrentar surtos localizados de COVID-19, principalmente em instituições (como casas de repouso, prisões), zonas periurbanas densamente povoadas e áreas rurais. Embora a cobertura vacinal talvez possa atingir altos níveis gerais e ser homogênea entre entidades subnacionais, é possível que continue a haver heterogeneidade significativa na cobertura entre diferentes grupos etários e populacionais. Isso vai depender da disponibilidade do suprimento de vacinas, da adesão à vacina e do acesso e demanda em grupos populacionais específicos.

6. Essa situação indica que a supressão da pandemia de COVID-19 na Região continuará a exigir uma resposta abrangente, com sustentação das capacidades da rede de serviços de saúde, medidas sustentadas de saúde pública e sociais, operações direcionadas de vacinação e ações para controle dos surtos, que incluem detecção precoce, investigação e isolamento de casos e rastreamento e quarentena de contatos.

Situação epidemiológica

7. Desde a detecção do primeiro caso nas Américas em janeiro de 2020 até 31 de julho de 2021, foi notificado um total acumulado de 77.223.340 casos confirmados de COVID-19, incluindo 2.010.269 mortes, na Região. Pouco mais da metade desses casos (54%) e mortes (54%) foram notificados entre 1º de janeiro de 2021 e 31 de julho de 2021. Os números mais elevados de casos e mortes mensais foram notificados em janeiro de 2021. As sub-regiões da América do Norte e da América do Sul são responsáveis pela maior porcentagem cumulativa de casos (50% e 46%, respectivamente) e mortes (44% e 54%, respectivamente) até 31 de julho.

8. Vários países da Região estão notificando um maior número de casos de COVID-19 na população mais jovem, com um aumento associado de internações tanto em UTI (unidade de terapia intensiva) como em leitos regulares. Isso pode estar relacionado à maior exposição e à vacinação limitada nesse grupo. Durante o primeiro semestre de 2021, 74% dos casos notificados na Região tinham entre 20 e 59 anos de idade, mas 62% das mortes foram de pacientes com 60 anos de idade ou mais. A razão entre o sexo masculino e o feminino é de 0,96 para casos e 1,53 para mortes.

9. Até 31 de julho de 2021, 50 países e territórios da Região haviam notificado a detecção de pelo menos uma das quatro variantes de preocupação (VOC, na sigla em inglês) do SARS-CoV-2. Desse total, 48 países e territórios detectaram a VOC Alfa, 33 detectaram a Gama, 26 detectaram a Delta e 23 detectaram a Beta. Em pelo menos 13 países e territórios, todas as quatro VOCs foram detectadas. Países como o Canadá, o México e os Estados Unidos, nos quais a capacidade de sequenciamento genético é maior, notificaram um rápido aumento na proporção da variante Delta entre semanas. Atualmente, a variante Delta é a cepa dominante em todos esses países.

10. As informações epidemiológicas mais atualizadas sobre a pandemia podem ser encontradas no Sistema de Informações sobre COVID-19 para a Região das Américas, no site da Organização Pan-Americana da Saúde.¹

Continuidade dos serviços de saúde

11. Para os países e territórios da região, tem sido um desafio manter a prestação de serviços de saúde essenciais durante a pandemia. A Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou um inquérito pontual sobre a continuidade dos serviços de saúde essenciais durante a pandemia, com duas rodadas em 2020 e 2021.² Até 16 de abril de 2021, 28 dos 29 países e territórios das Américas que responderam à pesquisa relataram interrupções persistentes na prestação de serviços de saúde essenciais.³ Entre os respondentes, 60% relataram perturbações nos serviços de saúde mental, neurologia e transtornos por uso de substância; 55%, nos serviços de imunização; 49%, nos serviços de doenças transmissíveis; 47%, nos programas de doenças tropicais negligenciadas; 41%, nos serviços de doenças não transmissíveis; 41%, nos serviços de saúde reprodutiva, materna, neonatal, da criança e do adolescente e nutrição; 40%, nos serviços de reabilitação física e cuidados paliativos e de longo prazo; e 36% nas intervenções cirúrgicas eletivas. Essas perturbações têm sérias implicações, especialmente para as populações mais vulneráveis, como idosos e pessoas com deficiência e doenças crônicas.

12. Os motivos mais relatados para interrupções da prestação de serviços de saúde são falta de pessoal disponível devido à mobilização para fornecer socorro relacionado à COVID-19 ou outros serviços (72% dos países), cancelamento de tratamentos eletivos (56%), mudanças nas políticas de tratamento (54%), dificuldades financeiras (48%) e perturbações na cadeia de suprimento (32%). Os motivos mais comuns relacionados à demanda incluem temor/desconfiança da comunidade (60%), restrições de viagem que dificultam o acesso a unidades de saúde (56%), e queda do volume de pacientes ambulatoriais, porque os pacientes não procuram o atendimento (54%).

13. Os profissionais de saúde estão na linha de frente da resposta à COVID-19 e são imprescindíveis nos esforços para assegurar a continuidade dos serviços de saúde. A dramática expansão das capacidades dos serviços de saúde, inclusive de cuidados intensivos, para lidar com a escalada no número de pacientes com COVID-19 e manter outros serviços essenciais criou uma enorme pressão sobre os profissionais de saúde. A delegação de tarefas e o trabalho em serviços de alto risco, com longas jornadas de trabalho e exposição prolongada a um grande número de pacientes com COVID-19, afetou

¹ Disponível em inglês em: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.

² OMS. Tracking Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic. Um painel interativo (acessado em 5 de maio de 2021) está disponível em inglês em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic/dashboard>.

³ Os 28 países e territórios que responderam foram Argentina, Bahamas, Belize, Bermudas, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Ilhas Cayman, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Vicente e Granadinas, Santa Lúcia, Suriname e Uruguai.

negativamente a saúde desses profissionais, especialmente a saúde mental. Dados de 37 países e territórios das Américas indicavam que, até 21 de julho de 2021, quase 1,8 milhão de profissionais de saúde haviam contraído a COVID-19 desde o começo da pandemia, com mais de 10 mil mortes (3). A COVID-19 tem afetado desproporcionalmente profissionais de saúde do sexo feminino, que correspondem a 70% da força de trabalho em saúde mundial (4) e 89% dos profissionais de enfermagem na Região das Américas (5). Os profissionais de saúde que participaram do estudo *COVID-19 Health Care Workers* (HEROES) relataram que sentir-se estigmatizados e/ou discriminados por causa do seu trabalho com pacientes de COVID-19. Em alguns países, metade dos participantes sofreu alguma forma de violência, e a maioria dos participantes, principalmente as mulheres, relatou estar preocupada com a possibilidade de infectar parentes e outras pessoas próximas. Além disso, as mulheres também relataram com mais frequência terem pessoas sob seus cuidados (crianças, pessoas com deficiência e idosos) mas receberem pouca ajuda para equilibrar essas responsabilidades com suas obrigações no local de trabalho. Dados preliminares não publicados indicam a presença de sintomas depressivos leves a moderados, com maior risco de depressão em grupos específicos, como clínicos gerais e enfermeiros, e indícios de ideação suicida nas duas semanas anteriores variando de 10% a 17% em alguns países.⁴

Análise do progresso alcançado

14. Esta seção do documento apresenta um resumo das atividades da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA ou a Repartição) em resposta à pandemia de COVID-19 desde janeiro de 2020. Especificamente, ela se concentra no progresso alcançado e nos desafios enfrentados para a implementação das seguintes linhas de ação apresentadas em *Pandemia de COVID-19 na Região das Américas* (Documento CD58/6) (6) e *Atualização sobre a pandemia de COVID-19 na Região das Américas, preparação para o COVAX e acesso equitativo às vacinas contra a COVID-19* (Documento CDSS1/2) (7), conforme as Resoluções CD58.R9 e CDSS1.R1, desde setembro de 2020:

- a) Fortalecimento da liderança, da gestão e da governança
- b) Fortalecimento da inteligência epidemiológica
- c) Fortalecimento dos sistemas de saúde e das redes de prestação de serviços
- d) Fortalecimento das operações de resposta a emergências e da cadeia de suprimento
- e) Apoio à introdução de vacinas contra a COVID-19 e ao acesso a elas

15. O leque completo de atividades da RSPA relacionadas à COVID-19 implementadas até 30 de junho de 2021 pode ser encontrado em dois relatórios disponíveis em inglês no site da OPAS (títulos em tradução livre): *Resposta da Organização Pan-Americana da*

⁴ O estudo HEROES é uma colaboração internacional entre pesquisadores de 30 países liderada pela Columbia University e pela Universidade do Chile e com apoio da OPAS na Região das Américas. Desde maio de 2020, o estudo HEROES avaliou 20.328 profissionais de saúde da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Guatemala, México, Peru, Porto Rico, Uruguai e Venezuela.

Saúde à COVID-19 nas Américas: janeiro a dezembro de 2020⁵ e Resposta da Organização Pan-Americana da Saúde à COVID-19 nas Américas: janeiro a julho de 2021.⁶

16. Até 20 de agosto de 2021, a RSPA havia recebido mais de \$327 milhões⁷ em contribuições financeiras de uma ampla gama de parceiros para apoiar sua resposta à pandemia de COVID-19 nas Américas. Esses parceiros incluem os governos de Belize, do Canadá, da Colômbia, da Espanha, da República da Coreia, dos Estados Unidos da América, do Japão, da Nova Zelândia, da Suécia, da Suíça, do Reino Unido e da União Europeia. A Organização Mundial da Saúde e seus doadores também fizeram contribuições significativas. Outros doadores incluem a Alma Jean Henry Charitable Trust, o Banco de Desenvolvimento do Caribe, a Confederação Caribenha de Cooperativas de Crédito, o Banco Centro-Americano para Integração Econômica, a Corporação Andina de Fomento/Banco de Desenvolvimento da América Latina, a Foundation for Innovative New Diagnostics, a Fundación Yamuni Tabush, o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, a Organização Internacional para as Migrações, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, a Fundação Rockefeller, o Fundo Central de Resposta de Emergência das Organização das Nações Unidas (ONU), o UNICEF, o Escritório do Fundo Fiduciário Multiparceiros das Nações Unidas, o Escritório das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul, o Grupo do Banco Mundial, o Programa Mundial de Alimentos e a Fundação da Organização Mundial da Saúde, além de doadores individuais para o Fundo de Resposta à COVID-19 da OPAS. A resposta da Organização à pandemia também se beneficiou de doações em produtos e serviços do Direct Relief, Facebook, Mary Kay Cosmetics e Twitter, bem como de parcerias estratégicas com Salomón Beda, Sony Music Latin e Global Citizen. Os detalhes dessas doações podem ser encontrados no site da OPAS.⁸

Linha estratégica de ação 1: Fortalecimento da liderança, da gestão e da governança

17. A maioria dos Estados Membros da OPAS têm pacotes diversos de medidas não farmacêuticas comunitárias em vigor para combater a pandemia. Porém, a introdução, o ajuste e a suspensão dessas medidas nem sempre são ancorados em evidências ou baseados em dados granulares de fontes diversas. Essas medidas, inclusive o uso de máscaras, carecem de um conjunto robusto de indicadores que facilitariam esforços de comunicação de riscos mais previsíveis e, possivelmente, aumentariam a adesão.⁹ O documento CD58/6, *Pandemia de COVID-19 na Região das Américas*, preconiza a manutenção de uma

⁵ Disponível em inglês em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54013>.

⁶ Disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/es/documentos/respuesta-organizacion-panamericana-salud-covid-19-americas-enero-junio-2021>.

⁷ A menos que indicado de outra forma, todos os valores incluídos neste relatório são expressos em dólares dos Estados Unidos.

⁸ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus/doenca-causada-pelo-novo-coronavirus-covid-19/fundo-resposta-covid-19-da-opas>.

⁹ O painel regional de Análise de Medidas de Saúde Pública e Sociais está disponível em inglês no site da OPAS: https://ais.paho.org/hip/viz/COVID-19_PHSM.asp.

abordagem que abarque todos os setores do governo e da sociedade. Esse chamado à ação acarreta desafios complexos que os tomadores de decisão enfrentam no momento e continuarão enfrentando no futuro próximo conforme respondem à pandemia de COVID-19. Isso pode ajudar a aliviar pressões sociais, econômicas e fiscais, principalmente nos grupos mais vulneráveis, e superar tensões entre os poderes dos governos estaduais nacionais, entre setores (inclusive o setor privado) e em todo o espectro político nacional e os níveis administrativos.

18. Desde abril de 2020, a RSPA vem reunindo ministros da saúde das Américas para *briefings* periódicos relacionados à pandemia de COVID-19. Nas respostas nacionais à pandemia, a política de saúde foi além dos ministérios da saúde, e a liderança foi exercida por chefes de Estado e chefes de governo. Em geral, as respostas nacionais efetivas foram holísticas e ágeis, caracterizadas por liderança centralizada, coordenação entre setores e níveis administrativos, clara tomada de decisão com base em pareceres científicos, esforços para aumentar a confiança da população e, acima de tudo, pela capacidade de modificar o curso de ação para enfrentar os rápidos desdobramentos da pandemia. É imperativo fazer um balanço dessas experiências durante a reformulação da arquitetura mundial de saúde.

19. A RSPA apoiou análises de ações em alguns estados brasileiros e está no processo de adaptar a metodologia e as ferramentas preparadas pela Secretaria da OMS para Análises Intra-Ação.¹⁰ Conforme a situação epidemiológica se torne mais propícia, a RSPA trabalhará com os centros colaboradores¹¹ relevantes da OMS para apoiar outros países e territórios nesse processo conforme seus interesses e solicitações. A pandemia de COVID-19 destacou aspectos da resposta nacional a emergências de saúde pública que não eram muito visíveis antes. É importante avaliar criticamente e aprender com a resposta à COVID-19 para reconstruir melhor (8).

20. Das medidas não farmacêuticas empregadas na Região, atualmente as medidas relacionadas às viagens internacionais são mais heterogêneas que as medidas no âmbito da comunidade. Todavia, durante a pandemia de COVID-19, em conformidade com a Resolução CD58.R9, de modo geral o trânsito internacional essencial se manteve nas Américas por meio da promulgação de disposições legais *ad hoc*.

21. Desde meados de 2020, uma sólida abordagem de saúde pública para retomar o trânsito internacional não essencial tem sido objeto de intenso debate em nível nacional e internacional. As viagens não essenciais são particularmente críticas para países e territórios cujas economias são altamente dependentes do turismo. Desse modo, desde julho de 2020, a RSPA tem publicado orientação baseada no risco para subsidiar o processo

¹⁰ As Orientações para a realização de uma análise intra-ação da COVID-19 a nível de país estão disponíveis no site da OMS em: <https://www.afro.who.int/pt/publications/orientacoes-para-realizacao-de-uma-analise-intra-acao-da-covid-19-nivel-de-pais-iar>.

¹¹ CHI-23, Universidad del Desarrollo, Chile, Centro Colaborador da OMS para o Regulamento Sanitário Internacional (RSI); USA-359, Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), Estados Unidos, Centro Colaborador da OMS para Implementação das Capacidades Básicas do RSI; USA-453, Johns Hopkins University, Estados Unidos, Centro Colaborador da OMS para Segurança Sanitária Mundial.

de tomada de decisão para retomar as viagens internacionais não essenciais.^{12,13} A RSPA também contribuiu para o documento da OMS *Considerações para a Implementação de um Enfoque Baseado em Risco para as Viagens Internacionais no Contexto da COVID-19*.¹⁴

22. Segundo o Documento Provisório de Posicionamento da OMS *Considerações com Respeito à Comprovação da Vacinação contra COVID-19 para Viajantes Internacionais* (9), assim como as recomendações temporárias do Diretor-Geral da OMS em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (10), os Estados Partes não exigirão comprovação da vacinação contra COVID-19 como condição de entrada. Todavia, com a introdução das vacinas contra a COVID-19, houve apelos para o uso de comprovantes de vacinação para fins de viagens internacionais. Em consequência, após a criação do Grupo de Trabalho do Certificado Inteligente de Vacinação convocado pela OMS,¹⁵ o Secretariado da OMS, incluindo a RSPA, publicou uma Chamada para Consulta Pública: Orientações Provisórias para Desenvolver um Certificado Inteligente de Vacinação – Candidato a Publicação 1.¹⁶

23. Desde que as tentativas de retomar o trânsito internacional não essencial começaram em meados de 2020, houve diversas mudanças rápidas nas medidas relacionadas a viagens. Ao mesmo tempo, a Região viu a introdução e a propagação de variantes de preocupação do SARS-CoV-2. Nesse contexto, o leque de medidas internacionais relacionadas a viagens implementadas pelos 35 Estados Membros da OPAS tem sido extremamente amplo e está sempre mudando, baseando-se às vezes em um conjunto complexo de medidas. As medidas relacionadas a viagens internacionais adotadas pelos Estados Membros incluem proibição seletiva¹⁷ ou geral da entrada de meios de transporte ou indivíduos, registro on-line de futuros viajantes antes da partida, quarentena seletiva ou subsidiária¹⁸ dos viajantes que chegam, apresentação de comprovante de resultado negativo de teste para o vírus SARS-CoV-2, teste para o vírus SARS-CoV-2 dos viajantes na chegada ou depois dela e dispensa de outros requisitos de entrada para os viajantes que chegam com base em comprovante de infecção anterior pelo vírus SARS-CoV-2 e comprovante de vacinação contra a COVID-19. Em 13 de agosto de 2021, três Estados Membros exigiam comprovante de vacinação contra a COVID-19 como condição de entrada, descumprindo assim as disposições do RSI.

¹² Disponível em inglês em: <https://www.paho.org/en/documents/considerations-resuming-non-essential-international-traffic-caribbean-context-covid-19>.

¹³ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/retomada-das-viagens-internacionais-nao-essenciais-no-contexto-da-pandemia-covid-19>.

¹⁴ Disponível em espanhol em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339884>.

¹⁵ As informações sobre o Grupo de Trabalho do Certificado Inteligente de Vacinação estão disponíveis em inglês em: <https://www.who.int/groups/smart-vaccination-certificate-working-group>.

¹⁶ Disponível em inglês em: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/call-for-public-comments-interim-guidance-for-developing-a-smart-vaccination-certificate-release-candidate-1>.

¹⁷ “Seletivo” significa com base na origem geográfica do itinerário do transporte ou viajante que chega.

¹⁸ “Subsidiário” significa que o requisito é aplicado somente se os outros requisitos de entrada não forem atendidos pelo viajante que chega.

24. A RSPA está colaborando estreitamente com o Escritório Regional de Educação para a América Latina e o Caribe da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e com o Escritório Regional para a América Latina e o Caribe do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para continuar a desenvolver orientações para o reinício das atividades educativas presenciais. Essa é uma das decisões mais difíceis enfrentadas pelas autoridades nacionais, com repercussões importantes tanto no futuro imediato quanto a longo prazo. A RSPA já forneceu orientações (11), em linha com as Nações Unidas (12), enfatizando que “o passo mais significativo que os países podem tomar para acelerar a reabertura das escolas e das instituições de educação é suprimir a transmissão do vírus para controlar os surtos nacionais ou locais”.

25. Em conformidade com a Resolução WHA73.1 da Assembleia Mundial da Saúde (13), a resposta da comunidade internacional à pandemia de COVID-19 foi esquadrihada intensamente pelo Comitê Independente de Supervisão e Assessoria (IOAC) do Programa de Emergências de Saúde da OMS,¹⁹ pelo Comitê de Análise sobre o Funcionamento do Regulamento Sanitário Internacional (2005) durante a Resposta à COVID-19 (CA RSI para COVID-19)²⁰ e pelo Grupo Independente para Preparação e Resposta em Caso de Pandemias (IPPPR).²¹ Como informado no Documento CE168/INF/3, *Implementação do Regulamento Sanitário Internacional* (14), os achados e recomendações apresentados por esses três organismos na 74ª Assembleia Mundial da Saúde (15, 16) têm como objetivo criar uma arquitetura mais robusta de governança mundial de saúde para responder a futuros eventos, com implicações para a saúde pública internacional. Um subconjunto das recomendações fornecidas pelo IOAC (11 recomendações) e pelo IPPPR (seis recomendações) aborda explicitamente a resposta à atual pandemia de COVID-19 pelo Secretariado da OMS e pelos Estados Membros da OMS. À época da redação deste texto, essas recomendações ainda estavam sendo consideradas pelos Estados Membros, conforme a resolução adotada na 74ª Assembleia Mundial da Saúde, *Fortalecimento da preparação e resposta da OMS frente a emergências sanitárias mundiais*.²² De modo geral, apela-se por mecanismos mais fortes de governança como apoio para o multilateralismo.

Linha estratégica de ação 2: Fortalecimento da inteligência epidemiológica

26. Uma parte essencial da resposta da Repartição foi trabalhar junto aos países para fortalecer seus sistemas de vigilância. A RSPA continuou a fazer Vigilância Baseada em

¹⁹ As informações sobre o Comitê Independente de Supervisão e Assessoria do Programa de Emergências de Saúde da OMS estão disponíveis em inglês em: <https://www.who.int/groups/independent-oversight-and-advisory-committee>.

²⁰ As informações sobre o Comitê de Análise sobre o Funcionamento do Regulamento Sanitário Internacional (2005) durante a Resposta à COVID-19 estão disponíveis em inglês em: <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19>.

²¹ As informações sobre o Grupo Independente para Preparação e Resposta em Caso de Pandemias estão disponíveis em inglês em: <https://theindependentpanel.org/>.

²² Disponível em inglês no site da OMS em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R7-en.pdf.

Eventos (EBS, na sigla em inglês), ao mesmo tempo em que ajudou os países a melhorarem a Vigilância Baseada em Indicadores (IBS, na sigla em inglês). Essa abordagem conjunta melhorou a capacidade dos sistemas de vigilância de detectar casos de COVID-19. Também facilitou a detecção de fatores de risco e vulnerabilidades específicas em povos indígenas e afrodescendentes no contexto da pandemia de COVID-19.²³

27. A importância da vigilância contínua dos vírus influenza é bem reconhecida, dado seu potencial epidêmico e pandêmico. Assim, a RSPA apoiou o fortalecimento da capacidade de detectar o vírus influenza e outros vírus respiratórios e caracterizá-los em termos genéticos, clínicos e epidemiológicos na atenção primária e na vigilância sentinela hospitalar de síndrome gripal (SG) e infecção respiratória aguda grave (IRAG).²⁴ Esses sistemas são também críticos para detecção e monitoramento avançados da transmissão de COVID-19 na comunidade. Até o momento, 23 países integraram a vigilância de COVID-19 aos seus sistemas de vigilância de IRAG/SG.

28. A RSPA apoiou a ampliação da plataforma Inteligência Epidemiológica de Livre Acesso (EIOS, na sigla em inglês) para quatro países da Região²⁵ melhorarem sua capacidade de EBS de COVID-19 e outras doenças infecciosas emergentes. A plataforma EIOS permite que diversas comunidades de usuários avaliem e compartilhem de forma colaborativa e em tempo real informações sobre os eventos de surto, o que melhora a capacidade de realizar avaliação contínua de riscos em nível regional, nacional e subnacional.

29. A RSPA criou um *Geo-Hub*²⁶ para a Região para oferecer ferramentas de modelagem e mapeamento de saúde pública para vigilância e monitoramento de pandemias. O *Geo-Hub* regional inclui uma série de painéis e dados epidemiológicos atualizados diariamente. Ele também inclui quatro *geo-hubs* sub-regionais e 56 *geo-hubs* de países/territórios para as Américas. Além disso, o público pode consultar o painel interativo da OPAS que mostra números acumulados de casos e mortes, taxas de incidência acumulada de casos e mortes e vários outros indicadores epidemiológicos apresentados por países e territórios. Essas informações em tempo real têm sido essenciais para apoiar a preparação e resposta dos países e promover a coordenação e conscientização internacional sobre a situação da Região.

30. Rastrear, analisar e prever tendências epidemiológicas é fundamental para uma resposta efetiva. A RSPA emitiu seu primeiro alerta epidemiológico sobre o novo coronavírus no dia 16 de janeiro de 2020. Entre essa data e 31 de julho de 2021, a Organização divulgou 35 atualizações e alertas epidemiológicos sobre a situação epidemiológica regional e sub-regional. São publicados relatórios semanais com indicadores de vigilância do SARS-CoV-2, além do vírus influenza e outros vírus

²³ Duas atualizações epidemiológicas foram desenvolvidas para enfrentar a COVID-19 entre os indígenas. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/alertas-e-atualizacoes-epidemiologicas>.

²⁴ Os relatórios estão disponíveis em espanhol em: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>.

²⁵ Argentina, Brasil, Dominica, Santa Lúcia.

²⁶ Disponível em inglês em: <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>.

respiratórios. Até 31 de julho de 2021, 38 dos 56 países, territórios e áreas nas Américas haviam notificado esses dados. Ao mesmo tempo, a RSPA continua a analisar tendências na Região, principalmente por meio da coleta de dados de casos nominais de COVID-19. Na última semana de notificação, em julho de 2021, foram capturados cerca de 72% dos casos e 58% das mortes para análise.

31. Estudos de soroprevalência forneceram dados valiosos sobre como o vírus se espalhou desde o início da pandemia. Em novembro de 2020, a RSPA lançou um novo painel²⁷ com estudos de soroprevalência na América Latina e no Caribe, que fornece detalhes sobre delineamento de estudo, método de amostragem, tamanhos amostrais e outras informações relevantes sobre estudos individuais.

32. Em colaboração com a GOARN, sigla em inglês da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surto, a RSPA treinou 35 países e territórios no uso do aplicativo Go.Data nos últimos 12 meses. O aplicativo, desenvolvido pela OMS e seus parceiros, apoia a investigação e manejo de casos, seguimento de contatos e visualização em tempo real das cadeias da transmissão. Vinte e quatro países e territórios²⁸ baixaram e instalaram o sistema, mas somente 17 o estão utilizando ativamente no momento.

33. A vigilância laboratorial, necessária para monitorar as tendências da doença COVID-19, depende de dados produzidos em laboratórios clínicos e/ou de saúde pública. Para fortalecer a capacidade de diagnóstico laboratorial, a RSPA tem apoiado países e territórios com revisão dos dados, treinamentos virtuais, sessões de resolução de problemas e apoio para assegurar a disponibilidade de testes validados e ensaios moleculares de referência para SARS-CoV-2. A Região das Américas foi a primeira região da OMS a fornecer kits de diagnóstico laboratorial para seus Estados Membros e, no fim do primeiro trimestre de 2020, todos os 35 Estados Membros tinham a capacidade de fazer testes diagnósticos moleculares de SARS-CoV-2. No começo da pandemia, a RSPA também ativou a rede de laboratórios de saúde pública da Região, inclusive laboratórios de referência especializados com experiência demonstrada na detecção molecular de vírus respiratórios. Até 31 de julho de 2021, a RSPA havia fornecido aproximadamente 590 mil suabes e kits de amostragem, juntamente com outros materiais e suprimentos de laboratório essenciais (como *primers*, sondas, plásticos e reagentes), para mais de 10,29 milhões reações/testes em mais de 35 países e territórios. Além disso, a RSPA forneceu mais de 1.840.000 testes diagnósticos rápidos de detecção de antígeno (Ag-RDT) como parte da estratégia para aumentar a capacidade de diagnóstico, inclusive em áreas remotas. Os Estados Membros também adquiriram quase 7 milhões de reações/testes por meio do Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública da OPAS (Fundo Estratégico da OPAS).

²⁷ Disponível em inglês em: <https://ais.paho.org/hip/viz/COVID-19Seroprevalence.asp>.

²⁸ Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bermudas, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Estados Unidos da América, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Paraguai, República Dominicana, Santa Lúcia, Santo Eustáquio, São Martinho, Suriname e Trinidad e Tobago.

34. A RSPA continua trabalhando estreitamente com laboratórios da Região para priorizar amostras para sequenciamento genômico. Até o momento, 24 países estão participando da Rede Regional de Vigilância Genômica de COVID-19 da OPAS,²⁹ com laboratórios de sequenciamento de referência no Brasil, no Chile, nos Estados Unidos da América, no México, no Panamá e em Trinidad e Tobago. Esse mecanismo será crítico para acompanhar a propagação ou o aparecimento de novas variantes de preocupação.

Linha estratégica de ação 3: Fortalecimento dos sistemas de saúde e das redes de prestação de serviços

35. A resposta à pandemia de COVID-19 requer que os serviços de saúde prestem atendimento aos pacientes de forma coordenada e integrada entre diferentes níveis de complexidade, com disponibilidade de um estoque ininterrupto de medicamentos e dispositivos em todos os estabelecimentos de saúde, inclusive em áreas remotas. Para muitos países e territórios da Região, foi um desafio prestar serviços de saúde dessa maneira, embora todos tenham implementado medidas para ampliar as capacidades das redes de serviços de saúde para uma gestão efetiva dos pacientes com COVID-19 e para a continuidade de serviços de saúde essenciais. As medidas incluíram ampliação, redistribuição e treinamento de recursos humanos, aquisição de produtos básicos essenciais, alocações orçamentárias e inovações nas modalidades de prestação de serviços. A RSPA ofereceu diversos tipos de apoio continuado para os países e territórios implementarem essas medidas, incluindo o envio de pessoal e/ou suprimentos para 40 países e territórios da Região. A Repartição tem fornecido orientações técnicas, treinamento e compartilhamento de experiências para todos os países e territórios conforme necessário para a reorganização dos serviços de saúde e ampliação/fortalecimento de capacidades para responder à pandemia de COVID-19. Desde o princípio da pandemia até 31 de julho de 2021, o Campus Virtual de Saúde Pública ofereceu 23 cursos relacionados à COVID-19; esses cursos foram usados por 35 países e territórios das Américas, com a inscrição de 904.502 novos participantes. A RSPA também treinou mais de 70 mil profissionais de saúde em diversas áreas relacionadas a manejo de caso e tratamentos.

36. O primeiro nível de atenção tem um papel crucial na identificação dos casos de COVID-19, contenção da expansão dos casos, manejo em tempo hábil de casos ambulatoriais na comunidade e continuidade dos serviços de saúde essenciais. Vinte e oito dos 29 países e territórios que responderam ao inquérito pontual supracitado da OMS implementaram diferentes estratégias para resolver interrupções na prestação de serviços de saúde essenciais.³⁰ Essas estratégias incluem triagem para identificar prioridades (88%

²⁹ Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/node/4951/rede-regional-vigilancia-genomica-covid-19>.

³⁰ OMS. Tracking Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic. Um painel interativo (acessado em 5 de maio de 2021) está disponível em inglês em:

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic/dashboard>.

Os 28 países e territórios que responderam foram Argentina, Bahamas, Belize, Bermudas, Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Dominica, El Salvador, Equador, Granada, Guatemala, Haiti, Honduras, Ilhas Cayman,

dos países), prestação de atendimento domiciliar (80%), uso de mensagens de comunicação na comunidade e prestação de serviços por telemedicina (76%) e redirecionamento do atendimento de pacientes para locais alternativos (72%). A RSPA deu orientações, facilitou o compartilhamento de experiências e monitorou a continuidade dos serviços de saúde essenciais por meio da implementação do inquérito pontual da OMS.

37. A pandemia teve um impacto negativo sobre a saúde mental da população, mas, no primeiro trimestre de 2021, 60% dos países e territórios respondentes notificaram perturbações nos serviços de saúde mental. Esse foi o serviço de saúde no qual mais países e territórios notificaram perturbações. Desde 2020, a RSPA tem fornecido cooperação técnica continuada para países e territórios em áreas essenciais relacionadas à saúde mental e apoio psicossocial (SMAPS), o que inclui apoio a 24 países e territórios³¹ para melhorar os mecanismos de coordenação de SMAPS; a 20 países e territórios³² para fazer intervenções remotas de SMAPS; e a 13 países e territórios³³ para desenvolver planos de implementação do Guia de Intervenção Humanitária mhGAP. A RSPA também desenvolveu um conjunto de materiais técnicos e de comunicação para abordar a SMAPS durante a COVID-19 voltados para a população geral e grupos vulneráveis, inclusive profissionais de saúde e na linha de frente, e facilitou o treinamento e a capacitação em SMAPS por meio de cursos virtuais e mais de 60 webinários.

38. Entre março de 2020 e 31 de julho de 2021, 16 países e territórios³⁴ na Região tiveram um acréscimo total de 63.222 leitos de UTI, e muitos ultrapassaram 12 leitos de UTI por 100.000 habitantes, a média entre os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Esse aumento representa um crescimento de 103% na capacidade de cuidados intensivos. Infelizmente, as taxas de ocupação de leitos de UTI em alguns momentos chegaram a passar de 85% (em 31 de julho de 2021, 8 países passavam de 85%). Além disso, apesar do aumento significativo na capacidade de cuidados intensivos, a capacidade não é necessariamente sustentável, e o atendimento nem sempre cumpre as normas de qualidade e segurança dos pacientes. Os desafios incluem o desgaste do pessoal e o acesso insuficiente a tratamentos (inclusive oxigênio). A RSPA ofereceu orientações para a ampliação dos serviços hospitalares e da capacidade de cuidados intensivos, incluindo estimativas dos requisitos de capacidade hospitalar, planejamento dos recursos necessários, gerenciamento de leitos de UTI e coordenação do atendimento, em resposta à escalada no número de pacientes com COVID-19. Também foram realizadas

Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Vicente e Granadinas, Suriname e Uruguai.

³¹ Antígua e Barbuda, Aruba, Bahamas, Belize, Bolívia, Brasil, Costa Rica, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Peru, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Venezuela.

³² Anguilla, Antígua e Barbuda, Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, Guatemala, Honduras, Ilhas Virgens Britânicas, México, Panamá, Peru, República Dominicana, Trinidad e Tobago, Ilhas Turcas e Caicos, Venezuela.

³³ Bolívia, Costa Rica, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Ilhas Cayman, México, Panamá, Peru, Santa Lúcia, Trinidad e Tobago, Venezuela.

³⁴ Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai, Venezuela.

missões virtuais para apoiar os países e territórios cujos hospitais estavam em seu limite em meio à escalada no número de casos de COVID-19. Nestes países e territórios, uma estratégia essencial de mitigação foi a mobilização de Equipes Médicas de Emergência e/ou orientações técnicas dentro das Equipes Médicas de Emergência (EME) e a estratégia de Locais Alternativos de Atenção Médica (LAAM).

39. A função das EME e dos LAAM é reconhecidamente essencial para a ampliação de capacidade para atender às necessidades criadas pelo aumento exponencial no número de pacientes por causa da COVID-19. Portanto, a RSPA tem oferecido orientações, treinamento e recomendações (17) para ajudar os países e territórios a estabelecerem uma resposta abrangente de capacidade de pico de pessoal médico dentro das redes nacionais de serviços de saúde. Até 6 de agosto de 2021, 24 países³⁵ haviam relatado a existência de 193 EME nacionais mobilizadas atualmente, além de 204 LAAM operacionalizados, oferecendo um total de 13.236 leitos para internação e 1.228 leitos de cuidados intensivos. Além disso, as EME regionais têm apoiado o atendimento clínico em regiões fronteiriças e remotas, oferecendo acesso a migrantes e populações indígenas. As EME e os LAAM também tiveram papéis importantes durante grandes emergências paralelas, como os furacões Eta e Iota, que afetaram a Colômbia e alguns países da América Central durante a pandemia. A RSPA trabalha junto a seus parceiros e à rede regional de pontos focais para EME para coordenar as respostas locais e o cumprimento das recomendações relacionadas à COVID-19.

40. A RSPA criou o Grupo Técnico de Oxigênio (OTG, na sigla em inglês) para avaliar as limitações sofridas pelos países e territórios que tiveram um aumento no número de pacientes necessitando de suporte de oxigênio durante a pandemia. O OTG está fornecendo apoio técnico abrangente a 13 países e territórios³⁶, o que inclui recomendações adaptadas para o contexto local, nos temas de conduta clínica, organização dos serviços de saúde (otimização da infraestrutura existente, fortalecimento das capacidades técnicas e trabalho em redes integradas), capacitação e avaliação das capacidades locais.

41. A RSPA criou ferramentas para planejamento da força de trabalho visando a capacidade de retaguarda para a COVID-19. A Organização também deu apoio para que os países comesçassem diálogos sobre políticas a respeito de planos de divisão de tarefas e gestão e regulamentação de profissionais de saúde para melhor enfrentar a COVID-19 e aumentassem a capacitação em faculdades de medicina e enfermagem para expandir as funções de médicos e enfermeiros na atenção primária. Muitos países promulgaram instrumentos legais e normativos para a gestão de recursos humanos em saúde. A disponibilidade e segurança dos profissionais de saúde tem sido um fator crítico para a

³⁵ Argentina, Bahamas, Barbados, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, Estados Unidos da América, Guiana, Haiti, Honduras, Ilhas Cayman, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Panamá, Peru, Porto Rico, Trinidad e Tobago e Venezuela.

³⁶ Antígua e Barbuda, Argentina, Bolívia, Colômbia, Dominica, Equador, Guiana, Haiti, Panamá, Paraguai, Peru, Suriname e Ilhas Turcas e Caicos.

expansão dos serviços em resposta à pandemia e para fazer adaptações que assegurem a continuidade dos serviços essenciais.

42. O reforço do cumprimento das práticas de higiene das mãos, uso de equipamento de proteção individual (EPI) e limpeza e desinfecção de dispositivos médicos tem sido uma prioridade para os países e territórios e para a RSPA desde o início da pandemia. Até 7 de maio de 2021, 33 países e territórios³⁷ continuavam relatando a existência de um programa nacional de prevenção e controle de infecções (PCI), além de normas relacionadas a água, saneamento e higiene, nos estabelecimentos de saúde. Além disso, houve um aumento de 42% no número de países e territórios que avaliaram sua infraestrutura sanitária quanto ao controle de infecções transmitidas por aerossóis (entre 18 de maio de 2020 a 31 de maio de 2021). A pandemia também pode contribuir para aumentos no número de infecções relacionadas à assistência à saúde por microrganismos multirresistentes devido ao não cumprimento de precauções regulares e baseadas na transmissão, falhas na limpeza do ambiente e uso inadequado de EPI. A RSPA publicou diretrizes para o manejo de profissionais de saúde expostos à COVID-19 em estabelecimentos de saúde e organizou treinamentos presenciais e virtuais para ministérios da saúde e profissionais de saúde. Até 31 de julho de 2021, a RSPA havia administrado sessões de treinamento em PCI de várias semanas de duração para mais de 20 mil pessoas, incluindo profissionais de saúde, especialistas em logística, trabalhadores do setor de hotelaria e outras pessoas com risco aumentado de exposição à COVID-19.³⁸

43. Em resposta à rápida evolução da pandemia de COVID-19 e ao acúmulo de pesquisas científicas, a RSPA implementou um mecanismo ágil e adaptativo de tradução de conhecimentos para identificar, sintetizar e difundir as melhores evidências disponíveis para uma tomada rápida de decisão e para oferecer orientações sobre o manejo clínico. A RSPA apoiou o fortalecimento de mecanismos nacionais rápidos informados por evidências e deu orientações relativas ao uso, fora do ambiente de pesquisa, de intervenções farmacológicas sem comprovação de segurança e eficácia contra a COVID-19. Essas intervenções, que podem não ser benéficas e podem até causar danos aos pacientes, suscitam preocupações de natureza ética. Atualmente, há intervenções terapêuticas farmacológicas disponíveis (corticoides e alguns imunomoduladores) com efetividade demonstrada na redução da mortalidade e outros desfechos graves em pacientes com COVID-19. A maioria dos países e territórios desenvolveu e está implementando diretrizes para o manejo clínico de pacientes conforme a gravidade da doença. Porém, pesar evidências e ética em meio à incerteza e assegurar que não haja uso emergencial de

³⁷ Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, El Salvador, Equador, Estados Unidos da América, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Uruguai, Venezuela.

³⁸ Os países e territórios-alvo incluíam Antígua e Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermudas, Dominica, Granada, Guiana, Ilhas Cayman, Ilhas Turcas e Caicos, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, Montserrat, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, São Martinho, Suriname e Trinidad e Tobago.

intervenções não comprovadas fora do contexto de pesquisas continua a ser um desafio significativo para a Região.

44. Para abordar a lacuna de evidências e fortalecer a tomada de decisão, a RSPA tem atualizado e compilado continuamente as melhores evidências disponíveis sobre a eficácia e segurança das terapias, publicou diretrizes de manejo de pacientes com COVID-19 e apoiou esforços para melhorar a adesão em todos os níveis de atenção. Os países e territórios também estão financiando e promovendo pesquisas em diversas disciplinas para abordar a pandemia e estabeleceram estratégias e procedimentos para simplificar a revisão ética (18).³⁹ Porém, devido ao volume das evidências que estão surgindo, alguns Estados Membros estão tendo dificuldades em fiscalizar as pesquisas em andamento sobre COVID-19.

45. Espera-se que os recursos públicos nacionais continuem a arcar com a maior parte resposta do setor de saúde à COVID-19 na Região. Apesar de uma contração estimada em 7,7% do produto interno bruto (PIB), que contribuiu para uma diminuição na arrecadação fiscal de 0,5 ponto percentual do PIB em 2020, a América Latina chegou ao nível mais elevado de gastos pelos governos centrais desde 1950, 24,7% do PIB (19).⁴⁰ Além disso, para suplementar os recursos nacionais, várias instituições financeiras internacionais e outros doadores têm oferecido oportunidades de financiamento para os países da Região. Exemplos incluem *a*) a linha de crédito acelerado (Fast Track Facility) para COVID-19 do Banco Mundial (\$242,5 milhões aprovados para 12 países)⁴¹ e financiamento específico para vacinação contra COVID-19 (\$220 milhões aprovados para três países);⁴² *b*) a resposta operacional do Banco Interamericano de Desenvolvimento para a COVID-19 (financiamento para resposta imediata à saúde pública de \$802,7 milhões aprovado para 10 países);⁴³ *c*) o mecanismo de resposta à COVID-19 do Fundo Global (\$61 milhões de alocação de base para 19 países⁴⁴ e seis projetos multinacionais); e *d*) o apoio ao fornecimento vacinas pelo Mecanismo COVAX/Gavi (\$775 milhões mundialmente, além da aquisição de vacinas).⁴⁵

³⁹ Os seguintes países e territórios registraram ensaios clínicos ou estudos observacionais na Plataforma Internacional de Registro de Ensaios Clínicos da OMS: Argentina (13), Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia (2), Brasil (41), Canadá (64), Chile (8), Colômbia (13), Costa Rica (2), Cuba (13), Curaçao, Dominica, El Salvador, Equador (5), Estados Unidos da América (395), Granada, Guatemala, Haiti, Honduras (3), Jamaica, México (25), Montserrat, Paraguai, Peru (9), República Dominicana, Santa Lúcia, São Cristóvão e Névis, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela.

⁴⁰ A estatística se refere a 16 países da América Latina, como mostra a Figura I.1 da fonte.

⁴¹ Argentina, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Trinidad e Tobago, Uruguai.

⁴² El Salvador, Equador, Honduras.

⁴³ Argentina, Bahamas, Belize, El Salvador, Equador, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, República Dominicana.

⁴⁴ Belize, Bolívia, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Suriname, Venezuela.

⁴⁵ Grupo de Coordenação de Operacionalização de Vacinas da OMS. Atualizado em 12 de maio de 2021 [documento interno não publicado].

46. A pandemia afetou drasticamente os programas nacionais de imunização (PNI) da Região, principalmente o fornecimento de serviços de imunização e a demanda por esses serviços nas comunidades e unidades de saúde. Em escala mundial, a pandemia afetou a disponibilidade oportuna e os custos de frete de muitas vacinas. O Fundo Rotativo para Acesso às Vacinas da OPAS (Fundo Rotativo) desempenhou um papel crucial para assegurar a sustentabilidade das cadeias de suprimentos de imunização (para vacinas, dispositivos de injeção seguros e equipamentos da rede de frio) durante a pandemia. Além disso, a RSPA segue trabalhando em estreita colaboração com os PNIs no planejamento preventivo para flutuações na demanda nacional por vacinas, triagem das alocações de suprimentos e monitoramento dos estoques nacionais de vacinas. A RSPA também está trabalhando com os fabricantes de vacinas e parceiros internacionais para monitorar cuidadosamente perturbações de logística e outros riscos que os fornecedores possam estar enfrentando. O planejamento preciso da demanda se tornou mais importante do que nunca para minimizar os riscos de acesso interrompido a vacinas que salvam vidas. Em 2020, o valor total de aquisição pelo Fundo Rotativo chegou a \$750 milhões, e o Fundo de Capital do Fundo Rotativo concedeu apoio crítico na forma de financiamento-ponte para Estados Membros solicitantes.

Linha estratégica de ação 4: Fortalecimento das operações de resposta a emergências e da cadeia de suprimento

47. Os países continuam enfrentando um mercado complexo para aquisição de suprimentos e medicamentos relacionados à COVID-19. Considerações sobre a qualidade são fundamentais, porque o mercado está inundado de produtos de qualidade duvidosa. Além disso, a pandemia criou várias perturbações sérias nas cadeias regulares de abastecimento de suprimentos e equipamento médico, bem como nos voos comerciais dos quais a RSPA dependia para enviar especialistas e remessas de tecnologias essenciais em saúde no passado. Desse modo, para apoiar os países e territórios da Região, a RSPA vem trabalhando incansavelmente com outras agências da ONU, parceiros, ONGs internacionais e doadores, inclusive através da Célula Interagências de Coordenação de Abastecimento para COVID-19, para obter os suprimentos necessários para que os países previnam casos e mortes por COVID-19 e forneçam outros serviços de saúde essenciais.

48. Em 2020, a RSPA instituiu inúmeras iniciativas em coordenação com seus parceiros em resposta à escassez mundial de insumos e medicamentos essenciais para a COVID-19, inclusive por meio da rede mundial de compras da OMS. Essas iniciativas incluíram a expansão dos fornecedores comerciais elegíveis, celebração de acordos de longo prazo com parceiros comerciais novos e existentes e implementação de um mecanismo interno interprogramático para avaliar e classificar a qualidade dos produtos médicos. Essas iniciativas ajudaram a assegurar a entrega direcionada de produtos no menor tempo possível e com os mais altos padrões de qualidade e desempenho. Elas também melhoraram a capacidade da RSPA de gerenciar a logística, o armazenamento e o transporte de volumes grandes e sensíveis de produtos básicos médicos. Por exemplo, atualmente equipamentos biomédicos e meios de diagnóstico (incluindo Ag-RDTs) são entregues duas a cinco semanas depois da expedição da ordem de compra.

49. Em 2021, alguns países da Região com a capacidade de produzir, regulamentar e exportar produtos básicos médicos fecharam suas rotas comerciais internacionais para priorizar a disponibilidade interna de recursos urgentemente necessários em meio a escaladas no número de casos de COVID-19. Paralelamente, houve uma transição geral no mercado em direção à produção de artigos relacionados à COVID-19 que geram um faturamento maior e mais rápido. Isso teve um impacto direto sobre o preço de alguns produtos essenciais e sobre sua disponibilidade para muitos países da Região. Junto com a diminuição na disponibilidade de suprimentos e medicamentos essenciais de saúde necessários para a resposta à COVID-19, como anestésicos e medicamentos para terapia intensiva, a disponibilidade de alguns outros produtos básicos de saúde (como EPI, suprimentos de laboratório, produtos de higienização e equipamento biomédico) aumentou em resposta à maior demanda. Essas condições instáveis de mercado representam um desafio crítico para os esforços de garantir acesso em tempo hábil a meios de diagnóstico, dispositivos médicos, novas vacinas e tratamentos para todos os países e territórios.

50. A RSPA começou a trabalhar com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) para analisar a capacidade de produção de medicamentos e outras tecnologias em saúde na Região. Os ministérios da saúde, ciência e tecnologia e indústria e comércio, além do setor industrial, já foram convocados com vistas a aumentar as capacidades regionais para melhorar o acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde no contexto das emergências sanitárias.

51. A RSPA tem participado ativamente *a)* do Acelerador de Acesso às Ferramentas contra COVID-19 (ACT-A, na sigla em inglês), para promover e acelerar o desenvolvimento, a produção e a distribuição equitativa de vacinas, meios de diagnóstico e tratamentos para COVID-19 e *b)* do Mecanismo COVAX, para garantir o acesso a vacinas seguras e eficazes para todos os países, independentemente do nível de renda. Paralelamente, a Organização desenvolveu uma lista de dispositivos médicos prioritários para uso no contexto da COVID-19 e realizou treinamentos a respeito com 350 participantes de 17 países e territórios.⁴⁶ A RSPA continua mantendo uma lista de 76 produtos prioritários de diagnóstico *in vitro* em plataformas fechadas e abertas. A Organização também apoia a Base Regional de Informes de Avaliação de Tecnologias em Saúde das Américas (BRISA), que no momento tem 323 relatórios disponíveis na seção sobre COVID-19. As avaliações de tecnologias em saúde oferecem orientações inestimáveis para as autoridades sanitárias sobre o uso das tecnologias relevantes para a pandemia de COVID-19.

52. Até 31 de julho de 2021, a RSPA havia atendido 2.213 pedidos de compra de suprimentos para a COVID-19, no valor de \$343 milhões, por meio de 927 fornecedores.⁴⁷ Desse total, \$266 milhões correspondem a compras feitas diretamente pelos Estados

⁴⁶ Argentina, Belize, Bahamas, Barbados, Haiti, Jamaica, Guatemala, Guiana, México, Nicarágua, Panamá, República Dominicana, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Venezuela.

⁴⁷ Inclui kits de diagnóstico (kits de PCR, detecção e extração), testes rápidos de COVID-19, consumíveis, EPI e outros suprimentos (não inclui vacinas).

Membros através do Fundo Estratégico da OPAS e compras reembolsáveis. A RSPA mobilizou com êxito mais de 871 toneladas de produtos básicos de saúde para 34 países e territórios. Os produtos básicos de saúde essenciais mobilizados incluíam 49 toneladas de equipamento biomédico (o que inclui oxímetros de pulso de dedo, oxímetros de pulso portáteis e concentradores de oxigênio), 210 toneladas de EPI (o que inclui luvas, máscaras cirúrgicas, respiradores, capotes, óculos de segurança e protetores faciais), 39 toneladas de suprimentos para diagnóstico (o que inclui kits de diagnóstico, consumíveis de laboratório e mais de 17 milhões de testes rápidos de antígeno para COVID-19), além de medicamentos para pacientes em UTI (o que inclui ordens de compra totalizando mais de \$70 milhões para apenas seis países). Mais de 50% dos recursos executados pela RSPA para a resposta até 31 de julho de 2021 haviam ido diretamente para a obtenção de EPI, testes laboratoriais e outros bens essenciais.

53. A RSPA fez da garantia de qualidade um componente crítico do suporte técnico à compra de produtos, suprimentos e equipamento. Isto acarretou trabalhar junto aos países e territórios para *a*) revisar as especificações; *b*) definir e fornecer recomendações técnicas de garantia de qualidade e orientações sobre produtos básicos como máscaras e respiradores (por exemplo, máscaras KN95 para a Venezuela, respiradores para a Bolívia e Trinidad e Tobago), EPI (por exemplo, Plano de Ação para a Costa Rica) e concentradores de oxigênio; *c*) facilitar a remessa de fretes e a logística; e *d*) apoiar os países com problemas de garantia de qualidade e vigilância pós-comercialização⁴⁸ (por exemplo, Bolívia, Guiana, Suriname e Venezuela para meios de diagnóstico *in vitro*). A Organização colabora com as autoridades reguladoras nacionais em todas as Américas para compartilhar recomendações, considerações, avaliações e vigilância pós-comercialização de produtos que poderiam ser usados para controlar a COVID-19. Além disso, a RSPA mantém um repositório de sites e informações relevantes, inclusive respostas regulatórias à COVID-19, na Plataforma Regional sobre Acesso e Inovação para Tecnologias em Saúde (PRAIS). A Repartição também pré-qualificou inúmeros fornecedores, seguindo avaliações técnicas relacionadas à qualidade, segurança e eficácia de seus produtos.

54. Um foco importante da RSPA desde o começo da pandemia tem sido reforçar as capacidades da cadeia de suprimento dos países e territórios para distribuir eficientemente as novas tecnologias ao mesmo tempo em que se garante o acesso adequado a todas as outras tecnologias em saúde essenciais. Após sondagens com os fornecedores, a Organização interagiu com as autoridades nacionais para monitorar, guiar e resolver problemas com as medidas de forma a lidar com o impacto da demanda acelerada por produtos médicos sobre a produção, logística, alfândega e inventário para reduzir os riscos de escassez e atrasos. Essas medidas incluíram, entre outras, a mobilização das reservas

⁴⁸ De janeiro a junho de 2021, a RSPA fez 83 avaliações e consultas técnicas sobre dispositivos médicos para COVID-19 e 76 avaliações técnicas sobre medicamentos para terapia intensiva, monitorou alertas e *recalls* de 12 agências reguladoras nacionais para vigilância pós-comercialização de dispositivos médicos relacionados à COVID-19, divulgou 76 alertas e *recalls* (16 dispositivos de diagnóstico *in vitro*, 33 EPI, 18 ventiladores, 9 outros aparelhos biomédicos) para o Grupo Regional de Trabalho sobre Dispositivos Médicos.

estratégicas regionais da RSPA⁴⁹, análise de rotas alternativas de transporte, identificação de opções terapêuticas, entrega acelerada de cargas fracionadas usando diversas opções de transporte e facilitação de doações e empréstimos entre países.

Linha estratégica de ação 5: Apoio à introdução de vacinas contra a COVID-19 e ao acesso a elas

55. Para melhorar o apoio organizacional da Repartição à introdução das vacinas contra a COVID-19 nas Américas, a Diretora da OPAS criou a Força Tarefa para Vacinação contra a COVID-19 nas Américas em setembro de 2020. Essa Força Tarefa, que complementa outros recursos organizacionais, oferece orientações estratégicas para o planejamento e introdução bem-sucedidos da vacinação contra a COVID-19 nas Américas. O Fundo Rotativo da OPAS,⁵⁰ outro componente essencial da resposta da Organização, é uma plataforma importante que permite aos Estados Membros acessar as vacinas através do Mecanismo mundial COVAX. Durante a fase de concepção e elaboração do Mecanismo COVAX, a RSPA assumiu um papel ativo em defender as necessidades dos Estados Membros, assegurando ao mesmo tempo equidade e acessibilidade econômica, alavancando o Fundo Rotativo da OPAS como o principal mecanismo de aquisição de vacinas contra a COVID-19 nas Américas.

56. Entre setembro e outubro de 2020, a Repartição trabalhou estreitamente com parceiros internacionais, incluindo a Aliança Gavi, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Banco Mundial, a Agência de Saúde Pública do Caribe e a União Europeia, entre outros, para facilitar a participação dos Estados Membros e territórios interessados no Mecanismo COVAX. Como resultado, 28 Estados Membros e territórios com o status de participantes autofinanciados (SFP, na sigla em inglês)⁵¹ assinaram acordos de compromisso com a Gavi, o que representa aproximadamente 33% do volume projetado de compras globais do grupo autofinanciado. Apesar dos desafios orçamentários e fiscais vigentes em nível nacional durante a pandemia, os Estados Membros e territórios autofinanciados cumpriram os requisitos financeiros do Mecanismo COVAX, o que representa uma alocação de mais de \$1,1 bilhão na forma de adiantamentos e garantias financeiras. Mais 10 Estados Membros⁵² são elegíveis para o Compromisso Antecipado de Mercado (AMC, na sigla em inglês) através do COVAX.

⁴⁹ Duzentas e noventa e oito toneladas de provisões de socorro em mais de 134 remessas originadas das Reservas Estratégicas da OPAS e despachadas para 31 países e territórios. Essa rápida distribuição de insumos, medicamentos e equipamentos essenciais foi crítica para fechar a brecha entre as necessidades detectadas pelos países e o prazo de entrega dos fornecedores.

⁵⁰ Há mais de 40 anos, o Fundo Rotativo da OPAS tem ajudado os Estados Membros e territórios a captar a demanda projetada por vacinas, seringas e suprimentos relacionados de imunização em toda a Região e a obter economias de escala para garantir o acesso a vacinas de alta qualidade pelos menores preços.

⁵¹ Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bermudas, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, Ilhas Cayman, Ilhas Virgens Britânicas, Jamaica, México, Montserrat, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, São Cristóvão e Névis, Suriname, Trinidad e Tobago, Ilhas Turcas e Caicos, Uruguai, Venezuela.

⁵² Bolívia, Dominica, El Salvador, Granada, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas.

57. No dia 12 de novembro de 2020, a RSPA e o UNICEF divulgaram uma licitação conjunta internacional para vacinas contra a COVID-19 em nome do Mecanismo COVAX. Os 36 países e territórios da América Latina e do Caribe (ALC) que participam do COVAX assinaram compromissos para receber cerca de 202 milhões de doses de vacina do Mecanismo. Porém, desde março de 2021, o Mecanismo COVAX tem enfrentado considerável escassez de suprimentos em comparação às projeções contratuais dos contratos de compra antecipada da Gavi. Os principais fatores que contribuem para a escassez incluem *a)* problemas no licenciamento das exportações, aumento da produção e liberação de lotes; *b)* acordos bilaterais para assegurar doses futuras (especialmente disponibilidade durante 2021), com uma estratégia de carteira de risco que extrapola as necessidades nacionais; *c)* previsões excessivamente otimistas dos fornecedores com respeito às suas capacidades projetadas de produção, que não estão se materializando em 2021. Os atrasos no fornecimento afetaram as entregas planejadas e reduziram a confiança dos participantes no Mecanismo COVAX.

58. Até 31 de julho de 2021, 34 milhões de doses haviam sido entregues pelo Mecanismo COVAX e por fornecedores a 32 participantes (incluindo o Haiti). Isso corresponde a uma cobertura populacional média aproximada de 2,5%.⁵³ Com base nas últimas simulações que cobrem a disponibilidade de doses até o final de setembro de 2021 (com expectativas médias), a RSPA estima que cerca de 8 a 9 milhões de doses adicionais poderiam ser alocadas para a ALC. Isso traria o nível projetado de cobertura média para 4% a 5,5% da população total. A quarta execução do algoritmo de alocação para o Mecanismo COVAX foi concluída na terceira semana de junho, cobrindo as doses que devem ser distribuídas no período entre julho e setembro de 2021. Projeta-se que cerca de 70% das doses prometidas pelo Mecanismo COVAX sejam mobilizadas no quarto trimestre de 2021 e além. Prevê-se que os participantes do COVAX na ALC recebam doses para vacinar cerca de 20% da sua população de alto risco (ou menos, se a proporção da sua participação for menor) até o final de 2021. Isto equivale a cerca de 100 milhões de pessoas na Região. Porém, são necessárias taxas maiores de cobertura vacinal para controlar a pandemia.

59. As vacinas obtidas através do COVAX têm qualidade garantida, seja pela OMS — por meio da inclusão na Lista de Uso de Emergência (EUL, na sigla em inglês) da OMS ou pelo processo de pré-qualificação — ou, em circunstâncias excepcionais, por uma das “autoridades reguladoras rigorosas” reconhecidas. Até 31 de julho de 2021, seis vacinas contra a COVID-19⁵⁴ haviam sido incluídas na EUL da OMS, e todas foram incluídas no portfólio do COVAX. As primeiras doses fornecidas através do COVAX nas Américas foram entregues no dia 1º de março de 2021 à Colômbia. Dessa data até 17 de agosto de

⁵³ No caso de alguns países insulares pequenos, as distribuições nos dois primeiros trimestres do ano podem corresponder a uma cobertura de até 20% devido aos tamanhos mínimos de remessa exigidos pelos fornecedores.

⁵⁴ Pfizer-BioNTech (Comirnaty); AstraZeneca (AZ) fabricada pela SK Bio (ChAdOx1-S), pelo Instituto Serum da Índia (ChAdOx1-S, Covishield) e por unidades fabris aprovadas pela União Europeia (ChAdOx1-S: SK-Catalent, Wuxi e Chemo Spain); Janssen (Ad26.COV2.S); Moderna (mRNA-1273); Sinopharm/BIBP (BBIBP-CorV); e Sinovac (CoronaVac).

2021, 31 países e territórios na ALC receberam doses do COVAX,⁵⁵ com cerca de 35,5 milhões de doses entregues.⁵⁶

60. Também tem havido um interesse extraordinário de países e grupos de países em fechar acordos precoces para as vacinas contra a COVID-19. Segundo uma análise não oficial da RSPA com base em notícias divulgadas nos meios de comunicação e informações compartilhadas pelos Estados Membros de forma *ad hoc*, embora alguns Estados Membros tenham fechado acordos bilaterais para cobrir 100% ou mais de suas populações, projeta-se que vários outros (principalmente países com recursos financeiros muito limitados e pequenos países do Caribe) tenham somente 20% a 50% de suas populações cobertas, e estejam contando principalmente com o Mecanismo COVAX e possíveis doações. Acordos bilaterais entre países e fornecedores (especialmente países de renda alta) estão tendo um impacto significativo sobre a disponibilidade global mundial de suprimentos e a equidade do acesso mundial, o que é um desafio a ser resolvido pela comunidade internacional.

61. Até 31 de julho de 2021, todos os 51 países e territórios⁵⁷ haviam implementado programas de vacinação contra a COVID-19 usando vacinas recebidas por meio de acordos bilaterais com fabricantes, do Mecanismo COVAX e de doações. Mais de 825 milhões de doses foram aplicadas nas Américas, e 335 milhões de pessoas completaram o esquema vacinal. Desse total, 44% das doses foram aplicadas nos Estados Unidos e 50%, nos países da ALC. Os Estados Membros que vacinaram o maior número de pessoas com o esquema completo por 100 habitantes são Canadá, Chile, Estados Unidos da América, República Dominicana e Uruguai.⁵⁸

62. Pelo menos 12 vacinas estão sendo usadas nas Américas, com três plataformas diferentes (vetor adenoviral, mRNA e vírus inativado). O uso de produtos diversos em cada país suscita desafios programáticos. Nem todas essas vacinas novas foram aprovadas e incluídas na EUL da OMS, e elas exigem que os países intensifiquem os esforços de vigilância de todas as vacinas contra a COVID-19 para monitorar sua segurança e impacto.

63. Na segunda metade de 2020, a RSPA apoiou a aplicação, pelas autoridades nacionais, da Ferramenta de Avaliação de Preparação para Introdução de Vacinas (VIRAT) da OMS como parte dos preparativos para a vacinação contra COVID-19. Todos os 33 Estados Membros na ALC usaram a VIRAT para autoavaliar seu nível de preparação e compartilharam seu progresso com a RSPA. Essas informações foram usadas para monitorar o nível de preparação regional e identificar e oferecer cooperação técnica direcionada em várias áreas, incluindo, entre outras, a) planejamento e elaboração de orçamento dos programas de imunização; b) harmonização dos processos regulamentares nacionais; c) reforço da cadeia de suprimento e da rede de frio; d) fortalecimento da

⁵⁵ Pfizer-BioNTech, AstraZeneca/SK Bio, AstraZeneca/Instituto Serum da Índia, AstraZeneca/Catalent.

⁵⁶ Dados sobre as chegadas das vacinas contra a COVID-19 às Américas por meio do COVAX estão disponíveis em: <https://www.paho.org/pt/covax-americas>.

⁵⁷ Cuba está usando vacinas fabricadas em Cuba: BioCubaFarma – Abdala, Soberana 02 e Soberana Plus.

⁵⁸ O painel de vacinação contra a COVID-19 da OPAS está disponível em inglês em: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp.

vigilância de eventos adversos pós-vacinação (EAPV);⁵⁹ e) adaptação dos sistemas de monitoramento e informação existentes; f) aproveitamento dos sistemas existentes para avaliar a eficácia das vacinas contra a COVID-19; e g) preparação do terreno para participação comunitária para gerar demanda pela vacinação contra a COVID-19.

64. A RSPA deu orientações e apoio integral no próprio país para que os interessados diretos nacionais elaborassem Planos Nacionais de Operacionalização da Vacinação (PNOs) adaptados ao contexto local. Desde então, 23 países e territórios na Região enviaram seus PNOs para a Plataforma de Parceiros da COVID-19 (10 AMC e 13 SFP). Infelizmente, vários países subestimaram os custos de entrega para implementação no orçamento ao excluir os custos das atividades de divulgação ou recrutamento de novos funcionários. Desse modo, a RSPA está apoiando quatro países⁶⁰ no uso da ferramenta de cálculo dos custos de introdução e operacionalização da vacina contra a COVID-19 (ferramenta CVIC) para gerar estimativas corretas dos custos esperados de entrega das vacinas, além da aquisição de produtos de vacina. Espera-se outros que países introduzam a ferramenta nos próximos meses, já que uma nova versão multilíngue foi disponibilizada no final do primeiro semestre de 2021.

65. Para acelerar os processos de operacionalização das vacinas, a RSPA orientou os Estados Membros quanto a processos de autorização regulatória, licenças de importação e procedimentos de liberação de lotes. A RSPA também mapeou as vias regulatórias existentes para autorização, importação e monitoramento pós-operacionalização das vacinas contra a COVID-19 em 21 países.⁶¹ A RSPA organizou várias oficinas com autoridades reguladoras nacionais (ARN) nas Américas para facilitar o uso de vacinas incluídas na EUL da OMS. Além disso, a RSPA facilitou eficiências nos processos decisórios ao conceder acesso aos dossiês dos produtos incluídos na EUL da OMS às ARN⁶² que assinaram acordos de confidencialidade.

66. O Grupo Técnico Assessor (GTA) Regional em Doenças Imunopreveníveis foi convocado duas vezes em 2020 (em agosto⁶³ e novembro⁶⁴) e uma vez em julho de 2021 para dar orientações sobre a adaptação regional das recomendações publicadas pelo Grupo

⁵⁹ A RSPA também estabeleceu um sistema regional de vigilância de EAPV para facilitar a identificação de sinais de alerta de segurança. A RSPA produz e compartilha um relatório semanal com informações regionais e mundiais consolidadas sobre a segurança das vacinas contra a COVID-19, disponível em inglês e espanhol em:

<https://covid-19pharmacovigilance.paho.org/resources/updates-on-aei>.

⁶⁰ Bolívia, Costa Rica, Equador, Guatemala.

⁶¹ Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Equador, Guatemala, Guiana, Honduras, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai, Venezuela.

⁶² Bahamas, Belize, Bolívia, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Granada, Guiana, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Santa Lúcia, Trinidad e Tobago, Uruguai e o Sistema Regulador do Caribe (CRS, na sigla em inglês).

⁶³ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/quinta-reuniao-ad-hoc-do-grupo-tecnico-assessor-gta-em-doencas-imunopreveniveis-eua-4>.

⁶⁴ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/sexta-reuniao-ad-hoc-do-grupo-tecnico-assessor-gta-da-opas-em-doencas-imunopreveniveis>.

Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE, na sigla em inglês) da OMS (por exemplo, redefinir alguns grupos prioritários para vacinação contra a COVID-19, abordar questões programáticas e manter e fortalecer os programas nacionais de imunização em meio à pandemia em curso). A RSPA também convocou várias reuniões com os gestores dos PNIs para compartilhar melhores práticas e fazer recomendações à medida que a escala das necessidades para a introdução das vacinas se tornou mais evidente. Além disso, a RSPA está trabalhando junto aos países para assegurar uma distribuição equitativa das vacinas entre suas próprias populações, com ênfase nos grupos de difícil acesso, inclusive migrantes. No Equador, por exemplo, a RSPA trabalhou ao lado das autoridades nacionais para elaborar um plano de tratamento em áreas de difícil acesso geográfico, como a Amazônia, usando uma abordagem baseada na relevância cultural e participação da comunidade. Além disso, as Representações da OPAS/OMS na Bolívia, na Colômbia e no Peru colaboraram em um projeto para fortalecer a vacinação de populações indígenas, com ênfase nas zonas de fronteira.

67. A “infodemia” de desinformação sobre as vacinas contra a COVID-19 demandou o fortalecimento das estratégias de comunicação de risco e envolvimento da comunidade. Em outubro de 2020, a RSPA fez oficinas para comunicadores e jornalistas que cobrem questões relacionadas às vacinas contra a COVID-19 para assegurar que esses formadores de opinião estejam equipados com as ferramentas e o conhecimento para apresentar esse tema com responsabilidade e precisão. A RSPA também organizou sessões com especialistas no Twitter e Facebook Live para conversar com o público sobre as vacinas contra a COVID-19 e responder a perguntas e incertezas. Além disso, a RSPA criou um site especificamente sobre a vacinação contra a COVID-19 que é continuamente atualizado com informações e recursos para diferentes públicos. A RSPA também vem atualizando as ARN e os programas nacionais de imunização sobre EAPV emergentes e preocupações de segurança relacionadas às vacinas por meio de dois painéis, um sobre as doses de vacina contra a COVID-19 administradas na Região e outro sobre a eficácia e segurança das vacinas contra a COVID-19.⁶⁵

Ações necessárias para melhoria da situação

68. Recomendam-se as seguintes intervenções de curto e médio prazo pelos Estados Membros e pela RSPA.

Estados Membros

69. Segundo um relatório conjunto da OPAS e da CEPAL (20), as economias da América Latina e do Caribe só serão reativadas se a curva de contágio da COVID-19 for achatada. Propõe-se uma abordagem em três etapas: *a*) controle, o que inclui a adoção de políticas sanitárias, econômicas, sociais e produtivas para controlar e reduzir os efeitos da pandemia; *b*) reativação econômica com proteção social; e *c*) reconstrução das sociedades de uma maneira sustentável, equitativa e inclusiva.

⁶⁵ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/vacinas-contra-covid-19>.

70. Devido às atuais incertezas sobre a efetividade das vacinas contra a COVID-19 para prevenir a transmissão do vírus SARS-CoV-2, além das iniquidades no acesso à vacina, a RSPA se junta ao IOAC e ao IPPPR na recomendação de que os Estados Membros continuem a aplicar as medidas não farmacológicas de forma sistemática e rigorosa. Isso deve ser feito conforme a situação epidemiológica vivida em cada país e, sobretudo, em linha com uma estratégia baseada em evidências aprovada pelo nível mais elevado do governo.

71. Até que a pandemia acabe, os sistemas de saúde devem estar prontos para lidar com escaladas no número de casos de COVID-19, além de aumentos na demanda por leitos hospitalares gerais e de terapia intensiva para diversas outras doenças relacionados à interrupção dos serviços essenciais. Portanto, os sistemas de saúde devem buscar uma abordagem completa para controlar a pandemia, adaptando-se a um contexto que está em constante evolução. Essa abordagem deve visar ao equilíbrio certo entre intervenções de saúde que comprovadamente previnem a transmissão e salvam vidas, incluindo medidas de saúde pública, a capacidade de resposta no primeiro nível de atenção (atenção primária) e a ampliação progressiva de serviços hospitalares e terapia intensiva, inclusive EME e LAAM, quando necessário, além da vacinação. Sozinha, nenhuma dessas intervenções bastará para alcançar os resultados desejados.

72. Mecanismos de financiamento em saúde suficiente e sustentável são essenciais para a resposta à pandemia, e espera-se que os recursos públicos nacionais continuem a arcar com a resposta do setor de saúde na Região. Para assegurar o melhor uso desses escassos recursos públicos internos e dos fundos internacionais disponíveis, os países e territórios devem equilibrar a implementação e expansão urgentes dos planos de vacinação contra a COVID-19 com o fortalecimento da prestação de serviços de saúde de rotina e outras respostas específicas para a COVID-19. É especialmente necessário aumentar os investimentos em áreas que não têm sido prioritárias, como a atenção primária e a gestão de redes de saúde.

73. Para proteger os orçamentos para outros serviços de saúde essenciais, os gastos extras relacionados à COVID-19 devem ser planejados como uma adição aos itens ou programas orçamentários ordinários, em vez de substituí-los, durante os ciclos de discussão orçamentária de 2022. Os Estados Membros devem assegurar a elaboração de estimativas de custo detalhadas para a resposta à COVID-19, o que inclui o cálculo de custos dos planos de vacinação que vão além da aquisição de doses de vacina. Além disso, os Estados Membros devem planejar intervenções de atualização (*catch-up*) da imunização para minimizar o risco de possíveis surtos de outras doenças imunopreveníveis e devem prever adequadamente essas intervenções no orçamento.

74. É fundamental que os representantes dos ministérios da saúde trabalhem com suas contrapartes nos ministérios da fazenda e planejamento em questões relacionadas a solicitações de financiamento e uso estratégico de quantidades significativas do financiamento internacional disponível atualmente. Ao administrar a alocação dessas novas fontes de financiamento, é importante eliminar obstáculos que possam dificultar o acesso oportuno dos prestadores a esses recursos, além de evitar a criação de mecanismos

extraorçamentários paralelos que possam enfraquecer os atuais mecanismos de financiamento em saúde. Algumas regras que regem os mecanismos de pagamento de provedores devem ser revisadas em função da necessidade de recrutar trabalhadores temporários e envolver o setor privado em atividades específicas.

75. Segundo as estimativas da RSPA sobre déficit de vacinas contra a COVID-19 nos Estados Membros, dada a dinâmica atual e futura do mercado de vacinas e a continuação dos acordos bilaterais, o grave problema da iniquidade vacinal na Região não pode ser resolvido sem doações e compartilhamento de doses. Os Estados Membros com doses disponíveis e excesso previsto de doses são encorajados a cogitar imediatamente o compartilhamento dessas doses.

76. Para aproveitar mais efetivamente os mecanismos existentes e se beneficiar da concentração da demanda, recomenda-se que os Estados Membros se comprometam a comprar vacinas contra a COVID-19 por meio do Fundo Rotativo da OPAS. É importante também que os Estados Membros apresentem compromissos sólidos e executáveis nas suas indicações de demanda.

77. Os programas nacionais de imunização requerem ações direcionadas e recursos adicionais (financeiros e humanos) para uma introdução bem-sucedida das vacinas contra a COVID-19 e para assegurar a sustentabilidade das atividades de imunização de rotina. Isso inclui ações que visam a atingir grupos prioritários com estratégias direcionadas de entrega de vacinas, fortalecimento dos sistemas de informação e de rede de frio, realização da vigilância de EAPV e monitoramento e avaliação do progresso e impacto da vacinação. Os países e territórios também devem cogitar o fortalecimento de suas atividades de geração de demanda e das estratégias de comunicação com o objetivo de atingir uma ampla cobertura vacinal contra a COVID-19. Também é essencial que as autoridades reguladoras nacionais e os programas nacionais de vacinação coordenem conjuntamente as estratégias e ações de vigilância de segurança das vacinas para conseguir uma resposta efetiva.

78. Considerando-se o aumento de casos de COVID-19 nas populações mais jovens em vários países na Região e o tempo de internação hospitalar mais longo em comparação com pacientes maiores de 60 anos, os Estados Membros devem planejar como lidar com um súbito aumento no consumo de insumos (como oxigênio e medicamentos para intubação) e equipamentos (bombas de infusão) críticos.

79. O oxigênio é um medicamento essencial que tem impacto direto sobre a redução da morbimortalidade por COVID-19. A identificação da necessidade de oxigênio suplementar no estágio inicial da doença e a administração de oxigenoterapia para casos graves e críticos é essencial. Portanto, os países e territórios devem organizar os sistemas de saúde de tal forma a permitir uma rápida identificação de lacunas e oportunidades para melhorar a produção, o armazenamento, a distribuição e o uso do oxigênio medicinal.

80. Os países e territórios devem estruturar programas de prevenção e controle de infecções com atenção para governança e liderança, orçamento específico, papéis e responsabilidades bem definidos, estratégias de monitoramento e avaliação e metas a serem

atingidas para conter patógenos endêmicos ou epidêmicos. Além disso, eles devem cogitar investir na educação formal e no treinamento de profissionais de saúde em PCI. Por último, os Estados Membros devem ter políticas de alocação de recursos humanos e estratégias para construir ambiente, materiais e equipamento para PCI nos estabelecimentos.

81. Deve haver um esforço contínuo para fortalecer e integrar as cadeias de suprimento em saúde nacionais, armazenamento e capacidades e recursos logísticos, com a participação próxima de parcerias públicas e privadas em nível regional, nacional e subnacional. O fortalecimento das capacidades de planejamento e a preparação de planos de aquisição de médio e longo prazo ajudarão a mitigar as incertezas na cadeia de suprimento no futuro próximo. O planejamento de emergência, o fortalecimento das redes logísticas de saúde e o posicionamento estratégico de estoques de reserva fortalecerão as capacidades de resposta oportuna a surtos localizados e outras emergências.

82. Embora seja possível que a transmissão comunitária da COVID-19 diminua no médio prazo, surtos localizados ainda podem ser frequentes. Portanto, os Estados Membros devem fortalecer e refinar ainda mais a capacidade nacional e local de vigilância, detecção e isolamento de casos, rastreamento de contatos e quarentena.

83. A pandemia de COVID-19 ofereceu a oportunidade de criar capacidades nacionais de sequenciamento do vírus SARS-CoV-2, e isso por sua vez estabeleceu a epidemiologia genômica como um componente integral e duradouro da investigação e controle de doenças com potencial epidêmico. Seria uma oportunidade perdida se o sequenciamento genômico continuasse sendo um esforço meramente acadêmico e não integrado plenamente à vigilância de saúde pública e aos esforços de controle de doenças em âmbito nacional, tendo em vista sua utilidade crucial demonstrada durante a pandemia.

84. Os países e territórios devem aproveitar os sistemas de vigilância existentes para avaliar a eficácia das vacinas contra a COVID-19, com especial ênfase nas novas variantes de preocupação.

Repartição Sanitária Pan-Americana

85. A RSPA deve continuar a apoiar os Estados Membros na identificação de opções de compartilhamento de doses de vacina contra a COVID-19 (pelo Mecanismo COVAX ou mecanismos de doação regionais ou bilaterais, por exemplo). Ações que facilitem o compartilhamento de doses entre os Estados Membros, com uma abordagem mais equitativa, podem trazer melhoras para a cobertura vacinal contra a COVID-19 em toda a Região.

86. Estão sendo tomadas medidas para desenvolver e lançar uma estratégia regional de acesso para obter mais vacinas contra a COVID-19 e agregar a demanda e os recursos dos Estados Membros. Embora se espere que o abastecimento de vacinas contra a COVID-19 melhore em 2022, isto não vai garantir disponibilidade suficiente para satisfazer à toda a demanda. A concentração da demanda e dos recursos e o uso do mecanismo existente do Fundo Rotativo será importante.

87. A Repartição deve continuar a oferecer cooperação técnica para ajudar os países e territórios a adotar um enfoque mais holístico na resposta sanitária regional e nacional à COVID-19. Além de suporte para uma introdução bem-sucedida das vacinas, a RSPA está oferecendo apoio para fortalecer áreas críticas da resposta, como os meios de diagnóstico, o manejo de casos, o controle de infecções e a continuidade dos serviços de saúde essenciais. Isso inclui adaptar e aumentar as capacidades das redes de serviços de saúde (incluindo atenção primária, terapia intensiva, EME e LAAM) e abordar gargalos nos sistemas de saúde (como recursos humanos e financiamento) e a logística de saúde. Isto ajudará a mitigar o risco dos países que estão fazendo a transição para uma resposta centrada em vacinas.

88. Um enfoque adaptado à realidade de cada país demonstrou ter valor agregado e deve continuar a ser um aspecto importante da cooperação técnica direta para países e territórios. O apoio reúne o extenso conhecimento especializado dentro da Equipe de Apoio à Gestão de Incidentes e em todos os níveis da Organização, com missões virtuais nos países, inclusive em áreas remotas, e missões presenciais quando possível. Ele também é útil para facilitar o compartilhamento de experiências.

89. A Organização deve manter um estoque estratégico de suprimentos críticos preposicionados para oferecer uma resposta que salve vidas durante emergências de saúde. Isto ajuda a mitigar a falta ou atraso no acesso a suprimentos que podem ocorrer devido à dinâmica mundial de oferta e demanda, limitações logísticas, atrasos de transporte e escassez de produção.

Ação pelo Conselho Diretor

90. Solicita-se que o Conselho Diretor tome nota deste relatório e apresente os comentários que considerar pertinentes.

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. A pandemia de COVID-19 nas Américas. 58º Conselho Diretor da OPAS, 72ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 e 29 de setembro de 2020; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2020 (Resolução CD58.R9) [consultado em 25 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd58r9-pandemia-covid-19-nas-americas>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Atualização sobre a pandemia de COVID-19 na Região das Américas, preparação para o COVAX e acesso equitativo às vacinas contra a COVID-19. Sessão Especial do Conselho Diretor. Sessão Especial do Comitê Regional da OMS para as Américas; 10 de dezembro de 2020; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2020 (Resolução CDSS1.R1) [consultado em 25 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cdss1r1-atualizacao-sobre-pandemia-covid-19-na-regiao-das-americas-preparacao-para-covax>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19) - 22 de julio de 2021. Disponível em espanhol em: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-22-julio-2021>.
4. The Lancet. COVID-19: a heavy toll on health-care workers. *Lancet Respir Med* [Internet]. Publicado em 5 de fevereiro de 2021. Disponível em inglês em: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(21\)00068-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(21)00068-0/fulltext).
5. Organização Pan-Americana da Saúde. Infográfico: A situação da enfermagem na Região das Américas. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/situacao-da-enfermagem-na-regiao-das-americas>.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Pandemia de COVID-19 na Região das Américas [Internet]. 58º Conselho Diretor da OPAS, 72ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 e 29 de setembro de 2020; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2020 (Documento CD58/6) [consultado em 25 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd586-pandemia-covid-19-na-regiao-das-americas>.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Atualização sobre a pandemia de COVID-19 na Região das Américas, preparação para o COVAX e acesso equitativo às vacinas contra a COVID-19. Sessão Especial do Conselho Diretor. Sessão Especial do Comitê Regional da OMS para as Américas; 10 de dezembro de 2020; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2020 (Documento CDSS1/2) [consultado em 25 de maio de 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cdss12-atualizacao-sobre-pandemia-covid-19-na-regiao-das-americas-preparacao-para-covax>.

8. Organização Pan-Americana da Saúde. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional [Internet]. 58º Conselho Diretor da OPAS, 72ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 e 29 de setembro de 2020; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2020 (Documento CD58/INF/1) [consultado em 25 de maio de 2021]. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/documentos/cd58inf1-implementacao-do-regulamento-sanitario-internacional>.
9. Organização Mundial da Saúde. Interim position paper: considerations regarding proof of COVID-19 vaccination for international travelers. Genebra: OMS; 2020 [consultado em 25 de maio de 2021]. Disponível em inglês em:
<https://www.who.int/news-room/articles-detail/interim-position-paper-considerations-regarding-proof-of-covid-19-vaccination-for-international-travellers>.
10. Organização Mundial da Saúde. Declaración acerca de la séptima reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Sobre la pandemia de enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19). Disponível em espanhol em:
[https://www.who.int/es/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/es/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Consideraciones sobre las medidas de salud pública relacionadas con las escuelas para los grupos en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19; Washington, DC. Washington, DC: OPAS; 2021 [consultado em 25 de maio de 2021]. Disponível em espanhol em:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53347>.
12. Nações Unidas. Policy Brief: Education during COVID-19 and beyond. Nova York: ONU; 2020 [consultado em 25 de maio de 2021]. Disponível em inglês em:
https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-08/sg_policy_brief_covid-19_and_education_august_2020.pdf.
13. Organização Mundial da Saúde. Respuesta a la COVID-19 [Internet]. 73ª Assembleia Mundial da Saúde; 19 de maio de 2020; Genebra: OMS; 2020 (Resolução WHA73.1) [consultado em 25 de maio de 2021]. Disponível em espanhol em:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-sp.pdf.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional. 168ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS; 21 a 25 de junho de 2021. Washington, DC: OPAS; 2021 (Documento CE168/INF/3) [consultado em 28 de maio de 2021]. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/documentos/ce168inf3-implementacao-do-regulamento-sanitario-internacional>.

15. Organização Mundial da Saúde. Comité Independiente de Asesoramiento y Supervisión para el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS [Internet]. 74ª Assembleia Mundial da Saúde; 5 de maio de 2021; Genebra: OMS; 2021 (Documento A74/16) [consultado em 25 de maio de 2021]. Disponível em espanhol em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_16-sp.pdf.
16. Organização Mundial da Saúde. Respuesta a la COVID-19 - Informe principal del Grupo independiente de preparación y respuesta frente a las pandemias [Internet]. 74ª Assembleia Mundial da Saúde; 12 de maio de 2021; Genebra: OMS; 2021 (Documento A74/INF./2) [consultado em 25 de maio de 2021]. Disponível em espanhol em: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_INF2-sp.pdf.
17. Organização Pan-Americana da Saúde. Recommendations for medical surge capacity and deployment of emergency medical teams. Documento preliminar, versão 2. 31 de março de 2020. Disponível em inglês em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52144>.
18. Organização Pan-Americana da Saúde. The landscape of COVID-19 clinical trials in Latin America and the Caribbean: assessment and challenges. 21 de dezembro de 2020. Disponível em inglês em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53150>.
19. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL). Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2021: Los desafíos de la política fiscal en la recuperación transformadora pos-COVID-19. Santiago, CEPAL; 2021. Disponível em espanhol em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46808-panorama-fiscal-america-latina-caribe-2021-desafios-la-politica-fiscal-la>.
20. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e Organização Pan-Americana da Saúde. Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Santiago, CEPAL; 2020. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52536>.

- - -