

1

O impacto da pandemia de COVID-19 nos sistemas de saúde da América Latina e Caribe

Nicolas Larrain, Divisão de Saúde da OCDE, Paris

Gabriel Di Paolantonio, Divisão de Saúde da OCDE, Paris

Tom Raitzik Zonenschein, Divisão de Saúde da OCDE, Paris

Rushay Naik, Divisão de Saúde da OCDE, Paris

Frederico Guanais, Divisão de Saúde da OCDE, Paris

A região da América Latina e o Caribe (ALC) foi fortemente afetada pela pandemia da COVID-19, com números proporcionalmente mais altos de óbitos quando comparados a outras regiões. Os desfechos mais graves relacionados à mortalidade foram observados em idosos, homens e pessoas socioeconomicamente desfavorecidas. Enquanto isso, grandes interrupções na prestação de cuidados de saúde de rotina expuseram os sistemas de saúde frágeis e exacerbaram o excesso de mortes. Os países que identificaram suas fragilidades e implementaram uma resposta abrangente à pandemia conseguiram mitigar a perda de vidas. As políticas destinadas a reduzir o impacto sanitário e socioeconômico da pandemia e fortalecer o setor de saúde mostraram-se altamente eficazes, especialmente quando acompanhadas da adesão popular às medidas de combate à pandemia. Ao mesmo tempo, as limitações estruturais ampliaram o desafio da COVID-19, com a escassez de profissionais de saúde representando um grande gargalo nas estratégias de combate ao vírus.

1.1. Introdução

Três anos se passaram desde que a atenção dos sistemas de saúde em todo o mundo se voltou para a crise da COVID. Entre dezembro de 2019 e outubro de 2022, foram notificados 631 milhões de casos e 6,59 milhões de óbitos. Além disso, a re-priorização dos recursos de saúde para lidar com a resposta imediata à pandemia afetou a atenção à saúde regular, gerando um acúmulo significativo de serviços adiados em todos os níveis de atendimento. Estima-se que 2.273.620 mortes em excesso ocorreram na região em 2020 e 2021 em comparação aos óbitos esperados para esses anos, conforme estimado pela OMSTrês anos se passaram desde a crise da COVID-19 galvanizou a atenção aos sistemas de saúde em todo o mundo. Entre dezembro de 2019 e outubro de 2022, foram registrados 631 milhões de casos e 6,59 milhões de mortes. Além disso, a redefinição das prioridades dos recursos de saúde para lidar com a resposta imediata à pandemia afetou a saúde regular, gerando um acúmulo significativo de serviços adiados em todos os níveis de atendimento. Estima-se que 2.273.620 mortes em excesso foram registradas na região em 2020 e 2021, em comparação com as mortes esperadas para esses anos, conforme estimado pela OMS (WHO, 2022^[1]). Ao mesmo tempo, os efeitos sociais e econômicos causados pela perda de vidas e os efeitos multidimensionais das medidas de contenção terão implicações duradouras para os sistemas de saúde e, em última análise, para as pessoas que eles atendem.

O efeito da COVID-19 na América Latina e Caribe (ALC) é proporcionalmente muito maior quando comparado a outras regiões do mundo. Em julho de 2022, a ALC representava apenas 8,5 por cento da população mundial, mas 13 por cento dos casos documentados de COVID-19 no mundo e 27 por cento dos óbitos documentados (Herrera et al., 2022^[2]). Os efeitos sanitários, sociais e econômicos na região foram catastróficos e trouxeram à tona fragilidades e desafios de longa data dos sistemas de saúde (ECLAC, 2022^[3]).

A literatura anterior analisou extensamente diferentes aspectos do impacto socioeconômico e de saúde da pandemia (ECLAC, 2022^[3]; Herrera et al., 2022^[2]; OPS/PAHO, 2021^[4]). No entanto, ainda existe uma grande lacuna de conhecimento na compreensão dos determinantes do impacto da pandemia e das características das respostas de emergência mais efetivas.

Neste capítulo, examinamos o impacto na mortalidade da crise da COVID-19 e os fatores que determinaram sua gravidade em 33 países da ALC¹, bem como, sempre que possível, a média da OCDE. Dado que quatro países da ALC fazem parte da OCDE (Chile, Colômbia, Costa Rica e México) e outros dois iniciaram o processo de adesão (Brasil e Peru) os leitores devem estar cientes de algumas sobreposições entre os grupos. O impacto da COVID-19 é avaliado a partir da perspectiva do desempenho dos sistemas de saúde da ALC em três níveis: resultados, processo e estrutura (Donabedian, 1988^[5]).

- No nível de resultado, o foco está no impacto da mortalidade resultante do próprio vírus da COVID-19 e nas consequências mais amplas da emergência de saúde. Além disso, o capítulo analisa as interrupções no atendimento de rotina como um resultado intermediário, em um esforço para entender como a fragilidade dos sistemas de saúde da ALC influenciou os óbitos durante a pandemia.
- No nível de processo, a análise considera e compara as ações tomadas pelas autoridades para gerir e mitigar os efeitos da COVID-19, juntamente com a resposta pública e a adesão a essas medidas.
- No nível de estrutura, o capítulo se baseia na análise das variáveis que definem a prestação de cuidados, incluindo estado de saúde, equipamentos e recursos humanos, exploradas nos Capítulos 3 a 9 desta publicação. A análise se concentra nas principais características que influenciam a prontidão para lidar com a emergência de saúde da COVID-19.

A avaliação do impacto da pandemia nesta ordem é essencial para os objetivos do capítulo. Começar no nível de resultado permite uma análise da consequência mais devastadora da pandemia na região da ALC: a perda de vidas. Posteriormente, isso é comparado ao desempenho em resultados intermediários e no nível de processo para entender a efetividade da resposta à pandemia; e no nível de estrutura, para examinar a importância das capacidades básicas do sistema de saúde.

A seleção de indicadores em cada nível de avaliação prioriza a disponibilidade de informações para um conjunto mais amplo de países da ALC (Quadro 1.1) e a aplicabilidade dessas medidas para a melhoria do sistema de saúde (Carinci et al., 2015^[6]). Dado que não se pretende uma análise causal formal, o relatório considera esses critérios os mais importantes para uma compreensão precisa e abrangente do desempenho dos países da ALC durante a pandemia.

Quadro 1.1. Principais fontes de informação para avaliar o impacto da COVID-19 na América Latina e no Caribe

Principais fontes de dados utilizadas no capítulo

- Organização Mundial da Saúde, incluindo estimativas de mortalidade em excesso associada à pandemia de COVID-19; Pesquisa Pulse sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19; Painel de dados de vigilância detalhada da COVID da OMS; Painel do Coronavírus (COVID-19) da OMS; Banco de Dados Global de Gastos em Saúde 2020. (WHO, 2022^[7]; WHO, 2022^[8]; WHO, 2021^[9]; WHO, 2020^[10])
- Banco Mundial, incluindo: Painel de Monitoramento de Alta Frequência da COVID-19; Indicadores de Desenvolvimento Mundial. (The World Bank group, 2021^[11]; The University of West Indies, 2022^[12])
- Repositório de dados da COVID-19 pelo Centro de Ciência e Engenharia de Sistemas (CSSE), da Universidade Johns Hopkins (Dong, Du and Gardner, 2020^[13])
- Pesquisa Global de Tendências e Impacto da COVID-19, do Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland, em parceria com o Facebook (The University of Maryland Social Data Science Center & Facebook, 2020^[14])
- Rastreador de Resposta do Governo (Oxford COVID-19 Government Response Tracker, 2022^[15])
- Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, incluindo: Despesa Pública em Saúde e na Área Social; Dados do Banco de Dados de Pesquisas Domiciliares (BADEHOG) (ECLAC, 2021^[16])
- Banco de dados global de vacinas contra a COVID-19 (Mathieu et al., 2021^[17])
- Estatísticas de Saúde da OCDE (OECD, 2022^[18])

Essas fontes complementam os dados coletados para a publicação *Panorama da Saúde: América Latina e Caribe*, incluindo estatísticas nacionais coletadas por meio de questionários da OCDE, ou extraídas diretamente de fontes nacionais.

O capítulo está organizado da seguinte forma: o desempenho dos países da ALC no nível de resultado é apresentado na Seção 1.2. A análise das interrupções no atendimento de rotina e essencial é apresentada na Seção 1.3. O desempenho em nível de processo é avaliado na Seção 1.4, com foco na resposta dos países à pandemia. Os componentes estruturais e seus efeitos no impacto da mortalidade por COVID-19 são abordados na Seção 1.5. Finalmente, a Seção 1.6 discute os resultados das avaliações nos três níveis de forma agregada e oferece recomendações de políticas para fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde da ALC.

1.2. O número de óbitos por COVID-19 foi proporcionalmente maior na América Latina e Caribe do que em outras regiões

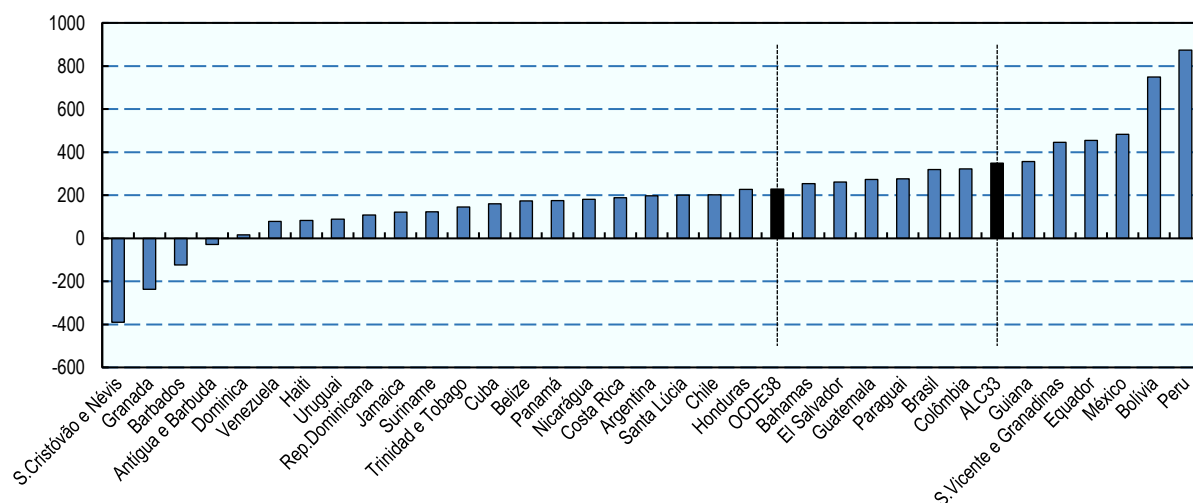
O excesso de mortalidade é calculado como a diferença entre óbitos esperados e estimados por todas as causas (Figura 1.1). No cálculo do excesso de mortes da OMS, os óbitos estimados são baseados em dados históricos de 5 a 20 anos antes da pandemia (WHO, 2022^[11]). O excesso de mortalidade é considerado um indicador mais preciso do impacto direto da COVID-19 na saúde devido a limitações na comparabilidade entre países dos dados brutos de mortalidade da COVID-19 (Quadro 1.2). Estima-se que a ALC teve 2.273.620 mortes em excesso combinando 2020 e 2021, sendo o último ano de longe o mais mortal da pandemia (Figura 1.2). Isso representa 15 por cento do total de excesso de mortes no mundo. O excesso de mortalidade é considerado um indicador mais preciso do impacto direto na saúde da COVID-19 devido a limitações na comparabilidade entre países dos dados de mortalidade bruta da COVID-19 (Quadro 1.2). Estima-se que o LAC teve 2.273.620 mortes em excesso, combinando 2020 e 2021, sendo o último ano de longe o mais mortal da pandemia (Figura 1.2). Isto representa 15% do total de mortes em excesso no mundo (WHO, 2022^[7]). Considerando-se que a ALC representava apenas cerca de 8,5 por cento da população mundial neste período (UN, 2022^[19]), o efeito desproporcional da COVID-19 na região é inegável.

A Figura 1.1 apresenta o excesso de mortalidade estimado acumulado por 100.000 habitantes para os anos de 2020 e 2021. Apenas seis dos 33 países experimentaram um excesso de mortes particularmente alto, acima da média da

ALC: Peru, Bolívia, México, Equador, São Vicente e Granadinas e Guiana. Os casos de São Vicente e Guiana precisam ser analisados com cautela, pois sua pequena população pode exacerbar o impacto percebido do número de óbitos relacionados à COVID-19. O Peru sofreu o maior impacto dentro do grupo (e região), com 873 mortes em excesso por 100.000 habitantes, 150 por cento a mais que a média da ALC. A média desses seis países é de 560 mortes em excesso por 100.000 habitantes (60 por cento acima da média da ALC). Juntos, esse grupo foi responsável por 48 por cento de todas as mortes em excesso na ALC no período de 2020-21, mas com apenas 25 por cento da população da região.

Figura 1.1. Doze países estão acima da média de mortes em excesso da OCDE

Estimativas de excesso cumulativo de óbitos combinando 2020 e 2021 por 100.000 habitantes



Observação: O excesso de mortalidade é calculado como a diferença entre óbitos esperados e estimados por todas as causas. Os óbitos estimados são baseados em dados históricos de 2015 a 2019 para países que reportam óbitos mensalmente, e de 2000 a 2019 para países que reportam óbitos anualmente. Mais informações sobre o método de estimação podem ser encontradas em (WHO, 2022^[1]). Óbitos por COVID-19 em 2020 são reportados para BOL, BRA, CHL, COL, CRI, ECU, GTM, MEX, PER, PRY, SUR, URY. Óbitos em 2021 reportados por BOL, CHL, GTM, SUR. Óbitos por COVID-19 para o resto dos ALC33 são previsões. Dos OCDE38; IRL, JPN e TUR usam óbitos previstos, os demais OCDE38 usam óbitos notificados.

Fonte: OMS (2022^[7]), "Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates)", a partir de 25 de março de 2022, <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>.

StatLink <https://stat.link/zs31f7>

Quadro 1.2. Comparabilidade entre países dos dados de mortalidade por COVID-19

Dados comparáveis são especialmente limitados na ALC

Não há metodologia padronizada na região para medir os óbitos por COVID-19. Em vez disso, vários métodos são usados em toda a região, com alguns países, como o Peru, usando até três classificações diferentes para os óbitos por COVID-19. Além disso, devido à capacidade limitada das autoridades locais de saúde, há uma subestimação significativa da mortalidade por COVID-19 para óbitos que ocorreram fora do hospital e em áreas remotas. Por fim, a capacidade de testagem para identificar a infecção por COVID-19 apresentou muita heterogeneidade na região, impedindo que alguns países determinassem com precisão a presença ou ausência do vírus em todos os óbitos ocorridos durante os anos de pandemia.

Excesso de mortalidade como *proxy* do impacto na saúde

Considera-se que o excesso de mortalidade tenha menos limitações para a comparabilidade entre países e, portanto, seja um indicador mais preciso para comparar os efeitos diretos da COVID-19 na saúde entre os países. No entanto, o indicador não é específico para a COVID-19 e, portanto, é suscetível a taxas de mortalidade subjacentes heterogêneas relacionadas a qualquer evento e característica do país. Em segundo lugar, como o

indicador compara a mortalidade registrada com a mortalidade esperada com base nos anos anteriores, ele não é apenas suscetível a eventos no momento da análise, mas também a eventos na linha de base. Finalmente, o excesso de mortalidade depende da precisão dos registros de óbitos e, embora alguns países da ALC tenham feito esforços para melhorar a qualidade dos registros de óbitos durante a pandemia (como a Colômbia), em muitos países a qualidade dos dados é mais difícil de avaliar. Portanto, é importante considerar:

- Eventos específicos do país que possam influenciar o indicador de excesso de mortalidade no momento da análise ou na linha de base. Por exemplo, desastres naturais ou épocas de gripe severa. O método de cálculo do indicador de excesso de mortalidade neste relatório usa vários anos de linha de base (de 5 a 20, dependendo da periodicidade dos registros no país) para minimizar esses efeitos. No entanto, o baixo desempenho na mortalidade geral em alguns países pode influenciar a relação entre o excesso de mortalidade e o desempenho real do sistema de saúde.
- Ondas de infecções e óbitos ocorreram em épocas diferentes entre os países. Para explicar essas diferenças, consideramos o excesso de mortes cumulativo combinando os anos de 2020 e 2021.
- Confinamentos e outras intervenções podem levar a um excesso de mortalidade negativo durante a pandemia devido ao risco reduzido de várias causas de mortalidade, como lesões ou outras doenças transmissíveis (WHO, 2022^[1]).
- Por fim, a estimativa de excesso de mortes selecionada pela OMS (WHO, 2022^[1]) é apenas uma das várias estimativas disponíveis na literatura. Outras estimativas, como a de Wang et al. (Wang et al., 2022^[20]), podem levar a uma ordem diferente da apresentada na Figura 1.1. Por esse motivo, consideramos a sensibilidade de nossas conclusões a diferentes estimativas de excesso de mortalidade.

Fonte: Morgan et al. (2020^[21]), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19", <https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en>; Wang et al. (2022^[20]), "Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-2021", [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02796-3); WHO (2022^[1]) Methods for estimating the excess mortality associated with the COVID-19 pandemic, <https://www.who.int/publications/m/item/methods-for-estimating-the-excess-mortality-associated-with-the-covid-19-pandemic>.

A comparação do desempenho da região da ALC à média da OCDE pode ser usada como limite para definir um segundo grupo de países, com excesso de mortalidade superior à média da OCDE, mas inferior à média da ALC. A Colômbia lidera esse grupo, com 323 mortes em excesso por 100.000 habitantes. Isso é 8 por cento menor que a média da ALC e 40 por cento maior que a média da OCDE. O grupo (Colômbia, Brasil, Paraguai, Guatemala, El Salvador e Bahamas) tem uma média de 285 mortes em excesso estimadas por 100.000 habitantes, 25 por cento acima da média da OCDE e 18 por cento abaixo da média da ALC. Esses seis países foram responsáveis por 41 por cento de todas as mortes em excesso na região, e representam 45 por cento da população da região.

O restante da região pode ser interpretado como um terceiro grupo de países, com excesso de mortes abaixo da média da OCDE. Este grupo de 21 países tem uma média de 81 mortes em excesso estimadas por 100.000 habitantes. Isso é 64 por cento menos que a média da OCDE. Juntos, esse grupo respondeu por 11 por cento das mortes em excesso, com 30 por cento da população da região.

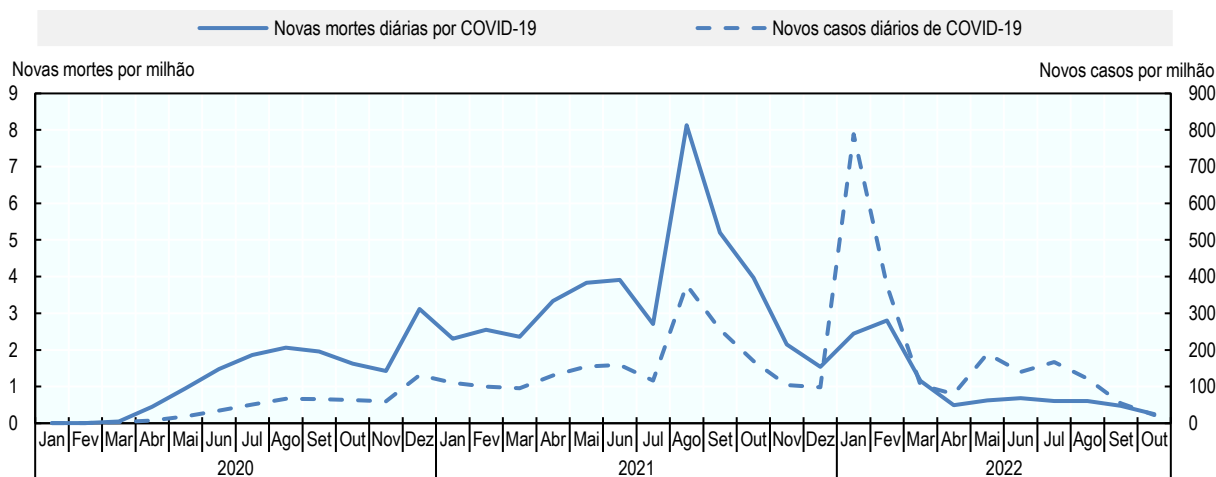
No entanto, o grupo de países com desempenho superior à média da OCDE é composto por vários países afetados pelas limitações do indicador de excesso de mortalidade (Quadro 1.2). Para os países afetados por essas limitações, o indicador de excesso de mortalidade não representa com precisão o impacto da pandemia na saúde e, portanto, não deve ser usado para fins de comparação. Nesse sentido, os países adequados para comparação no grupo que sofreu efeitos de saúde mais leves podem ser identificados usando-se os três critérios a seguir:

- **Excesso de mortalidade acumulada em 2020 e 2021 abaixo da média da OCDE**, uma vez que estes foram os países com menor excesso de mortalidade durante os dois primeiros anos da pandemia.
- **Taxa de mortalidade padronizada por idade (todas as causas) abaixo da média da ALC em 2019**. Esse critério permite filtrar os países onde a alta mortalidade geral atrapalha a precisão do indicador de excesso de mortalidade na sinalização de uma resposta positiva à pandemia. A taxa de mortalidade padronizada por idade é obtida da Rede Colaborativa Global de Carga de Doenças (IHME, 2021, 2021^[22]).
- **Países com mais de 500 mil habitantes**. Por fim, esse critério exclui os países onde as consequências não intencionais da resposta à pandemia, como redução de óbitos relacionados a trânsito e lesões, geralmente são mais imprevisíveis. Além disso, as estimativas de excesso de mortalidade para países com população pequena são consideravelmente menos precisas (WHO, 2022^[1]).

A lista resultante de países com resultados positivos em termos de efeito da COVID-19 na saúde é composta (em ordem de tamanho da população) por Argentina, Venezuela, Chile, Cuba, Costa Rica, Panamá, Uruguai, Jamaica e Trinidad e Tobago. Conforme apresentado por Herrera et al (2022^[2]), uma estimativa diferente de excesso de mortalidade apresentada pelo grupo COVID-19 Excess Mortality Collaborators 2022 indica a Venezuela como o único país neste grupo que muda consideravelmente sua posição relativa na região e apresenta um excesso de mortalidade médio superior à média da ALC. Consequentemente, as conclusões relativas a este país serão examinadas com cuidado.

Figura 1.2. Na ALC, 2021 foi o ano mais mortal da pandemia

Média mensal diária de casos e óbitos na ALC



Fonte: Dong, Du e Gardner (2020^[13]), "Um painel interativo baseado na web para rastrear a COVID-19 em tempo real", [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30120-1).

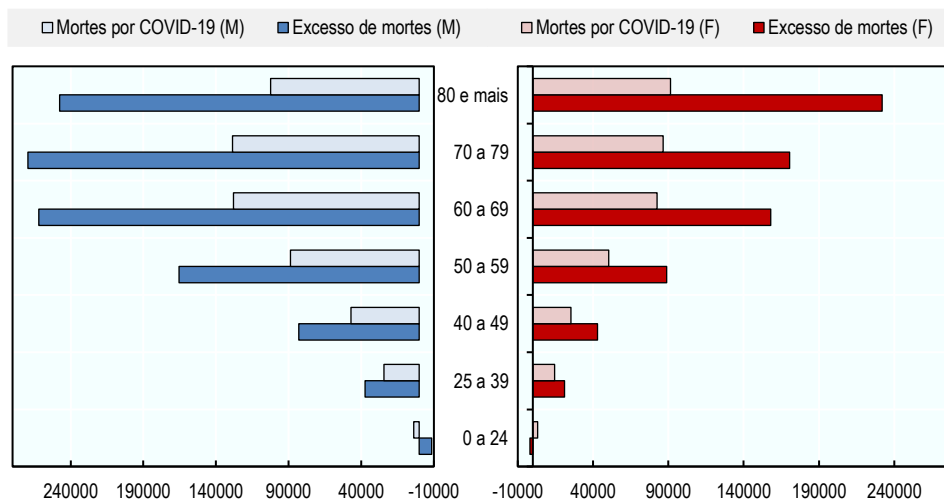
StatLink  <https://stat.link/r2x1a5>

1.2.1. A mortalidade por COVID-19 foi mais grave entre homens, idosos e grupos socioeconômicos desfavorecidos

As grandes diferenças entre os óbitos notificados e o excesso de mortalidade (Figura 1.3) validam o uso do excesso de mortalidade como um indicador mais preciso do efeito da pandemia na saúde da população. Além disso, a estratificação por idade e sexo mostra que os homens sofreram uma carga mais pesada em termos de mortalidade durante a pandemia, em consonância com estudos anteriores (Huang et al., 2021^[23]; Gebhard et al., 2020^[24]; de Souza et al., 2021^[25]; PAHO, 2021^[26]). Por fim, a diferença entre óbitos por COVID-19 notificados e excesso de mortalidade durante esse período aumentou com a idade, seja por subnotificação de óbitos por COVID-19 (OECD, 2021^[27]) ou devido a óbitos por outras causas.

Figura 1.3. A diferença entre excesso de mortes e mortes por COVID-19 aumenta com a idade.

Excesso de mortes e mortes confirmadas por faixa etária e sexo, acumuladas 2020 e 2021



Nota: A figura inclui ARG, BHS, BRA, CHL, COL, CRI, DOM, ECU, GTM, JAM, LCA, MEX, PAN, TTO. As mortes COVID-19 incluem mortes confirmadas e prováveis COVID-19.

Fonte: OMS (2022^[7]), "Global excess deaths associated with COVID19 -(modelled estimates)", a partir de 25 de março de 2022, <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>; COVID-19 deaths: -Painel de dados de vigilância detalhada COVID-19 da OMS, -baseado em formulários de relatório de casos da OMS.

StatLink  <https://stat.link/ytx7sz>

Cerca de 60 por cento das mortes em excesso estimadas ocorreram entre os homens e 75 por cento das mortes em excesso estimadas foram atribuídos a pessoas com 60 anos ou mais. Ao comparar as mortes em excesso estimadas por 100.000 habitantes, os homens com 70 anos ou mais tiveram um risco de morte 80 por cento maior do que as mulheres na mesma faixa etária. O risco de morte para as mulheres é, em média, 50 por cento menor para cada faixa etária. Esses achados são consistentes com a literatura anterior (OPS/PAHO, 2021^[4]).

A COVID-19 evidenciou graves desigualdades na saúde

A vulnerabilidade e as desigualdades socioeconômicas ditam a carga dos impactos diretos da COVID-19 na saúde. Isso é claramente visto nas diferenças de mortalidade e hospitalização por COVID-19 entre populações vulneráveis. Como destacou a CEPAL (ECLAC/PAHO, 2021^[28]), a vulnerabilidade socioeconômica está correlacionada à infecção por COVID-19, gravidade da doença e morte (de Souza et al., 2021^[25]). Áreas de baixa renda tiveram números desproporcionalmente altos de óbitos por COVID-19 no Brasil (Bermudi et al., 2021^[29]) e na Argentina (Macchia et al., 2021^[30]). Ao mesmo tempo, o ensino superior representou um efeito protetor acima do esperado durante 2020 no Chile (Bilal, Alfaro and Vives, 2021^[31]) e no Brasil (SUS, 2022^[32]). Estudos explorando diferenças étnicas nos óbitos por COVID-19 em 2020 no Brasil, Chile, Colômbia, México e Peru indicaram que a mortalidade afetou desproporcionalmente as populações não brancas (NU. CEPAL/German Agency for International Cooperation, 2021^[33]). Além disso, foi encontrada uma associação positiva entre países com mais casos de COVID-19 e uma população migrante maior (Migration data portal, 2022^[34]). Isso é consistente com outras fontes que afirmam que os migrantes na América Latina estão em desvantagem em termos de preparo para enfrentar a pandemia (Cabieses et al., 2020^[35]).

A força de trabalho feminina na saúde foi mais exposta ao vírus

A força de trabalho na saúde na linha de frente da resposta à pandemia corre maior risco de infecção por COVID-19. Durante 2020, mais de 1,3 milhão de casos entre profissionais de saúde foram notificados na região e mais de 6.000 morreram devido à doença (OPS/PAHO, 2021^[4]). As mulheres representam uma parcela desproporcionalmente maior de profissionais de saúde da linha de frente na região: 86 por cento dos profissionais de enfermagem na região são mulheres e 70 por cento da linha de frente da resposta mundial à pandemia são mulheres (PAHO, 2021^[26]; OECD, 2020^[36]). Isso se traduz em 72 por cento dos casos de COVID-19 (de março de 2020 a janeiro de 2021) em profissionais de saúde ocorridos entre mulheres (OPS/PAHO, 2021^[4]).

1.3. Interrupções graves no atendimento de rotina evidenciam sistemas de saúde frágeis

Em 2020, a COVID-19 interrompeu todos os serviços de saúde em todo o mundo em algum nível. Em 2021, a interrupção dos serviços de saúde essenciais continuava em 90 por cento dos países. A escassez de força de trabalho e as interrupções na cadeia de suprimentos foram relatadas em mais de 30 por cento dos países que responderam à pesquisa WHO PULSE (WHO, 2022^[8]). A atenção primária e de reabilitação e os cuidados paliativos e de longo prazo continuaram sendo os serviços mais afetados durante esse período (Kuehn, 2021^[37]).

Uma lição importante da pandemia é que os sistemas de saúde precisam fortalecer sua resiliência: a capacidade de se preparar para choques, absorver interrupções e se recuperar o mais rapidamente possível com custo mínimo e se adaptar aprendendo lições para melhorar o desempenho e gerenciar riscos futuros (OECD, 2023^[38]). Nesse sentido, é importante entender até que ponto a COVID-19 alterou o funcionamento normal da atenção à saúde e como isso se refletiu nos resultados de saúde durante a pandemia. Medir a extensão da interrupção dos serviços de saúde gera informações importantes para minimizar as consequências negativas e buscar uma recuperação mais rápida para responder à próxima emergência.

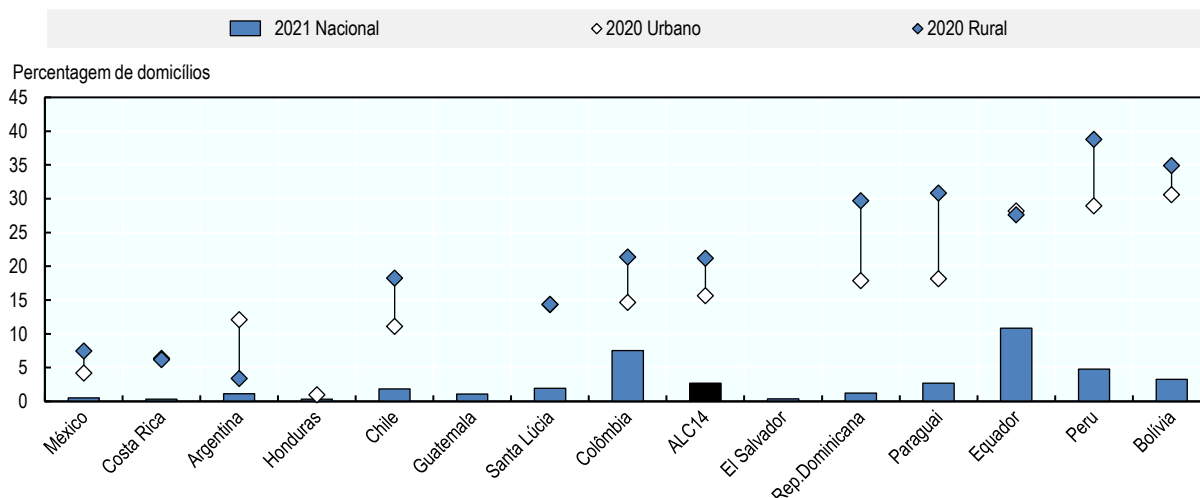
1.3.1. A ausência de busca por atendimento foi maior em países com maior excesso de mortalidade

Em 14 países da ALC, durante 2020, 16 por cento das famílias urbanas e 21 por cento das famílias rurais em média informaram não conseguir acessar os serviços de saúde quando necessário (Figura 1.4). No Equador, Peru e Bolívia (três países do grupo com maior excesso de mortes), esse percentual foi superior a 27 por cento dos domicílios do país. Embora a relação entre a gravidade da pandemia e a interrupção da atenção à saúde seja indubitavelmente endógena, o fato de a interrupção apresentada no gráfico ter ocorrido um ano antes do ponto mais alto de excesso de mortes na região sugere que a interrupção precoce da atenção à saúde foi uma determinante-chave da gravidade posterior do excesso de mortes.

A maioria dos países apresentou importantes capacidades de recuperação durante 2021, onde, em média, apenas 2,7 por cento das famílias não receberam atendimento médico quando necessário. As interrupções mais importantes durante o segundo ano da pandemia coincidem com países que tiveram um alto excesso de mortes. Por outro lado, em vários países com excesso de mortes abaixo da média da OCDE (Costa Rica, Argentina, Honduras e Chile), houve menos interrupções durante 2020, entre 18 por cento (área rural do Chile) e 3 por cento (área rural da Argentina) das famílias informaram interrupções no atendimento e quase nenhuma interrupção durante 2021 (abaixo de 2 por cento). A exceção é o México, que reportou uma porcentagem muito baixa de famílias que perceberam alguma interrupção no atendimento durante os dois anos (menos de 7,5 por cento), mas, ao mesmo tempo, teve o terceiro maior número estimado de mortes em excesso na região. Esses achados são congruentes com os apresentados pela CEPAL (ECLAC, 2022^[3]) e pelo Banco Mundial (Herrera et al., 2022^[2]).

Figura 1.4. As populações rurais enfrentaram maiores interrupções nos serviços de saúde

Proporção de famílias que não receberam serviços de saúde quando necessário, rural vs. urbano



Observação: Dados de pesquisas móveis de alta frequência projetadas para serem representativas da população subjacente. Os dados de 2020 são uma média de quatro rodadas de pesquisa ocorridas em 2020 (rodada 1 entre maio e junho, rodada 2 em junho, rodada 3 entre julho e agosto e rodada 4 em agosto).

Fonte: Banco Mundial (2021^[11]), Painel de monitoramento de alta frequência COVID-19, <https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/COVID-19-high-frequency-monitoring-dashboard>.

StatLink  <https://stat.link/iu38a7>

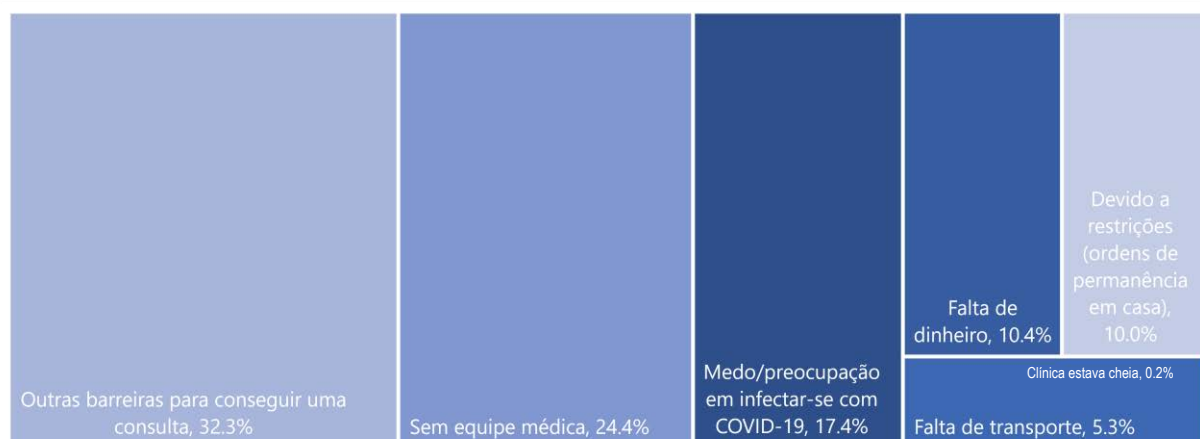
As razões pelas quais as pessoas não recebem atendimento quando necessário podem ser classificadas de duas maneiras. A primeira diz respeito à oferta de serviços, quando não há atendimento disponível. Compreender a extensão desse efeito permite que os países garantam o foco apropriado no fortalecimento da provisão de cuidados. A outra possibilidade está relacionada à demanda, quando as pessoas não procuram atendimento. As diversas razões por trás dessa escolha afetam as recomendações de políticas: aqueles que optam por não buscar atendimento como uma decisão pessoal dão origem a considerações diferentes daqueles que não buscam atendimento devido a uma imposição percebida, como uma ordem de permanência em casa. No segundo caso, a estratégia de comunicação das autoridades é uma questão crucial, e as autoridades devem garantir que as opções de acesso ao atendimento sejam bem comunicadas às populações de difícil acesso.

A Figura 1.5 mostra que, dos domicílios que não receberam atendimento médico quando necessário, 24 por cento atribuíram a situação à falta de equipe médica. Isso está diretamente relacionado à redistribuição dos recursos da saúde por causa da pandemia. Na mesma categoria, 0,2 por cento dos domicílios não conseguiram atendimento médico porque a unidade de saúde estava lotada. Além disso, a categoria “outros motivos” (32 por cento) inclui respostas às questões “hospital/clínica não tinha materiais ou exames suficientes” e “estabelecimento médico fechado”, bem como “outros motivos”. Nesse sentido, essa também pode ser considerada uma barreira à oferta.

Em termos de demanda, 17 por cento dos domicílios informaram não ter recebido atendimento médico por medo de pegar COVID-19, enquanto 10 por cento informaram que não tinham dinheiro. Essas razões refletem os fortes impactos sociais, econômicos e de saúde da pandemia e os consequentes altos níveis de sofrimento mental. Finalmente, as restrições e a falta de transporte afetaram 15 por cento das famílias que deixaram de receber cuidados de saúde quando necessário.

Figura 1.5. A redistribuição dos recursos de saúde causou interrupções

Proporção de domicílios entre domicílios que não conseguiram a atenção médica necessária durante 2020 em 14 países da ALC



Observação: Dados de pesquisas móveis de alta frequência projetadas para serem representativas da população subjacente. “Outras barreiras para conseguir uma consulta” inclui as categorias “hospital/clínica não tinha materiais ou exames suficientes” e “estabelecimento médico fechado”. Os dados incluem 14 países da ALC. Os dados são uma média entre a onda 1 (maio de 2020) e a onda 4 (agosto de 2020).

Fonte: Banco Mundial (2021^[11]), Painel de monitoramento de alta frequência da COVID-19, <https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/COVID-19-high-frequency-monitoring-dashboard>.

StatLink <https://stat.link/v0ch6m>

O impacto das restrições é significativo por estar diretamente relacionado ao planejamento das autoridades que impuseram as restrições, mantendo-as totalmente sob seu controle. Garantir serviços essenciais, como transporte, e informar corretamente as pessoas sobre a natureza das restrições são aspectos essenciais para a eficácia da resposta à pandemia. Os sistemas de saúde também têm espaço para atuarem na redução de problemas relacionados à oferta. A redistribuição de recursos durante a resposta à pandemia deve garantir serviços para importantes necessidades de saúde. Finalmente, embora os sistemas de saúde possam afetar apenas indiretamente as questões relacionadas à demanda, campanhas de comunicação eficazes, distribuição de equipamentos de proteção e intervenções para reduzir o ônus financeiro dos cuidados de saúde podem ser muito eficazes para melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde durante uma pandemia.

Serviços essenciais foram severamente afetados

A pandemia interrompeu vários serviços essenciais. Conforme exposto pela pesquisa realizada pela Universidade de Maryland em colaboração com o Facebook (2020^[14]), a vacinação contra a gripe sazonal diminuiu em pelo menos 10 países (com dados disponíveis²) entre a temporada de gripe de 2019 (junho de 2019 a fevereiro de 2020) e a de 2020 (após julho de 2020). A redução média na proporção da população imunizada nesses países foi da ordem de 27 por cento. Por outro lado, Colômbia e Honduras tiveram um pequeno aumento (2 pontos percentuais) na proporção de pessoas imunizadas contra a gripe. Além disso, a cobertura de imunização contra difteria, tétano e coqueluche (DTP3)³ entre as crianças de 1 ano diminuiu de 90 por cento para 82 por cento em média na ALC (Capítulo 7 – Programas de vacinação infantil).

Além disso, em 2020, as consultas médicas diminuíram no Brasil (30 por cento), México (9 por cento – estimado), Costa Rica (17 por cento) e Chile (32 por cento) (OECD, 2022^[18]). Além disso, as consultas pediátricas diminuíram 67 por cento no Chile e as consultas pré-natais diminuíram 56 por cento no Peru (OECD, 2022^[39]).

As internações por motivos não relacionados à COVID-19 diminuíram consideravelmente. Embora os dados na região sejam escassos, entre 2019 e 2020, o Chile e a Costa Rica diminuíram em 23 por cento as altas hospitalares não relacionadas à COVID (OECD, 2022^[18]). Em 2020, Peru e Guatemala (dos 24 países da ALC que reportaram dados) informaram interrupções superiores a 5 por cento nos serviços de emergência 24 horas. No final de 2021, mais de 50 por cento dos serviços nos dois países haviam sido afetados. Ao mesmo tempo, os serviços de ambulância tiveram interrupções superiores a 26 por cento (WHO, 2022^[8]). O excesso de mortes nesses dois países esteve entre os mais altos da região e atingiu o pico no segundo semestre de 2021.

Pessoas com problemas crônicos de saúde na ALC sofreram interrupções importantes no atendimento de rotina

Apesar da escassez de dados padronizados e comparáveis para a região, as informações podem ser obtidas a partir de casos individuais. O atendimento em geral foi drasticamente afetado para pacientes oncológicos, cardíacos e com AVC no Chile (Pacheco et al., 2021^[40]). Por exemplo, de abril a setembro de 2020, as consultas para diabéticos diminuíram 80 por cento e as consultas para hipertensos diminuíram 81 por cento em comparação ao ano anterior. Uma situação semelhante ocorreu no México, onde uma fonte relata quedas de 26 por cento e 28 por cento no atendimento a diabéticos e hipertensos, respectivamente (Arsenault et al., 2022^[41]), enquanto outra relata quedas de 32 por cento para ambos os tipos de atendimento (Doubova et al., 2021^[42]). No Peru, o atendimento a diabéticos caiu 8 por cento em 2020, enquanto não foram registradas interrupções no tratamento da hipertensão (INEI, 2021^[43]). Na Costa Rica, a queda foi de 32 por cento para diabéticos e 20 por cento para hipertensos (CCSS, 2020^[44]). Além disso, as taxas de cobertura de rastreamento de diabetes diminuíram 32 por cento e as taxas de cobertura de rastreamento de hipertensão diminuíram 23 por cento no Brasil e no Chile (OECD, 2022^[39]). No México, foi observada uma queda nos diagnósticos de diabetes e hipertensão da ordem de 17 por cento e 22 por cento, respectivamente (Doubova et al., 2021^[42]).

Além disso, grandes disparidades nos níveis de interrupção entre os grupos socioeconômicos foram observadas no Peru, onde pacientes com menos escolaridade (11,5 por cento) tiveram uma redução no tratamento do diabetes quase duas vezes maior do que pessoas com níveis mais altos de escolaridade (6,3 por cento) (INEI, 2021^[43]).

Em uma pesquisa com um grupo de 704 oncologistas de 19 países da ALC, 70 por cento dos entrevistados relataram uma redução de novos pacientes, 72 por cento notaram uma diminuição nas consultas de acompanhamento e 58 por cento afirmaram ter mudado os tratamentos oferecidos a pacientes com câncer (Bernabe-Ramirez et al., 2022^[45]). Isso é consistente com os registros que mostram reduções no rastreamento do câncer do colo do útero no México (68 por cento), Peru (49 por cento), Brasil (45 por cento) e Chile (9 por cento) e reduções no rastreamento do câncer de mama no México (79 por cento), Peru (51 por cento), Brasil (43 por cento) e Chile (10 por cento) (OECD, 2022^[39]). Os encaminhamentos de pacientes oncológicos também foram afetados: o estudo de Bernabe Ramirez et al. (Bernabe-Ramirez et al., 2022^[45]) constatou que 65 por cento dos médicos entrevistados na ALC relataram atrasos no encaminhamento e 20 por cento deles relataram que cirurgias tiveram que ser canceladas.

Como resultado da interrupção no rastreamento de câncer, na gestão de cadastros e nos serviços de tratamento oncológico, o número de casos de câncer registrados no Peru diminuiu em 50 por cento em 2020, em comparação à média anterior de 4 anos (MINSA, 2021^[46]). Além disso, o tratamento de câncer em estágio avançado diminuiu 37 por cento entre março de 2020 e março de 2021 (Chávez Amaya, 2021^[47]). Com isso, a mortalidade por câncer aumentou 5,3 por cento no país quando se comparam os dados de 2020 com os de 2018 (WHO, 2020^[48]) (OECD, 2022^[39]). No Chile, houve redução de 55 por cento no tratamento de câncer de colo do útero entre 2019 e 2020 e uma redução de 8 por cento em 2021, com a maior redução de serviços afetando as usuárias de serviços de saúde públicos (Superintendencia de Salud, 2022^[49]). O Brasil teve queda de 42 por cento no encaminhamento de pacientes oncológicos entre 2019 e 2020 (Borges et al., 2020^[50]).

A Tabela 1.1 apresenta a proporção de países por níveis de interrupção de serviços de saúde essenciais em 2021 (maior interrupção relatada durante o ano), desagregada por desempenho de excesso de mortes. Observa-se que os países com excesso de mortes abaixo da média da OCDE tiveram níveis mais baixos de interrupção de serviços durante 2021. A interrupção do tratamento do câncer é particularmente alarmante, dado o impacto imediato na saúde da população. A saúde mental também foi severamente afetada, com os desafios incluindo a capacidade limitada dos serviços de saúde de usar plataformas virtuais/telemedicina para atender na área de saúde mental (Antiporta and Bruni, 2020^[51]).

Tabela 1.1. Interrupção nos serviços de saúde por grupo de desempenho de excesso de mortalidade

Proporção de países por nível de interrupção em 2021

Serviço de saúde	Proporção de serviços interrompidos	Excesso de mortes acima da média da OCDE (10 países*)	Excesso de mortes abaixo da média da OCDE (selecionada) (8 países**)
Rastreamento de câncer	Menos de 5%	20%	50%
	5-25%	10%	13%
	26-50%	30%	0%
	Mais de 50%	40%	38%
Tratamento de câncer	Menos de 5%	40%	37%
	5-25%	10%	25%
	26-50%	30%	13%
	Mais de 50%	20%	25%
Serviços de saúde mental infantil	Menos de 5%	37%	71%
	5-25%	13%	29%
	26-50%	25%	0%
	Mais de 50%	25%	0%
Atenção pré natal	Menos de 5%	38%	82%
	5-25%	50%	18%
	26-50%	0%	0%
	Mais de 50%	12%	0%

Observação: *Dados sobre a Colômbia e Guiana não estavam disponíveis. **Dados de Trinidad e Tobago não estavam disponíveis. Nem todos os países responderam a todas as perguntas. Países selecionados nos grupos de mortes em excesso abaixo da média da OCDE, de acordo com os critérios explicados na Seção 1.2. Se um país teve dois níveis de interrupção durante 2021, é apresentada a interrupção mais alta.

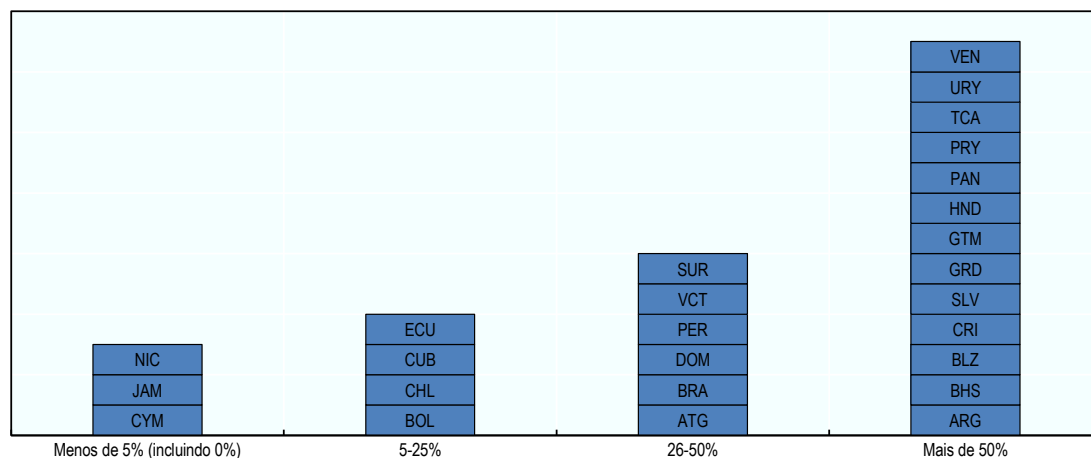
Fonte: OMS (2022^[8]), Pesquisa Pulse sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527>.

Países adiaram cirurgias eletivas para redistribuir recursos de saúde

Durante 2021, cirurgias eletivas foram interrompidas em 59% dos países que reportaram dados para a pesquisa PULSE da OMS (WHO, 2022^[8]). Na ALC, 19 dos 27 países da pesquisa reportaram interrupções superiores a 25 por cento (Figura 1.9). Enquanto a maioria dos países da região diminuiu drasticamente as cirurgias eletivas, alguns países da ALC com excesso de mortes acima da média, como Peru, Bolívia, Equador e São Vicente, tiveram interrupções de menos de 50 por cento. A interrupção de cirurgias eletivas pode ter consequências cumulativas na saúde e no bem-estar, especialmente no longo prazo. No entanto, devido ao status não emergencial das cirurgias eletivas, é uma área onde as autoridades podem redistribuir pessoal e recursos para cuidar de pacientes com COVID-19, como fizeram na maioria dos países do mundo (Nepogodiev et al., 2022^[52]).

Figura 1.6. A maioria dos países interrompeu drasticamente as cirurgias eletivas durante 2021

Interrupção máxima - Março ou dezembro de 2021



Observação: Duas ondas da pesquisa PULSE são consideradas no gráfico, as de março e dezembro. É reportada a maior interrupção entre as duas.
 Fonte: OMS (2022^[8]), Pesquisa Pulse sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527>.

StatLink  <https://stat.link/nwx2uv>

O colapso dos sistemas de saúde e o número de óbitos por COVID-19 afetaram a saúde mental

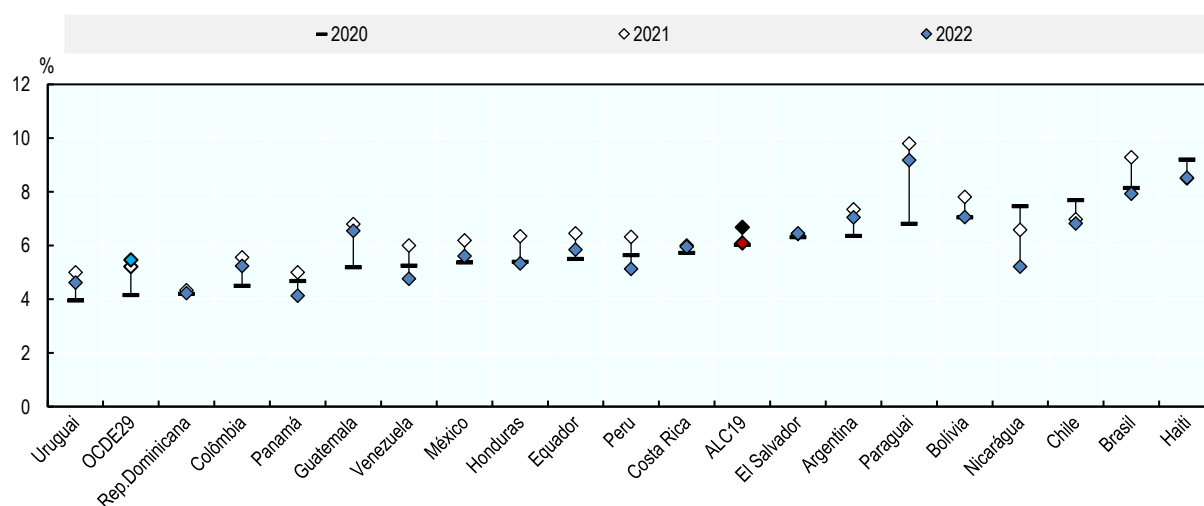
A saúde mental da população foi diretamente afetada pelo estado de emergência e pelas restrições ao contato com familiares, amigos e outras comunidades sociais. Pesquisas na região relataram que as reações mais frequentes - tanto à própria pandemia quanto às medidas de saúde pública implementadas pelos países - foram ansiedade, estresse e medo. Devido à urgência de intervir gerada pela pandemia, a ansiedade foi considerada por especialistas em saúde mental como a preocupação número um com efeitos indiretos na saúde. Dada a situação avassaladora e o colapso dos sistemas de saúde, a atenção à saúde mental baseada na comunidade e o fortalecimento das capacidades dos provedores primários de saúde não especializados foram destacados como intervenções eficazes para minimizar o efeito na saúde mental (Antiporta and Bruni, 2020^[51]).

A Figura 1.7 apresenta a porcentagem da população de uma amostra representativa de usuários do Facebook que se autodeclararam ansiosos ao longo dos três anos da pandemia. Apenas em três países o número de pessoas ansiosas diminuiu entre 2020 e 2021, e para todos os outros países o pico de ansiedade autodeclarada foi atingido em 2021, coincidindo com o pico de óbitos por COVID-19 notificados. Além disso, o gráfico mostra como o senso de normalidade começou a se instalar ao longo de 2022, com os níveis de ansiedade diminuindo em relação a 2021 em todos os países da região. Outros fatores também podem ter influenciado esse indicador. A média da OCDE mostra um pico de ansiedade na população em 2022. Isso pode estar relacionado ao conflito em andamento na Ucrânia, bem como ao aumento nos óbitos por COVID-19 durante os primeiros meses deste ano.

A porcentagem de pessoas que relataram querer mais informações sobre como manter a saúde mental durante a pandemia é um bom indicador da capacidade de resposta dos sistemas nessa área. Entre os 19 países da ALC com dados disponíveis, 41 por cento da população, em média, relatou querer mais informações. Em contraste, apenas 29 por cento da população relatou isso em 29 países da OCDE. No Peru e no Chile, cerca de 50 por cento das pessoas em 2021 desejavam ter mais informações sobre saúde mental. Em contraste, 30 por cento das pessoas no Uruguai e 34 por cento na Argentina estavam nessa situação (The University of Maryland Social Data Science Center & Facebook, 2020^[14]).

Figura 1.7. A proporção de pessoas com sofrimento mental atingiu o pico em 2021

Entrevistados que relataram sentir-se ansiosos a maior parte do tempo ou o tempo todo nos últimos 7 dias



Observação: Os dados de amostra representativa dos usuários do Facebook, abril de 2020 a junho de 2022.

Fonte: Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland (2020^[14]), Pesquisa Tendências e Impactos da COVID-19 em parceria com o Facebook, <https://covidmap.umd.edu/>.

StatLink <https://stat.link/2a167o>

1.4. Os países que adotaram uma resposta abrangente à pandemia conseguiram minimizar a perda de vidas

A resposta pandêmica dos países foi em grande parte definida pelas capacidades de seus sistemas de saúde, mas também por fatores estruturais que afetaram a circulação do vírus nos países. Esta análise começa comparando as medidas de saúde pública e sociais destinadas a mitigar a propagação do vírus entre a população. Em segundo lugar, é realizada uma comparação das políticas direcionadas ao fortalecimento do sistema de saúde, examinando aquelas implementadas para tratar pacientes com COVID-19, bem como garantir a prestação de cuidados essenciais não relacionados à COVID-19 durante a pandemia.

1.4.1. Políticas de saúde pública para mitigar o impacto da pandemia de COVID-19 reduziram o excesso de mortes

A gama de políticas de saúde pública voltadas para mitigar os efeitos da pandemia foi resumida pelo Oxford COVID-19 Government Response Tracker (Rastreador de Resposta Governamental) em quatro áreas; contenção e fechamento, economia, sistema de saúde e vacinação, e incluiu 21 indicadores (Oxford COVID-19 Government Response Tracker, 2022^[15]). A maioria dos países da ALC (26 de 28 no banco de dados) implementou todas as medidas de contenção e fechamento (oito indicadores) em algum momento e em algum nível entre 2020 e junho de 2022. No entanto, a duração e o rigor das medidas variaram entre os países. A Tabela 1.2 mostra por quanto tempo os países da ALC implementaram medidas de contenção e fechamento no nível mais rígido. As diferenças mais significativas podem ser encontradas no indicador de confinamentos, onde o Chile lidera a região com 426 dias sob ordens de não sair de casa sem uma justificativa formal. Em contraste, nove países não implementaram o nível mais rígido de confinamento por diferentes motivos, sendo um deles a complexidade dos procedimentos jurídicos exigidos e a necessidade de aprovação do Congresso (Costa Rica). Em média, os países com excesso de mortalidade abaixo da média da OCDE mantiveram sete das oito medidas no nível mais rígido por mais tempo do que os países com maior excesso de mortalidade (Tabela 1.2). No entanto, a média é fortemente influenciada por um ou dois países em cada grupo com valores excepcionalmente altos ou baixos. O Peru é um *outlier* que se destaca em uma direção contraintuitiva, pois o país implementou uma das políticas mais rígidas da região, mas ainda teve um baixo desempenho em termos de excesso de mortes.

Para avaliar a relação entre as políticas de saúde pública e o excesso de mortalidade, é preciso desvendar um importante efeito da tempestividade da resposta à pandemia. Por um lado, os países em meio a um aumento de casos e óbitos por COVID-19 foram pressionados a fortalecer suas medidas de contenção. Por outro lado, a adoção de medidas mais rígidas pode minimizar futuros surtos de casos e óbitos. A Figura 1.8. apresenta o Índice de Contenção para 27 países da região no segundo trimestre de três anos da pandemia de COVID-19 (2020 a 2022). Seis países – Jamaica, Chile, Barbados, Suriname, Venezuela, Costa Rica e Uruguai – adotaram medidas de contenção mais rígidas no segundo trimestre de 2021 do que no ano anterior, em 2020. Todos esses países tiveram excesso de mortes abaixo da média da OCDE. Além disso, com exceção do Peru e da Guiana, os países do gráfico que tiveram excesso de mortes acima da média da OCDE em 2020-21 tiveram uma queda de mais de 11 por cento no rigor de suas medidas de contenção em 2021 em comparação com o mesmo trimestre de 2020 (Peru e Guiana tiveram queda de 5 e 6 por cento, respectivamente, neste período).

Considerando que o aumento nos óbitos por COVID-19 ocorreu durante 2021 (Figura 1.2), a Figura 1.8. mostra como a ALC adotou uma abordagem rígida no início de 2020 e o índice de contenção na maioria dos países foi superior à média da OCDE. O objetivo desta estratégia foi minimizar a propagação inicial do vírus, seguindo a abordagem mundial de “achatar a curva” (The Economist, 2020^[53]; OECD, 2020^[54]), com alguma eficácia no curto prazo. No entanto, após uma combinação de esgotamento econômico e político, menor adesão do público às medidas de contenção e perspectivas de saúde pública proporcionadas pela vacina contra a COVID-19, muitos países não conseguiram manter o rigor de suas medidas durante 2021, o que afetou diretamente o número de óbitos resultantes da pandemia. Esta hipótese é apoiada pela Figura 1.9, a qual mostra que o índice de contenção no segundo trimestre de 2020 tem uma correlação positiva contraintuitiva com o excesso de mortalidade acumulada durante a pandemia, mas essa correlação é negativa (como deveria ser) quando se considera o mesmo índice um ano depois.

Tabela 1.2. Duração das medidas públicas por grupo de excesso de mortalidade

Em número de dias, de março de 2020 até dezembro de 2021

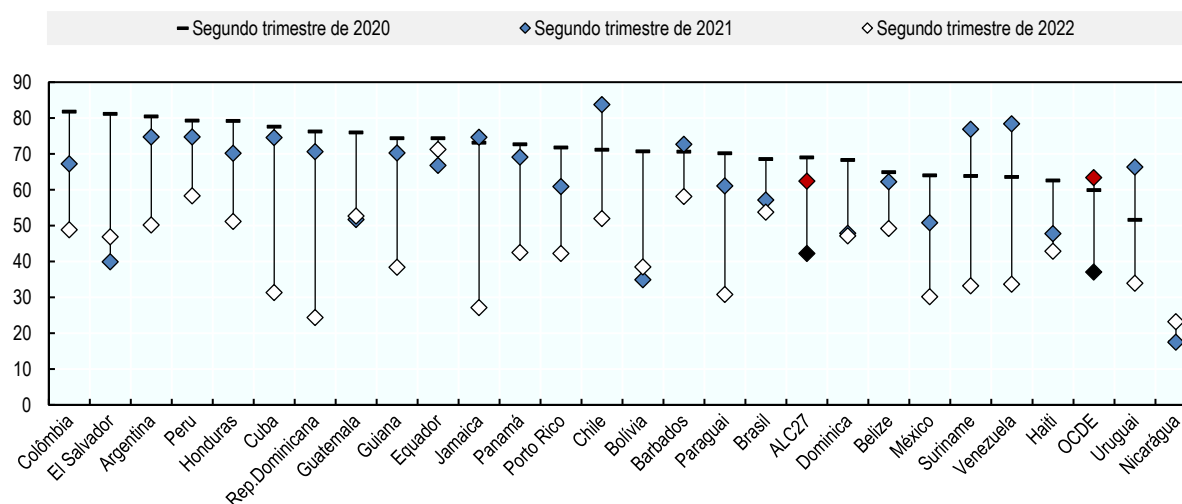
Excesso de mortes	País	Reuniões de pessoas	Confinamento	Fechamento de escolas	Fechamento de fronteiras	Movimento interno	Ambiente de trabalho	Eventos públicos	Transporte público
Abaixo da média da OCDE (*)	Venezuela	543	47	601	383	487	439	605	37
	Uruguai	154	0	140	403	28	16	407	0
	Jamaica	332	71	136	86	654	87	631	161
	Trinidad e Tobago	526	0	331	481	252	136	651	111
	Cuba	561	38	515	178	602	241	613	461
	Panamá	215	165	530	177	337	161	620	158
	Costa Rica	0	0	377	137	323	39	601	23
	Argentina	554	39	420	385	546	137	569	557
	Chile	323	426	465	226	647	431	564	209
	Média	356	87	391	273	431	187	585	191
Entre as médias da OCDE e da ALC	Bahamas	556	17	390	99	502	141	443	152
	El Salvador	70	87	391	191	185	73	342	109
	Guatemala	560	0	336	153	211	132	535	252
	Paraguai	165	61	338	205	154	98	381	27
	Brasil	272	54	388	124	655	369	579	271
	Colômbia	218	124	323	404	273	231	444	124
	Média	307	57	361	196	330	174	454	156
Acima da média da ALC	Guiana	613	0	145	199	390	89	638	0
	Equador	375	28	352	133	338	122	601	131
	México	42	0	525	0	636	285	385	0
	Bolívia	279	4	326	288	255	96	284	260
	Peru	623	220	250	199	456	112	660	243
	Média	386	50	320	164	415	141	514	127

Observação: O nível mais rigoroso corresponde a: Reuniões: Limitadas a 10 pessoas ou menos; Confinamento: Não sair de casa sem uma justificativa formal e com o mínimo de exceções; Escolas: Fechamento total, apenas aulas online; Fronteiras: Fechamento total para viajantes estrangeiros com mínimas exceções. Deslocamento: Deslocamento interno restrito; Trabalho: exigir o fechamento (ou teletrabalho) de todos os locais de trabalho, exceto os essenciais (ex., mercearias, médicos); Eventos: Cancelamento obrigatório; Transporte: Exigir fechamento (ou proibir a maioria de usá-lo).

Fonte: Oxford Tracker (2022^[15]) conforme relatado em Our World in Data: <https://ourworldindata.org/grapher/covid-containment-and-health-index>.

Figura 1.8. O rigor das medidas de contenção não se alinhou com as ondas de mortes em excesso.

O índice é calculado como a pontuação média de 13 métricas de resposta, assumindo um valor entre 0 e 100



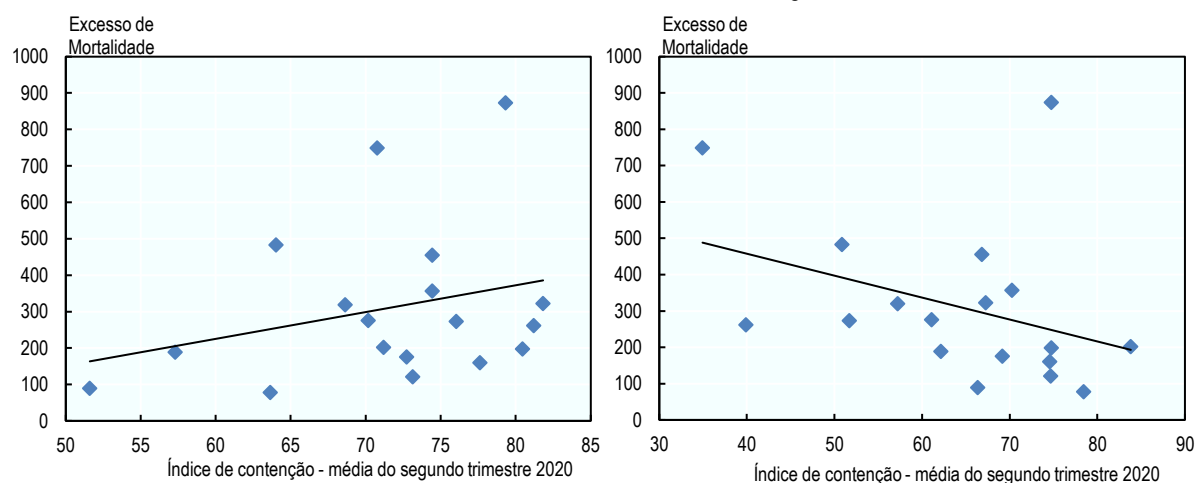
Observação: O índice de contenção é uma medida composta com base em 13 indicadores de resposta de políticas, incluindo fechamento de escolas, fechamento de locais de trabalho, proibições de viagens, política de testagem, rastreamento de contatos, coberturas faciais e política de vacinação, reescalados para um valor de 0 a 100 (100 = mais rigoroso). Onde as políticas variam no nível subnacional, o índice é mostrado como o nível de resposta da sub-região mais rigorosa.

Fonte: Rastreador de Respostas Governamentais de Oxford (2022^[15]) conforme relatado em Our World in Data.

StatLink <https://stat.link/yj5bmw>

Figura 1.9. Políticas de contenção mais rígidas no segundo trimestre de 2021 estão associadas a menor mortalidade em excesso

Excesso de mortalidade acumulada em 2020 e 2021 vs. índice de contenção no segundo trimestre de 2020 e 2021



Observação: Excesso de mortalidade medido como excesso de mortes (conforme estimado pela OMS) por 100.000 habitantes.

Fonte: Rastreador de Resposta Governamental (2022^[15]) conforme relatado em Our World in Data: <https://ourworldindata.org/grapher/covid-containment-and-health-index>; OMS (2022^[7]), "Óbitos em excesso globais associados à COVID-19 (estimativas modeladas)", desde 25 de março de 2022, <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>.

StatLink <https://stat.link/pjru0z>

Quadro 1.3. Resposta a outras epidemias na ALC

Pandemia de AH1N1 de 2009 no México e na ALC

A América Latina e Caribe não foram poupados de epidemias e surtos anteriores, tanto de doenças infecciosas entre humanos quanto de doenças transmitidas por vetores. Por exemplo, a pandemia de 2009 da doença respiratória infecciosa produzida pelo subtipo H1N1 do vírus influenza A afetou fortemente a região da ALC.

Em um caso específico de país, o México começou a elaborar um Plano Nacional de Prontidão para a Gripe (NIPP, na sigla em inglês) logo após o surgimento da epidemia de SARS de 2003 na Ásia. Concluído em 2005, este plano já estava sendo testado em nível nacional em 2006. Na ausência de mecanismos regionais de saúde da ALC, o NIPP do México foi complementado pelo Plano Norte-Americano para Influenza Aviária e Pandêmica desenvolvido pelos governos do Canadá, México e Estados Unidos. Esse plano nacional permitiu ao México enfrentar a pandemia de AH1N1 de 2009 com estoques de medicamentos estratégicos e equipamentos de proteção individual (EPIs), campanhas de comunicação de risco pré-testadas e redes para distribuir vacinas com mais eficiência. No entanto, os esforços para a prontidão dos leitos e ventiladores das unidades de terapia intensiva e o número de equipes qualificadas para usar essas ferramentas não foram suficientes, assim como ocorreu durante a pandemia da COVID-19. Além disso, mesmo com vacinas disponíveis, elas chegavam atrasadas e em quantidades limitadas, sinalizando outro aspecto a melhorar.

Muitas lições que deveriam ter sido aprendidas com a pandemia de AH1N1 de 2009 não foram aplicadas de forma consistente não apenas no México, mas também na maior parte da ALC. Por exemplo, o envolvimento tardio das autoridades de mais alto nível após a chegada do SARS CoV 2 à região atrasou a prontidão intersectorial. Além disso, a lentidão na aquisição de insumos médicos estratégicos, como EPIs, medicamentos e insumos laboratoriais, permitiu que as regiões afetadas antes da ALC aumentassem exponencialmente sua demanda por esses itens, distorcendo os mercados globais e tornando os insumos médicos mais escassos e caros, limitando a capacidade dos países da ALC de enfrentar a pandemia da COVID-19.

Vigilância epidemiológica: os surtos de vírus Zika em 2015-16 no nordeste do Brasil

Surtos significativos do vírus Zika ocorreram no nordeste do Brasil, incluindo casos associados à microcefalia e outros defeitos congênitos. Durante certos picos, mais de 200.000 casos foram notificados no Brasil (até o final de 2016), que teve o maior número de casos em todo o mundo, bem como o maior número de casos associados a defeitos congênitos (2.366). Foi realizado um esforço de vigilância genômica e epidemiológica para rastrear a evolução desse surto.

O laboratório móvel de genômica ZiBRA testou 1.330 amostras de pacientes em 82 municípios nos estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte, com o apoio do Ministério da Saúde e outras instituições. As amostras fornecidas pelos laboratórios de saúde pública e pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) foram analisadas quanto à presença do vírus Zika por meio de testes de PCR quantitativo em tempo real. As análises realizadas com essas amostras permitiram estimar que o vírus Zika estava presente no nordeste do Brasil no início de 2014 e, provavelmente, se espalhou de lá para outras áreas do Brasil e para o restante da ALC.

Fonte: Di Paolantonio (2020^[55]); "Fostering resilience in the post-COVID-19 health systems of Latin America and the Caribbean", <https://www.oecd.org/about/civil-society/youth/Shaping-the-COVID-19-Recovery-Ideas-from-OECD-s-Generation-Y-and-Z.pdf>; OCDE (2022^[39]), *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*, <https://doi.org/10.1787/743e6228-en>.

Houve provisão ampla de assistência financeira para mitigar as consequências sociais e econômicas da pandemia

Para facilitar a adesão às medidas de contenção e mitigar as consequências econômicas e sociais da pandemia, uma das políticas mais importantes implementadas por países de todo o mundo foram as transferências diretas de recursos para uma grande parcela da população (ECLAC, 2022^[3]).

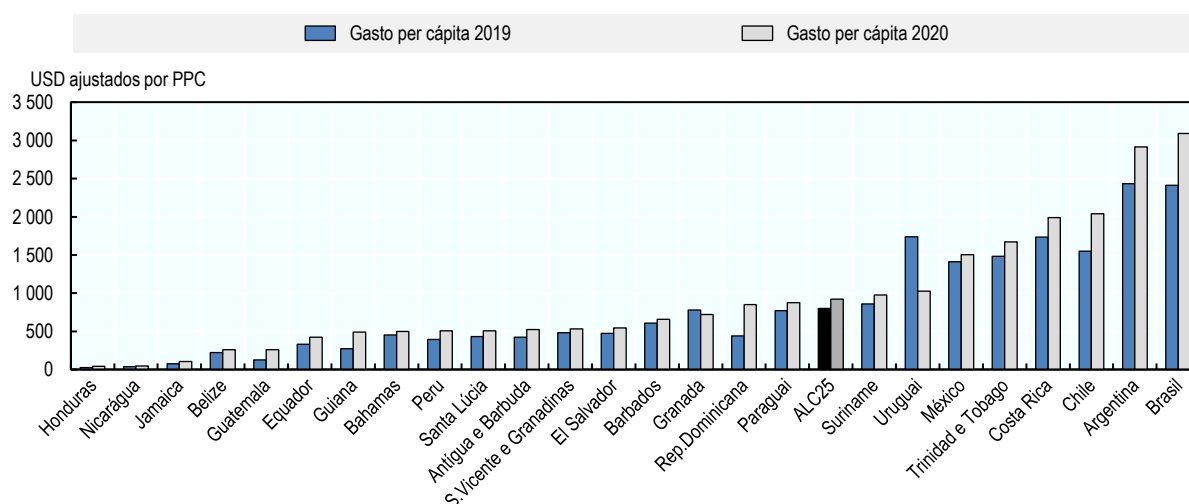
A Figura 1.10 mostra o gasto público per capita em proteção social em 2019 e 2020 na região da ALC. O Uruguai é o único país da região (com dados disponíveis) que diminuiu consideravelmente (em termos nominais) o valor gasto

com proteção social em 2020. Esta diminuição é explicada pela criação do “Fondo Solidario COVID-19”, um fundo fora do orçamento que centralizou recursos para a resposta à pandemia (Restrepo, Palacios and Espinal, 2022^[56]). Além disso, uma parcela significativa dos gastos com alívio econômico veio do seguro-desemprego (Amarante, 2022^[57]). Outros países também implementaram transferências de recursos fora do orçamento para mitigar o efeito econômico da pandemia e que não estão refletidos na figura. Por exemplo, no Chile, as pessoas foram autorizadas a sacar 10 por cento de sua pensão social individual quatro vezes entre 2020 e 2022.

Além disso, oito países (Brasil, Argentina, Chile, Costa Rica, Trinidad e Tobago, México, Uruguai e Suriname) gastaram acima da média da ALC em proteção social em 2020. Esses são os mesmos países que ficaram abaixo da média da ALC em termos de mortes em excesso, exceto o México. Por outro lado, o Equador e o Peru estão na extremidade inferior dos gastos com proteção social, embora acima da média da ALC de mortes em excesso. A relação entre as variáveis, no entanto, não é tão evidente. Honduras, Belize e Jamaica (entre outros) tiveram mortes em excesso abaixo da média da OCDE, embora apresentassem alguns dos níveis mais baixos de gastos per capita em proteção social em 2020.

Figura 1.10. A maioria dos países aumentou os gastos públicos em proteção social

Despesa pública em proteção social per capita, PPC (dólares internacionais correntes)



Observação: A proteção social inclui licenças por doença e subsídios por invalidez, velhice, auxílio de sobrevivência para familiares e filhos, desemprego, habitação, exclusão social, pesquisa e desenvolvimento relacionados à proteção social e outras despesas de proteção social.

PPC: Paridade do poder de compra.

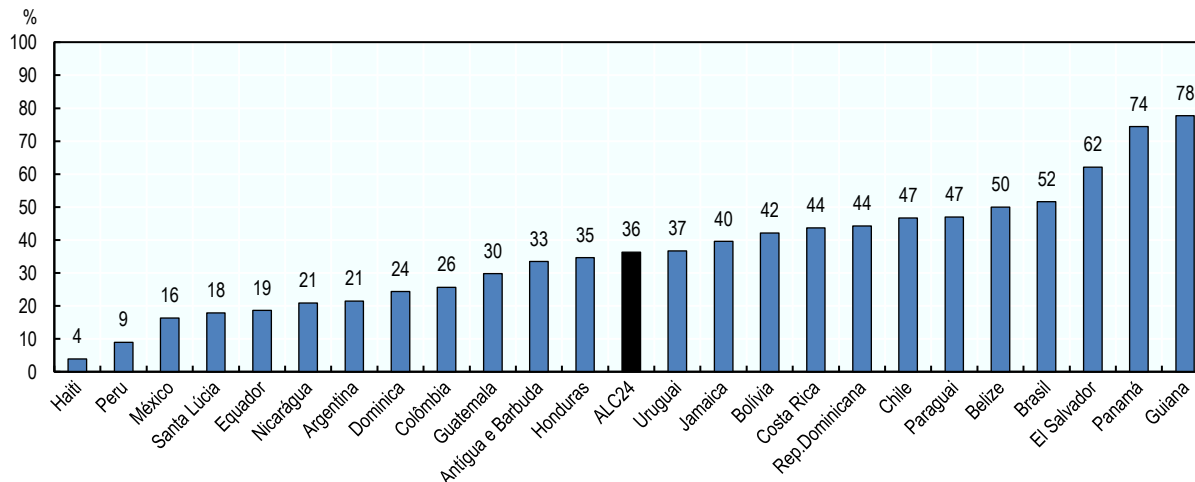
Fonte: CEPAL (2021^[16]), Despesas públicas com proteção social. Valores de conversão PPC: Banco de dados de Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=4409.

StatLink <https://stat.link/i7k286>

O alcance das políticas de proteção social teve um efeito claro na capacidade dos países de manter o cumprimento das restrições da pandemia pelo maior número possível de pessoas. As economias da ALC são marcadas por altos níveis de desigualdade, uma grande classe média com baixos níveis de poupança familiar e altos níveis de endividamento e significativa informalidade dos trabalhadores (ECLAC, 2022^[3]). Nesse sentido, se mais domicílios tivessem recebido apoio e garantia de sustento, mais pessoas teriam tido condições financeiras de ficar em casa, limitando a propagação do vírus. A Figura 1.11 mostra a porcentagem de domicílios que receberam algum tipo de assistência financeira durante o ano de 2020-21. Embora os dados sejam limitados em relação aos valores da assistência, existem alguns padrões que representam a relação entre o apoio público para manter as medidas de saúde pública e mortes em excesso de modo geral. Alguns países com desempenho inferior em termos de mortes em excesso aparecem na extremidade inferior do gráfico, como o Peru, México e Equador. No entanto, países como Guiana, El Salvador, Brasil e Paraguai proporcionaram assistência financeira a mais de 45 por cento das famílias e ainda tiveram mortes em excesso acima da média da OCDE.

Figura 1.11. Esforços foram realizados para proporcionar ajuda financeira à população

Porcentagem de domicílios que receberam algum tipo de assistência desde o início da pandemia



Observação: Dados coletados entre 2020 e 2021. Dados de pesquisas móveis de alta frequência projetadas para serem representativas da população subjacente.

Fonte: Banco Mundial (2021^[11]), Painel de monitoramento de alta frequência da COVID-19, <https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/COVID-19-high-frequency-monitoring-dashboard>.

StatLink <https://stat.link/uz67t9>

1.4.2. O fortalecimento do setor de saúde foi fundamental para enfrentar a pandemia

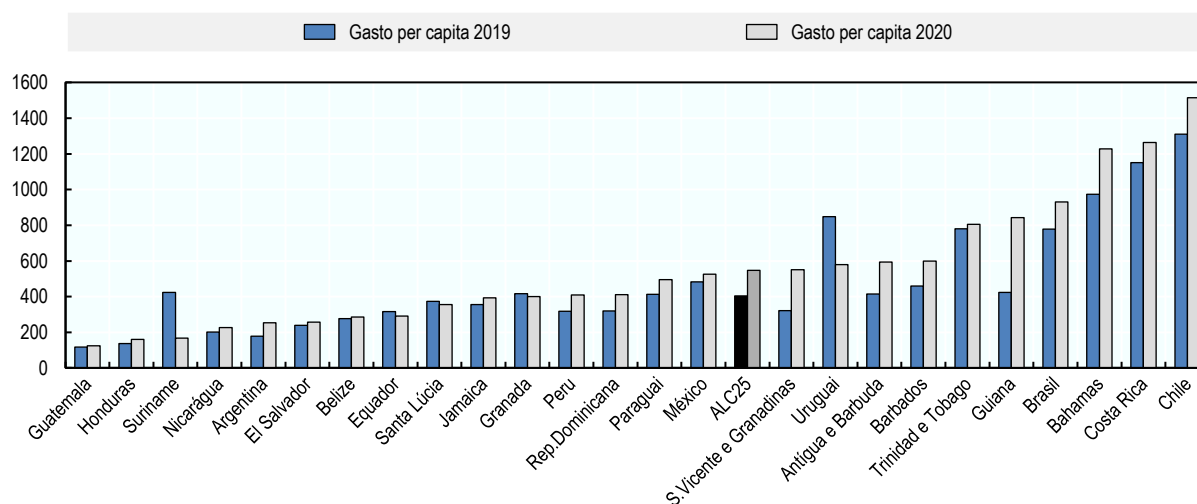
Todos os países da região implementaram políticas para aumentar seus orçamentos em saúde e reorganizar o sistema para lidar melhor com a emergência de saúde. Enquanto o gasto público em saúde na região em 2020 teve um aumento médio nominal de cerca de 16 por cento (12 por cento quando contabilizada a inflação) (ECLAC, 2021^[16]), outras políticas importantes referem-se ao reforço do papel da atenção primária, com a ampliação da provisão e incentivos para os profissionais de saúde, a centralização da coordenação do atendimento hospitalar e a aquisição de kits de testagem, vacinas, respiradores, equipamentos de proteção e outros insumos.

Os países aumentaram os gastos públicos em saúde

Os gastos públicos em saúde em 2019 e 2020 são apresentados na Figura 1.12. Os maiores aumentos (sem contabilizar a inflação) são encontrados na Guiana (99 por cento), St. Vicente e Granadinas (71 por cento), Antígua e Barbuda (43 por cento) e Argentina (42 por cento). A Argentina é um caso especial, pois a alta inflação registrada em 2020 (42 por cento (OECD, 2023^[58])) neutraliza o aumento nominal para zero. Os maiores gastos per capita são vistos no Chile (1.514 USD PPC), Costa Rica (1.264 USD PPC) e Bahamas (1.228 USD PPC), três países abaixo ou próximos da média de mortes em excesso da OCDE (Figura 1.12). Suriname e Uruguai são os únicos países que reduziram significativamente seus gastos com saúde pública. No Suriname, a queda se dá em resposta a uma política geral de austeridade fiscal para enfrentar a crise econômica no país (ECLAC/CEPAL, 2022^[59]). Além disso, a criação de fundos especiais para a pandemia (ECLAC/CEPAL, 2022^[59]) pode não estar refletida com precisão no valor apresentado na figura. No caso do Uruguai, a queda é explicada pelo “Fondo Solidario COVID-19”, fundo fora do orçamento que centralizou recursos para a resposta à pandemia (Restrepo, Palacios and Espinal, 2022^[56]). Outros mecanismos para financiar gastos com saúde na pandemia que não estão refletidos na figura incluem o uso de fundos para emergências e desastres - como na Costa Rica, onde esses fundos foram usados para cobrir o uso público da capacidade de serviços de saúde privados.

Figura 1.12. A maioria dos países aumentou os gastos públicos com saúde

Gasto público em saúde per capita, PPC (dólares internacionais correntes)



Observação: As despesas públicas em saúde incluem equipamentos e suprimentos médicos, serviços ambulatoriais, serviços hospitalares, serviços de saúde pública, P&D relacionados à saúde e outras despesas de saúde.

PPC: Paridade do poder de compra.

Fonte: CEPAL (2021^[16]), Despesa pública em Saúde. Valores de conversão do PPC: Banco de dados de Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial, https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicador_id=4409&area_id=2313&lang=es.

StatLink <https://stat.link/0nkh91>

Em contraste com o gasto público total em saúde, os esforços fiscais adicionais para lidar com a pandemia estão melhor representados no banco de dados do Fundo Monetário Internacional de medidas fiscais do país entre janeiro de 2020 e outubro de 2021 em resposta à pandemia de COVID-19 (IMF, 2021^[60]). No entanto, não há correlação perceptível entre os valores per capita gastos nos esforços fiscais adicionais de resposta à COVID-19 e os níveis de mortalidade em excesso, o que destaca a importância do gasto total como *proxy* de um sistema de saúde mais forte, e do aumento de gastos desde o início da pandemia para garantir uma resposta rápida.

A atenção primária e a detecção precoce, tratamento e acompanhamento da COVID-19

A OMS destacou que o controle do acesso e a coordenação dos cuidados no tratamento e acompanhamento de pacientes com COVID-19 são medidas eficazes para melhorar a eficiência dos sistemas de saúde na resposta à pandemia (WHO, 2021^[61]). Segundo esse princípio, a atenção primária à saúde é um componente essencial na resposta pandêmica dos países. No entanto, a resposta geral à pandemia na ALC tem se concentrado principalmente no atendimento hospitalar de pacientes graves com COVID-19. Apesar de os países darem mais ênfase à atenção hospitalar do que à atenção primária, esta última provavelmente será um importante determinante de melhor desempenho durante a pandemia. Nesse sentido, países com sistemas de atenção primária mais fortes apresentaram sinais de maior resiliência durante a pandemia (OECD, 2022^[39]).

A atenção primária à saúde (APS) tem sido utilizada em diferentes dimensões, sintetizadas na prevenção, detecção precoce e gestão do cuidado. Em relação à prevenção, a APS tem sido usada para conscientizar sobre os riscos da COVID-19 e disseminar informações de saúde pública, para identificar e alcançar populações de alto risco e para rastrear contatos e supervisionar quarentenas. Em termos de detecção precoce, os prestadores de APS foram atores importantes nas capacidades de testagem dos países. Por fim, os prestadores de APS tiveram um papel importante no atendimento de casos leves de COVID-19 e pacientes com sintomas de longa duração (“COVID-19 longa”), seja nas unidades de saúde, na coordenação de atendimento comunitário por meio de saúde digital ou em visitas domiciliares.

A Tabela 1.3 resume o papel da APS na resposta à pandemia em sete países da ALC. Costa Rica, Argentina e Chile contaram com a APS para a realização de mais testes do que outros países do grupo. Ao mesmo tempo, eles tiveram menos mortes em excesso (inferiores à média da OCDE) quando combinam-se os números de 2020 e de 2021. Todos os países da avaliação contaram com a APS para cuidar de pacientes leves com COVID-19 e coordenar os

cuidados na comunidade com visitas domiciliares ou telessaúde e telemonitoramento. O rastreamento de contatos e a supervisão de quarentena foram as ações atribuídas com menos frequência à APS. No entanto, a atenção a casos de COVID longa na APS foi negligenciada pela maioria dos países na avaliação, com apenas pequenas iniciativas nesse sentido no México, Costa Rica, Peru e Colômbia (OECD, 2022^[39]).

A disponibilidade de testes de COVID-19 nesses sete países foi bastante limitada no início da pandemia, juntamente com capacidades laboratoriais e técnicas limitadas para testar na escala necessária. Além disso, a orientação centralizada dos ministérios da saúde para o diagnóstico de COVID-19 geralmente vinha em um estágio posterior, exigindo que as autoridades locais desenvolvessem seus próprios protocolos desde o início (OECD, 2022^[39]). Por outro lado, embora as vacinas contra a COVID-19 também fossem limitadas quando foram inicialmente disponibilizadas em grande escala, as diretrizes foram organizadas de maneira justa para a implementação da vacinação. Alguns países incluíram diretrizes explícitas para gerenciar os efeitos indiretos da COVID-19 na saúde no nível da APS. Na Colômbia e no Chile, por exemplo, as diretrizes de saúde mental incluíram recomendações sobre como lidar com a violência doméstica e de gênero (OECD, 2022^[39]).

Tabela 1.3. O papel da atenção primária na resposta à pandemia

Países Latino-Americanos Selecionados

	Informar e Educar sobre COVID-19	Identificar e alcançar a população de alto risco para COVID-19	Rastreamento de contatos e supervisão de quarentena desde o início da pandemia	APS envolvida na imunização contra a COVID-19	Centros de APS para a realização de testes de COVID-19	Atendimento de casos leves de COVID-19
Costa Rica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Argentina	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Chile	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Brasil	Sim	Sim ¹	Sim ¹	Sim	Sim	Sim
Colômbia		Sim	Sim			Sim
México	Sim	Sim				Sim
Peru	Sim			Sim	Sim	Sim

Nota: Os países são classificados conforme o excesso de mortes durante a pandemia. (*) A tabela original omitia essas duas funções para o Brasil. No entanto, as portarias nº 1.444; nº 2.045; nº 2.222, nº 2.358 e nº 2.994 de 2020 (disponíveis em <https://www.in.gov.br/inicio>) atribuem incentivos aos centros de APS para que essas funções sejam disponibilizadas. No entanto, não é claro se os incentivos efetivamente desencadearam as funções de forma sistemática no nível nacional.

Fonte: Adaptado de "Secretariado da OCDE com base na Pesquisa de Políticas de 2021 sobre o papel da atenção primária à saúde durante a pandemia de COVID 19" em OCDE (2022^[39]), *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*, <https://doi.org/10.1787/743e6228-en>.

Países renovaram a telemedicina e serviços remotos durante a pandemia

Para atenuar a queda acentuada nas consultas de pacientes e a interrupção dos atendimentos de rotina, muitos países da região implementaram a telemedicina e outras práticas de prestação de serviços à distância. México, Chile e Argentina adotaram iniciativas para manter a adesão dos pacientes a medicamentos, permitir a renovação de prescrições médicas pela Internet, coletas externas, entregas comunitárias de medicamentos e prescrições médicas eletrônicas (Arsenault et al., 2022^[41]; OIT/ILO, 2021^[62]). O Panamá lançou uma iniciativa para coordenar visitas domiciliares com telemedicina para o monitoramento diário dos pacientes; já o Uruguai criou um serviço gratuito de consulta médica por telefone (OIT/ILO, 2021^[62]).

Programas nacionais para coordenar consultas eletrônicas com clínicos gerais e especialistas foram implementados em países como Argentina, Peru, Colômbia, Guatemala, Panamá, Uruguai, México, Costa Rica e Chile (LeRouge et al., 2019^[63]). As novas estratégias nacionais envolveram a atualização da legislação e diretrizes para enfrentar os desafios que limitam a implementação da telemedicina. Na Costa Rica, de janeiro a maio de 2020, das 680.644 consultas registradas no primeiro nível de atenção, 188.108 (28 por cento) foram realizadas por meio de métodos alternativos de atendimento (telefonemas ou chamadas de vídeo (CCSS, 2020^[64])).

A região concentrou-se em melhorar a capacidade do atendimento hospitalar

Os países da região adotaram abordagens diferentes para melhorar sua capacidade de atendimento hospitalar, de acordo com suas necessidades estruturais. O Brasil concentrou seus esforços na aquisição de leitos de UTI, com a ajuda de uma nova legislação que permitia ao Governo Federal repassar recursos para esse fim. Outros países optaram por uma abordagem centralizada, criando novas unidades de internação de terapia intensiva - quer renovando as enfermarias dos hospitais existentes, como no caso do *Hospital Español*, no Uruguai, e as instalações hospitalares da *Caja de Seguro Social* (Caixa de Seguro Social) no Panamá - ou criando hospitais modulares de emergência em países como Argentina, Chile, Paraguai, Peru e Costa Rica. Além disso, alguns países, como a Costa Rica, converteram temporariamente hospitais e enfermarias inteiras para o atendimento de casos de COVID-19. Ao mesmo tempo, os países trabalharam para garantir o fornecimento de suprimentos essenciais, equipamentos e pessoal médico, bem como de outros serviços básicos em suas instalações de saúde, em todos os níveis. Outras infraestruturas - como estádios, hotéis e clubes - foram convertidas em centros de saúde para tratar casos leves ou potenciais de COVID-19 (OIT/ILO, 2021^[62]).

A coordenação entre autoridades e unidades de saúde público-privadas foi crucial para maximizar a capacidade e a eficiência dos países no atendimento a pacientes (COVID-19 e não COVID-19) durante a pandemia. Chile e Colômbia adotaram uma abordagem centralizada que incluía a gestão de hospitais públicos e privados, em termos de leitos hospitalares, ventiladores mecânicos e triagem. O México garantiu um acordo com uma grande rede hospitalar privada para tratar pacientes com outros problemas de saúde que não COVID-19 e, assim, descomprimir os hospitais públicos para que tratassem de pacientes com COVID-19 (OIT/ILO, 2021^[62]). Situação semelhante ocorreu na Costa Rica, onde a instituição gestora da atenção à saúde (Caja Costarricense de Seguro Social) orientou as instituições médicas a concentrar o atendimento de pacientes com outras doenças que não a COVID-19 em hospitais públicos.

A força de trabalho da saúde desempenhou um papel crucial na resposta à pandemia

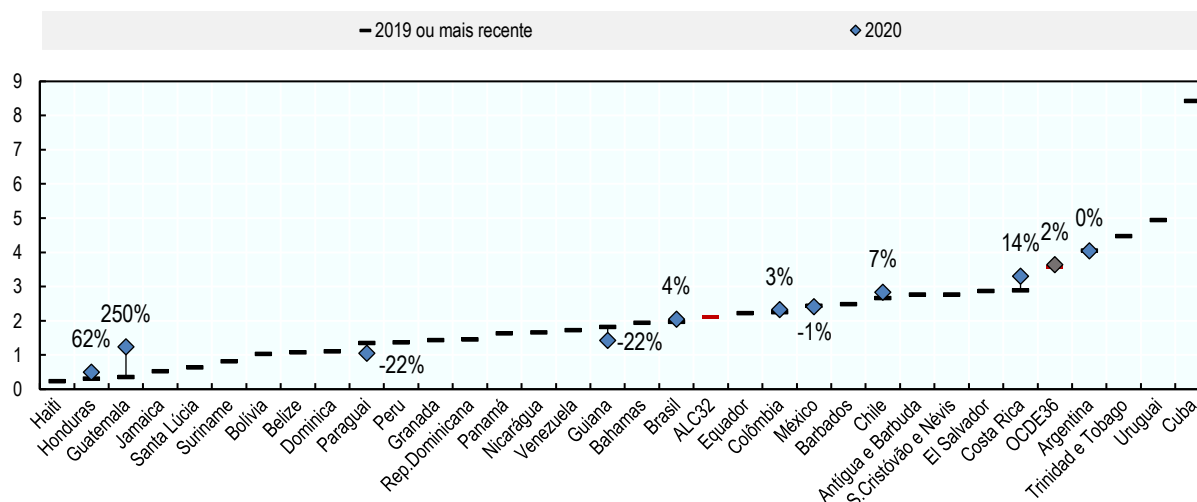
A pandemia de COVID-19 deixou clara a fragilidade dos sistemas de saúde da região em suprir adequadamente suas instalações médicas com pessoal de saúde, especialmente nas áreas rurais e no nível da atenção primária. Os países da região adotaram novas legislações para aumentar a quantidade de profissionais de saúde e distribuí-los de forma eficiente, de acordo com os esforços de combate à pandemia. Por exemplo, vários países criaram novos critérios para permitir que forças de trabalho da saúde em treinamento trabalhassem - dentro dos limites de sua competência - ao lado de profissionais. Ao mesmo tempo, observou-se um aumento no orçamento para remunerar os profissionais de saúde. No entanto, apenas alguns países concentraram esse aumento no fortalecimento da APS ou em políticas para reforçar a gestão de recursos humanos no longo prazo. Não está claro se o aumento e a gestão eficiente de profissionais de saúde serão mantidos no futuro, como um esforço para melhorar a qualidade da atenção à saúde. A perspectiva de gênero em relação à força de trabalho da saúde durante a pandemia foi negligenciada, embora seja uma questão especialmente importante devido à carga desproporcional atribuída às mulheres no cuidado de pacientes com COVID-19, além de outras funções relacionadas à resposta à pandemia (Cho and Levin, 2022^[65]). Do lado positivo, a pandemia viabilizou esforços colaborativos entre os países da região destinados a melhorar a gestão, o treinamento e o planejamento de recursos humanos em saúde.

Dos dez países da ALC com dados disponíveis, seis aumentaram a taxa de médicos por mil habitantes, enquanto três a diminuíram e um a manteve (Figura 1.13). Há uma forte associação entre o excesso de mortes e a taxa padrão de médicos antes da pandemia. Nos cinco países da ALC com o maior número de médicos por população antes da pandemia, o excesso de mortes foi inferior ao da OCDE. Um sexto país, o Chile, foi o nono na região. Em 2019, todos esses países tinham mais de 2,7 médicos por mil habitantes - ou seja, 26 por cento acima da média da ALC. Ao mesmo tempo, os dois países com as maiores taxas de excesso de mortes, Bolívia e Peru, estão entre aqueles com o menor número de médicos antes da pandemia, com 1,03 e 1,37 por mil habitantes, respectivamente.

Em termos das mudanças no número de médicos para enfrentar a pandemia em 2020, em dois países que aumentaram substancialmente seu número de médicos, Honduras e Guatemala, o excesso de mortes foi inferior à média da ALC, apesar de estarem na extremidade inferior da região em número de médicos antes da pandemia e ainda abaixo da média da ALC em 2020. Em contrapartida, nos países que reduziram suas taxas de médicos, o excesso de mortes foi superior à média da OCDE (Paraguai) ou da ALC (México e Guiana). Conforme mencionado anteriormente, não está claro se o aumento de profissionais da saúde será mantido no futuro. Em alguns países, como a Costa Rica, isso certamente não ocorrerá, uma vez que as novas contratações foram transitórias e alinhadas com as ondas do vírus.

Figura 1.13. Os países com o maior número de médicos por habitante apresentaram níveis mais baixos de excesso de mortes

Médicos por mil habitantes em 2019 ou no último ano disponível e 2020



Nota: Os rótulos indicam a diferença proporcional.

Fonte: Observatório de Saúde Global da OMS 2022; Estatísticas de Saúde da OCDE (2022^[18]) para a média da OCDE, Argentina, Peru, Brasil e México, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <https://stat.link/0uywxj>

A escassez de força de trabalho na área da saúde durante a pandemia motivou outros países da OCDE a reavaliar o escopo da prática atribuída a profissionais de saúde, como pessoal de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Com o apoio da literatura (Maier, Aiken and Busse, 2017^[66]), os países reconheceram que outros profissionais de saúde, além dos médicos que tenham recebido educação e treinamento intensos, podem melhorar o acesso aos serviços, reduzir os tempos de espera e oferecer a mesma qualidade de atendimento que os médicos no caso de serviços limitados.

Nesse sentido, vários países da OCDE recorreram a licenças rápidas e ministraram treinamento em caráter excepcional a fim de mobilizar profissionais de saúde para enfrentar a pandemia de COVID-19. Austrália, Áustria, Finlândia, Letônia, Espanha, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos, por exemplo, criaram novas funções e reorganizaram as tarefas de profissionais da saúde - médicos e não médicos - para manter a continuidade do atendimento de casos não agudos de COVID-19 na comunidade ou em casa. Os países da ALC poderiam seguir esse exemplo e ampliar o papel de agentes comunitários de saúde e pessoal de enfermagem no atendimento de determinadas questões de saúde - como, por exemplo, controle de rotina de doenças crônicas - para maximizar a capacidade durante emergências de saúde e minimizar interrupções no atendimento. O Brasil, por exemplo, emprega agentes comunitários de saúde para melhorar a adesão à medicação (OECD, 2021^[67]).

A vacinação tornou-se a prioridade número um na resposta da ALC à pandemia

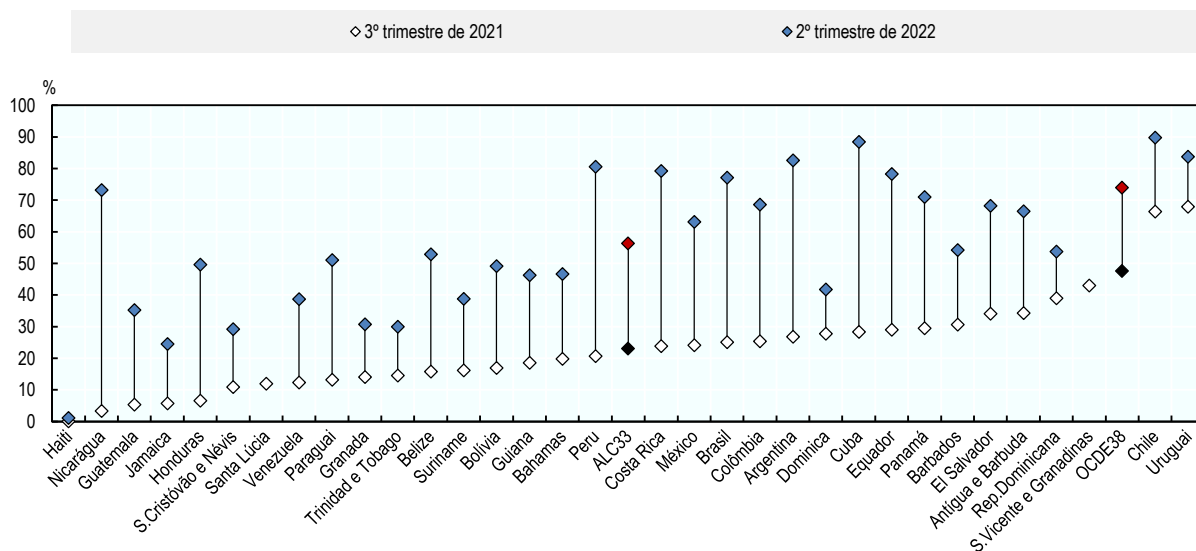
A vacina contra a COVID-19 foi disponibilizada pela primeira vez para a população em geral na região em dezembro de 2020, no Chile, Costa Rica, México e Argentina. Logo depois, todos os demais países da ALC tiveram acesso à vacina, sendo o Haiti o último país a começar a vacinar sua população (em julho de 2021). Consequentemente, em especial durante o ano de 2021, as autoridades de saúde concentraram seus esforços em conter a pandemia com a introdução rápida e eficiente da vacina contra a COVID-19. Figura 1.14 mostra o percentual da população totalmente vacinada em dois momentos distintos da pandemia. Na América Latina e Caribe, a introdução da vacina contra a COVID-19 foi, em geral, mais lenta em comparação aos países da OCDE devido, em parte, a problemas de aquisição. Além disso, a introdução nos países do Caribe foi mais lenta do que no restante da ALC (ECLAC, 2022^[3]). Ao comparar a introdução da vacinação entre os grupos de excesso de mortes definidos na Seção 1.3, vários dos países no grupo de melhor desempenho (Chile, Uruguai, Argentina, Cuba, Panamá e Costa Rica) apresentaram cobertura vacinal superior à média da ALC no terceiro trimestre de 2021. Por outro lado, a maioria dos países dos grupos de

pior desempenho (Bolívia, Peru, México, Colômbia, Guiana e Brasil, entre outros) apresentou cobertura vacinal em torno ou abaixo da média no mesmo período.

A atenção primária à saúde facilitou a distribuição da vacina contra a COVID-19 na Argentina, Peru, Brasil, Chile e Costa Rica (Tabela 1.3). A participação da APS nessas ações foi considerada uma estratégia eficaz para aumentar a eficiência da resposta à pandemia. Por outro lado, a APS não teve um papel central na vacinação contra a COVID-19 na Colômbia e no México. A eficácia do uso da APS na introdução da vacina reflete-se, em parte, na proporção da população com vacinação completa no segundo trimestre de 2022, época em que as vacinas estavam amplamente disponíveis em todo o mundo. Enquanto no México e na Colômbia a cobertura foi de 63 por cento e 69 por cento da população, respectivamente, nos países que usaram a APS para introduzir a vacinação, a cobertura ultrapassou 77 por cento da população no mesmo período (Figura 1.14).

Figura 1.14. A ALC teve um início lento na vacinação, mas se recuperou rapidamente em 2022

Proporção de pessoas que receberam todas as doses prescritas pelo protocolo inicial de vacinação



Nota: O indicador considera toda a população e não é ajustado pela estrutura etária dos países ou pela população vacinável.

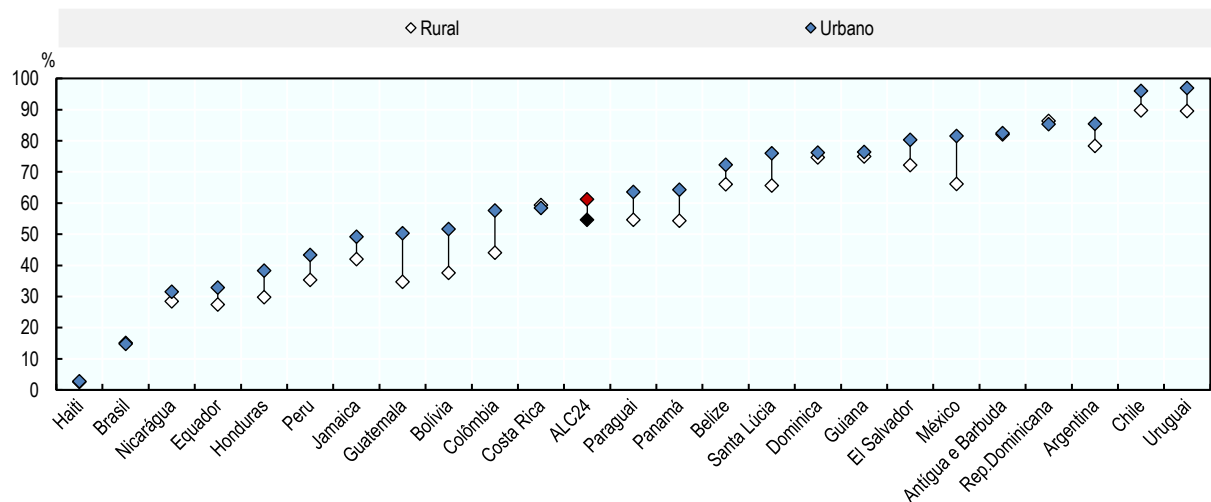
Fonte: Mathieu et al. (2021^[17]), "A global database of COVID-19 vaccinations", <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>, disponível em Ritchie et al. (2020^[68]), "Pandemia de Coronavírus (COVID-19)", Nosso Mundo em Dados, <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

StatLink <https://stat.link/1g57w3>

Comunicar o plano de vacinação de forma eficaz foi crucial para a introdução da vacina de forma rápida e eficiente. Figura 1.15 mostra o percentual de entrevistados em uma amostra representativa de país que conheciam o procedimento para tomar a vacina contra a COVID-19 em seu país de residência em 2021. O grupo foi liderado por Uruguai, Chile, Argentina, República Dominicana e Antigua e Barbuda, onde 78 por cento e 97 por cento das pessoas residentes em áreas urbanas e rurais sabiam como proceder para tomar a vacina contra a COVID-19. Coincidentemente, todos esses países estão no grupo de melhor desempenho em termos de excesso de mortes, e três deles capitalizaram a APS em seus esforços de vacinação. Por outro lado, os países que foram menos eficazes na comunicação de seus planos de vacinação estavam correlacionados com países que tinham níveis de excesso de mortes acima da média da ALC. A diferença em termos de conhecimento da vacinação entre as áreas rurais e urbanas foi mais pronunciada no México, Guatemala, Bolívia e Colômbia, com uma diferença de até 15 pontos percentuais. Ao mesmo tempo, México e Colômbia não recorreram à APS para esse fim. Em média, apenas 59 por cento da população sabia como se vacinar na ALC em 2021, desagregada em 61 por cento de residentes em áreas urbanas e 55 por cento em áreas rurais. A abordagem comunitária da atenção primária à saúde apresenta um forte argumento para a capitalização da APS para essa finalidade (OECD, 2022^[39]).

Figura 1.15. Campanhas de comunicação de vacinas precisam de melhoras

Percentual de entrevistados que sabem como tomar a vacina contra a COVID-19, 2021



Nota: Dados coletados em 2021. Dados de pesquisas móveis de alta frequência, projetados para serem representativos da população subjacente.

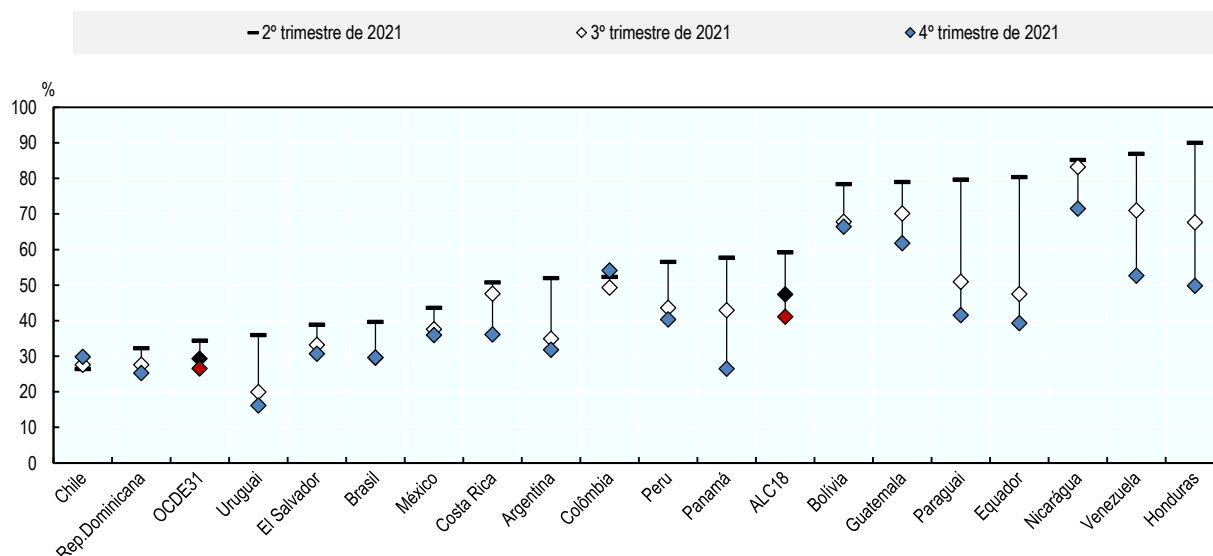
Fonte: Banco Mundial (2021^[11]), COVID-19 Painel de Monitoramento de Alta Frequência, <https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard>.

StatLink <https://stat.link/f9jomx>

A implementação eficaz dos planos de vacinação envolveu a divulgação adequada de informações do calendário de vacinação. A implementação bem-sucedida passou pelo reconhecimento e resolução das barreiras que poderiam impedir as pessoas de se vacinar. Figura 1.16 apresenta a proporção de pessoas (dentre usuários do Facebook) que encontraram barreiras que as impediram de tomar a vacina. As barreiras incluíram: não possuir a documentação adequada; não poder se ausentar do trabalho ou da escola; indisponibilidade de horário; restrição de horários; e deslocamento até o local de vacinação, entre outras. As barreiras no primeiro trimestre de 2021 afetaram 59 por cento dos entrevistados, número significativamente maior do que a média da OCDE no mesmo período (34 por cento dos entrevistados). Não há padrões evidentes entre barreiras vacinais e desempenho em excesso de mortes. No entanto, vários países (Chile, República Dominicana, Uruguai e Argentina) com excesso de mortes abaixo da média da OCDE estão na extremidade inferior do gráfico, onde apenas cerca de 30 por cento dos entrevistados relataram barreiras no terceiro trimestre de 2021. No entanto, países com resultados mais desafiadores em termos de excesso de mortes, como Brasil, México, El Salvador e Peru, também apresentam percentuais de pessoas que se depararam barreiras inferiores à média da ALC. No outro extremo do gráfico, na Bolívia, Equador e Paraguai mais de 75 por cento dos entrevistados relataram barreiras para tomar a vacina no segundo trimestre de 2021. Embora essa situação tenha melhorado drasticamente no Equador e no Paraguai no terceiro trimestre do mesmo ano, 66 por cento dos entrevistados na Bolívia ainda relataram barreiras para se vacinar no quarto trimestre. Situação semelhante ocorreu na Nicarágua. Na Venezuela e em Honduras, o percentual da população que relatou enfrentar barreiras também foi alto.

Figura 1.16. As campanhas de vacinação enfrentaram obstáculos

Percentual de entrevistados que relataram barreiras para tomar a vacina contra a COVID-19, 2021



Nota: Dados coletados em 2021. Os dados são uma amostra representativa de usuários do Facebook.

Fonte: Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland e Facebook (2020^[14]), *Global COVID-19 Trends and Impact Survey*, em parceria com o Facebook, <https://covidmap.umd.edu/>.

StatLink <https://stat.link/k390h2>

1.4.3. A população da ALC estava disposta a aderir a algumas medidas de combate à pandemia

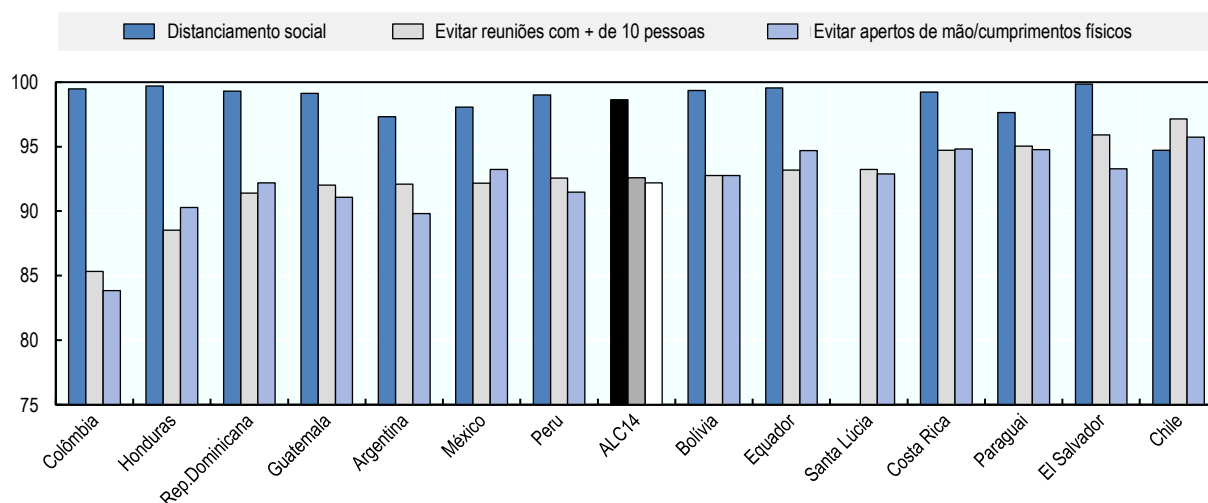
A adesão ao distanciamento social foi alta em toda a região, mas o mesmo não ocorreu com outras medidas preventivas

Embora os regulamentos e orientações de saúde pública variem na região e tenham variado ao longo dos três anos (até agora) da pandemia, recomendações preventivas foram implementadas ao longo de 2020 e 2021 em toda a ALC. Na maioria dos países, uma maioria significativa da população adotou medidas preventivas durante esse período. Nos 14 países da ALC com informações disponíveis (Figura 1.17), 98,6 por cento da população cumpriu o distanciamento social em 2020. Outras medidas preventivas não foram tão populares. Em média, 92,2 por cento da população seguiram a orientação de evitar aglomerações de mais de dez pessoas. No Chile, esse percentual sobe para 95,7 por cento, o que é importante se considerada a duração dessa orientação no país (Tabela 1.2). Em contraste, na Colômbia a adesão foi de 85 por cento. Situação semelhante ocorreu no caso de cumprimentos físicos (apertos de mão, abraços), em que a medida foi cumprida, em média, por 92,2 por cento da região.

Entre maio e julho de 2020 houve grandes incertezas em relação a recomendações de saúde pública, restrições e outras medidas implementadas para mitigar os efeitos da pandemia. Os governos lançaram campanhas para informar a população sobre as ações a serem tomadas. No entanto, nessa fase a população sabia muito pouco sobre as ações do governo e das autoridades. Nos mesmos 14 países apresentados na Figura 1.17 em média 56,8 por cento da população sabiam que as autoridades estavam aconselhando os cidadãos a ficar em casa. No entanto, apenas 6 por cento, em média, sabiam do fechamento temporário de empresas e escolas, embora essas medidas já estivessem sendo implementadas, em alguma medida, em todos os países. A imposição de toques de recolher ou confinamentos só era conhecida por 42 por cento da população, em média, e esse percentual cai para 10,8 por cento e 14,2 por cento no México e na Bolívia, respectivamente. Talvez o melhor indicador para refletir a falta de eficácia das campanhas de informação em meados de 2020 tenha sido o fato de que, em média, apenas 11,1 por cento da população desses 14 países sabiam que o governo ou outras autoridades estavam disseminando conhecimentos sobre a pandemia de COVID-19.

Figura 1.17. A adesão às medidas preventivas variou

Proporção de entrevistados que adotaram medidas preventivas em 2020



Nota: Dados coletados entre maio e agosto de 2020. Dados de pesquisas móveis de alta frequência criados para serem representativos da população subjacente.

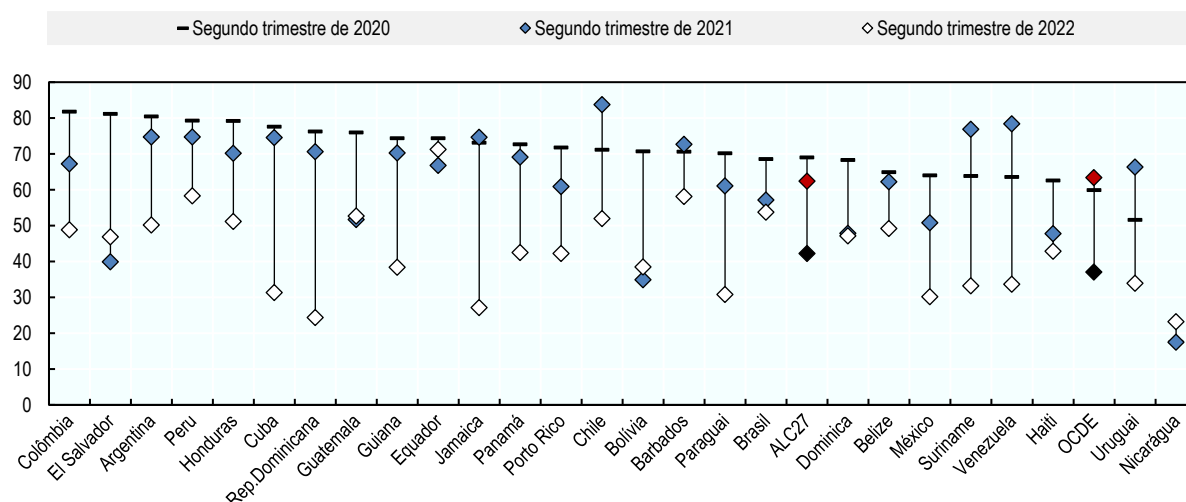
Fonte: Banco Mundial (2021^[11]) Painel de Monitoramento de Alta Frequência da COVID-19, <https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard>.

StatLink <https://stat.link/audl52>

O distanciamento social foi amplamente adotado pelos países da ALC. No entanto, dados referentes ao ano de 2021 mostram que houve um claro declínio na adesão ao longo do tempo (Figura 1.18). Isso se desvia da tendência de excesso de mortes, que atingiu o pico no 3º trimestre de 2021 e só diminuiu no final do ano. Em comparação a uma média de 75 por cento das pessoas, em média, nos países da OCDE, 78 por cento cumpriram as medidas de distanciamento social na região da ALC no primeiro trimestre de 2021. Posteriormente, os países da ALC mantiveram a adesão ao distanciamento social ao longo do ano, que diminuiu lentamente até atingir apenas 65 por cento da população, em comparação a 53 por cento (em média) na OCDE (Figura 1.18). Entre os países da ALC, houve alta heterogeneidade no nível de adesão a essa medida específica. Embora os padrões não sejam simples, nos países de melhor desempenho em termos de excesso de mortes a adesão foi superior à média durante os trimestres dois e três (os losangos verdes da Figura 1.18 são consistentemente mais altos do que os losangos vermelhos), juntamente com o aumento do excesso de mortes (exceto no Uruguai no 3º trimestre). Por outro lado, nos países com excesso de mortes acima da média da ALC, o percentual da população que aderiu ao isolamento social durante esses seis meses foi inferior à média da ALC (exceto no México). Os altos níveis de isolamento social repercutem nos altos níveis de sofrimento mental observados anteriormente, fator que provavelmente influenciou a disposição de aderir à medida.

Figura 1.18. A maioria das pessoas evitou o contato em 2021

Percentual de entrevistados que evitaram intencionalmente o contato com outras pessoas o tempo todo ou na maior parte do tempo durante 2021



Nota: A cor vermelha indica países com excesso de mortes superior à média da ALC33: Peru, Bolívia, México, Equador. A cor verde, países com excesso de mortes inferior à média da OCDE, selecionados conforme explicado na Seção 1.3: Argentina, Venezuela, Chile, Cuba, Costa Rica, Panamá e Uruguai. Os dados são uma amostra representativa de usuários do Facebook.

Fonte: Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland e Facebook (2020^[14]), *Global COVID-19 Trends and Impact Survey*, em parceria com o Facebook, <https://covidmap.umd.edu/>.

StatLink <https://stat.link/1kil8n>

O uso recomendado ou obrigatório de máscara facial também foi amplamente aceito nos países da ALC desde o início da pandemia; a maioria dos países apresenta um uso maior do que a média da OCDE. De acordo com a pesquisa da Universidade de Maryland em colaboração com o Facebook (2020^[14]), no segundo trimestre de 2020, em média 78 por cento dos entrevistados na ALC informaram ter usado máscara facial durante todo o tempo ou na maior parte do tempo quando em público, em comparação a apenas 54 por cento, em média, nos países da OCDE. Um ano depois, no segundo trimestre de 2021, a maioria dos países havia atingido seu pico de adesão à máscara facial, com 88 por cento na ALC e 77 por cento na média da OCDE. A Costa Rica apresenta um caso interessante, pois no início da pandemia o país apresentava a menor taxa de adesão (32 por cento), mas, um ano depois, tornou-se o país com a maior adesão (92 por cento), em consonância com o aumento de casos e mortes por COVID-19.

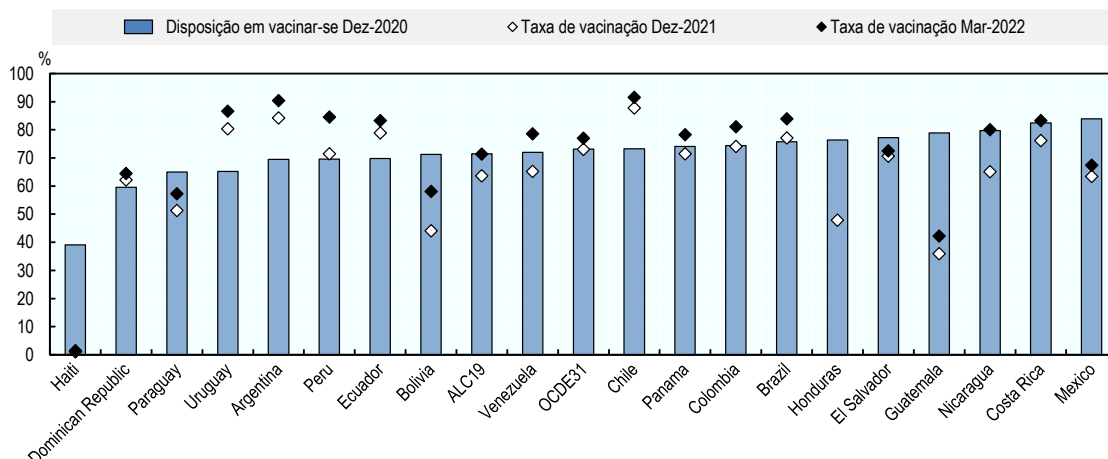
Na maioria dos países, a hesitação vacinal não foi o principal fator impeditivo para a cobertura vacinal.

A vacina contra a COVID-19 é o único fenômeno que teve o maior efeito no controle da pandemia. A aceitação da vacina foi essencial para uma introdução eficaz. Entre junho e julho de 2021, 80 por cento da população em 24 países da ALC pretendiam se vacinar contra a COVID-19 (The World Bank group, 2021^[11]).

Com base em uma amostra representativa de usuários do Facebook, Figura 1.19 mostra como os países da OCDE, em média, alcançaram todas as pessoas que estavam dispostas a tomar a vacina contra a COVID-19 em dezembro de 2020 após um ano. Na ALC, esse nível foi atingido três meses depois, em março de 2022. No entanto, há uma grande heterogeneidade na eficácia da introdução da vacina que não é explicada pela hesitação vacinal. Em 11 países, o número de pessoas que recebeu pelo menos uma dose da vacina foi maior do que a proporção da população que havia manifestado vontade de ser vacinada 12 a 15 meses antes. Isso comprova o impacto de campanhas eficazes de comunicação e persuasão por parte das autoridades de saúde. Mais dois países (Nicarágua e Costa Rica) conseguiram atingir o mesmo nível de cobertura de pessoas dispostas a tomar a vacina. Por outro lado, Haiti, Paraguai, Bolívia, Honduras, Salvador, Guatemala e México não foram capazes de alcançar toda a população que desejava ser vacinada contra a COVID-19, e vários desses países tinham altos níveis de excesso de mortes.

Figura 1.19. A maioria dos países administrou efetivamente a hesitação vacinal

Proporção de pessoas dispostas a tomar a vacina contra a COVID-19 em 2020 e proporção de pessoas com pelo menos uma dose da vacina



Nota: Dados sobre a disposição de tomar a vacina extraídos de uma amostra representativa de usuários do Facebook. A disposição para tomar a vacina é considerada entre os entrevistados que definitiva ou provavelmente optaram por se vacinar caso a vacina contra a COVID-19 lhes fosse oferecida, dentre os entrevistados que não foram vacinados.

Fonte: Aceitação da vacina conforme dados do Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland e do Facebook (2020^[14]), Global COVID-19 Trends and Impact Survey, em parceria com o Facebook, <https://covidmap.umd.edu/>. Taxa de vacinação de Mathieu et al. (2021^[17]), *A global database of COVID-19 vaccinations*, <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>, disponível em Ritchie et al. (2020^[68]), "Pandemia de Coronavírus (COVID-19)", Nosso Mundo em Dados, <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

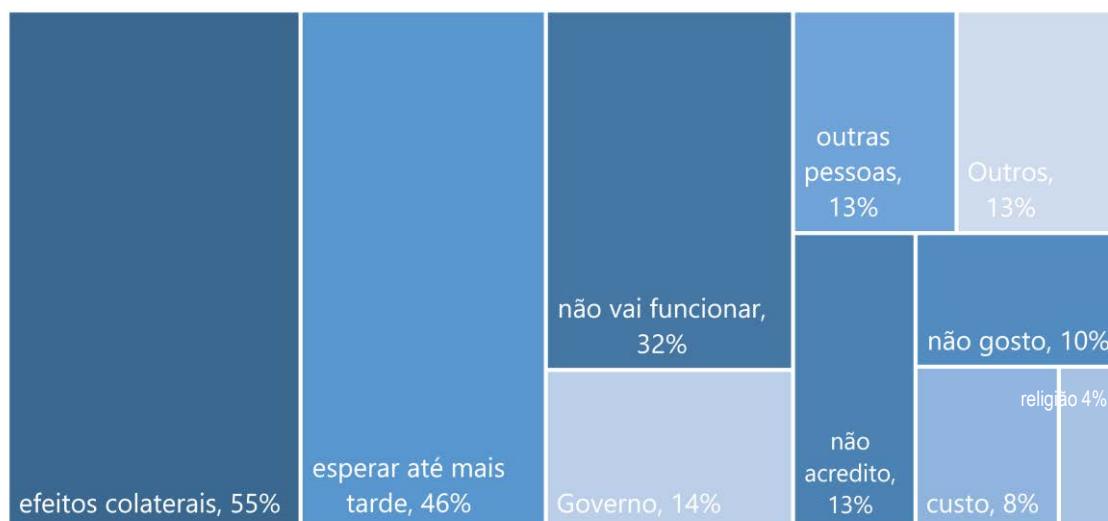
StatLink <https://stat.link/3cs84q>

Os fatores de hesitação vacinal são diversos (Figura 1.20). Com base na mesma amostra de usuários do Facebook (The University of Maryland Social Data Science Center & Facebook, 2020^[14]), dos entrevistados da América Latina e do Caribe que hesitavam em tomar a vacina contra a COVID-19, 55 por cento apontaram para preocupações sobre possíveis efeitos colaterais como o motivo de sua hesitação. Embora tenham sido detectados alguns efeitos da vacina contra a COVID-19, pesquisas realizadas após mais de um ano e meio da sua implementação em massa concluíram que os benefícios superam os riscos por uma margem significativa. Além disso, 46 por cento dos entrevistados hesitantes disseram querer esperar para ver se a vacina era segura e que poderiam tomá-la mais tarde. Finalmente, 32 por cento dos entrevistados que relataram estar hesitantes não achavam que a vacina era eficaz. Todas as três principais razões por trás da hesitação vacinal podem ser substancialmente superadas por campanhas de comunicação eficazes e que divulguem as pesquisas mais recentes sobre a segurança e a eficácia da vacina contra a COVID-19.

Outros fatores importantes da hesitação vacinal estão relacionados à confiança no governo (14 por cento), confiança na vacina (13 por cento), influência de terceiros (13 por cento) e não gostar da vacina (10 por cento) (Figura 1.20). As pessoas confiam mais nos órgãos de saúde internacionais (Organização Mundial da Saúde) e locais quando se trata de vacinas contra a COVID-19 (Figura 1.21 Na ALC, a parcela média da população que confia nessas instituições é de cerca de 70 por cento, enquanto na OCDE esse percentual é de apenas 53 por cento. Por outro lado, apenas 40 por cento e 26 por cento dos entrevistados na ALC e na OCDE confiam nos políticos no que se refere à vacinação. Os dados sugerem que a especialização no assunto é um fator importante da confiança na vacinação, o que é positivo para a gestão da saúde da população em situação de crise. No entanto, o nível de confiança em relações sociais mais próximas e entre parentes é significativamente mais alto na ALC do que na média da OCDE - 63 por cento dos entrevistados da ALC confiam nas opiniões de seus familiares sobre a vacina contra a COVID-19, em comparação a apenas 40 por cento na OCDE. Altos níveis de confiança em pessoas que não são especialistas no assunto abrem espaço para a disseminação da desinformação. Por exemplo, 8 por cento dos entrevistados na ALC em meados de 2021 achavam que as máscaras não eram necessárias após a vacinação. Houve alguma variabilidade entre os países da ALC a esse respeito - de 5 por cento na Bolívia, Brasil e Chile, a 12 por cento no Haiti.

Figura 1.20. A hesitação vacinal foi motivada principalmente pelos efeitos colaterais

Razões para a hesitação dos entrevistados em tomar a vacina contra a COVID-19, dentre os entrevistados que não querem se vacinar ou ainda não se decidiram sobre a vacinação, 2021



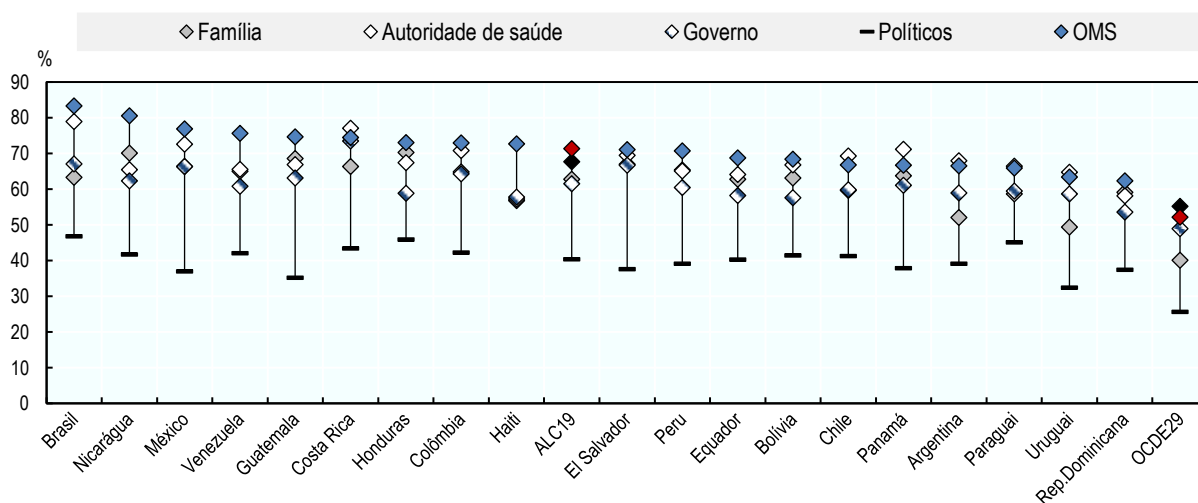
Nota: Os dados são uma amostra representativa de usuários do Facebook. Foi possível escolher mais de um motivo.

Fonte: Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland e Facebook, (2020_[14]), *Global COVID-19 Trends and Impact Survey*, em parceria com o Facebook, <https://covidmap.umd.edu/>.

StatLink  <https://stat.link/qhzo>

Figura 1.21. Especialistas geram confiança na vacina contra a COVID-19

Proporção de entrevistados com maior probabilidade de se vacinar por recomendação de partes interessadas, dezembro de 2020



Nota: Os dados são uma amostra representativa de usuários do Facebook.

Fonte: Centro de Ciência de Dados Sociais da Universidade de Maryland e Facebook, (2020_[14]), *Global COVID-19 Trends and Impact Survey*, em parceria com o Facebook, <https://covidmap.umd.edu/>.

StatLink  <https://stat.link/hza8xj>

1.5. Componentes estruturais ditaram a capacidade de resposta dos países

A preparação inicial dos países da ALC para a pandemia apresentava grave desvantagem quando comparada a outros países da OCDE. Altos níveis de desigualdade e informalidade reduziram a capacidade da população de aderir às medidas de saúde pública, e aqueles sem acesso à proteção social e cobertura de saúde enfrentaram barreiras adicionais para receber atendimento médico quando necessário. A região também tem um alto percentual de pessoas vivendo em moradias inadequadas ou assentamentos informais, o que as torna mais vulneráveis ao vírus. Embora esses temas não sejam analisados em profundidade neste capítulo, os Capítulos 3 a 9 desta publicação apresentam uma caracterização abrangente dos sistemas de saúde da ALC. Em vez disso, nos concentramos nas principais características de linha de base que influenciaram o nível de excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19.

1.5.1. Sistemas de saúde com poucos recursos exacerbaram o desafio da COVID-19

Os países da América Latina e do Caribe tinham características estruturais muito diferentes no início da pandemia. Algumas dessas características estão altamente associadas ao excesso de mortes durante a pandemia; outras, não. Não há padrões claros entre o nível de saúde nos países da ALC (ver Capítulo 3) antes da pandemia e o excesso de mortes entre 2020 e 2021. Contrariando o senso comum, há uma forte associação entre países com população mais idosa (ver Capítulo 9 – Figura 9.1) e melhor desempenho em excesso de mortes, o que se explica, em grande parte, pela renda per capita, associada tanto ao envelhecimento quanto à capacidade de responder melhor à pandemia. Em contraste, o nível de recursos disponíveis no sistema de saúde se comporta como esperado, com países mais bem equipados apresentando melhor desempenho em termos de excesso de mortes, embora os níveis de recursos sejam inferiores à média da OCDE.

Os gastos em saúde per capita na ALC são muito inferiores à média da OCDE de 3.999 pela PPC em US\$ (ver Capítulo 6 – Figura 6.1). A média da ALC foi de 1,155 pela PPC em US\$, 28 por cento da média da OCDE. Esses baixos níveis de gasto total em saúde podem sinalizar por que os sistemas de saúde da região dispunham de poucos recursos e estavam menos preparados para enfrentar os desafios da crise de COVID-19. Há uma forte associação entre maiores gastos em saúde per capita e baixo nível de excesso de mortes. Em sete dos nove países no grupo de melhor desempenho, os gastos em saúde per capita foram superiores a 1.500 pela PPC em US\$ (com exceção da Venezuela e Jamaica). Por outro lado, nos seis países com os maiores números de mortes em excesso na região, a despesa média em saúde foi de 781 pela PPC em US\$, com o México na primeira posição (1.117 pela PPC em US\$) e São Vicente e Granadinas na última (620 pela PPC em US\$).

Os sistemas de saúde na ALC se beneficiariam não apenas de mais gastos, mas também de gastos melhores. De fato, a ineficiência nos gastos é um problema importante na região, especialmente nas áreas de atendimento clínico, operacional e de governança, dificultando o caminho para a cobertura universal de saúde (OECD/The World Bank, 2020^[69]). Durante a crise de COVID-19, a ineficiência contínua nos gastos exacerbou a falta de gastos em saúde, dificultando a capacidade dos sistemas de saúde da região de realocar recursos escassos para aumentar a força de trabalho e os recursos de saúde.

1.5.2. A capacidade de prestar serviços de atenção à saúde foi um gargalo na estratégia contra a COVID-19

A ALC também fica atrás da média da OCDE em termos de densidade da força de trabalho na saúde. Em média, a ALC tem 2,15 médicos por mil habitantes (segundo os dados mais recentes de 2017-2021) (ver Capítulo 8 – Figura 8.1). A média da OCDE nesse período foi de 3,6 (68 por cento a mais). Como visto em 1.4.2, melhor desempenho em termos de excesso de mortes, a densidade de médicos foi maior que nos países que não tiveram um desempenho tão bom. A associação com o número de profissionais de enfermagem segue na mesma direção (ver Capítulo 8 – Figura 8.4), mas a correlação é mais fraca, pois os países com o menor número de profissionais de enfermagem por mil habitantes estão situados no grupo intermediário – ou seja, com excesso de mortes acima da média da OCDE, mas abaixo da média da ALC.

Apenas três países da ALC têm mais leitos hospitalares por mil habitantes do que a média da OCDE (ver Capítulo 5 – figura 5.7). São eles: Barbados (5,8), Cuba (5,2) e Argentina (5,0), em comparação à média da OCDE de 4,3. Esses três países apresentaram forte desempenho em termos de excesso de mortes durante 2020 e 2021. Da mesma forma, nos países com alto nível de excesso de mortes, normalmente o número de leitos hospitalares é menor do que a média da ALC (2,1 por mil habitantes), como no Peru (1,6), Bolívia (1,1), México (1,4), Equador (1,5), Guiana (1,6) e Colômbia (1,7).

Curiosamente, alguns países com números semelhantes de leitos hospitalares por mil habitantes apresentaram desempenhos diferentes em excesso de mortes. Embora tenham uma taxa semelhante de leitos hospitalares, países como, por exemplo, Uruguai (2,8), Panamá (2,3), Chile (2,1), Bahamas (2,9) e Brasil (2,3) apresentaram grandes diferenças no número de excesso de mortes, indicando que a eficiência da gestão de leitos hospitalares também desempenhou um papel fundamental. Essa tendência se repete quando se leva em conta a capacidade de leitos de UTI (OECD/The World Bank, 2020^[69]). Entre os países com baixos níveis de excesso de mortes, Uruguai (19,9 leitos) e Argentina (18,7 leitos) têm um número de leitos de UTI por 100 mil habitantes maior do que a média de 22 países da OCDE (12 leitos) para os quais há dados disponíveis. No entanto, Chile (7,3 leitos) e Costa Rica (2,7 leitos), países que também contabilizam um número baixo de excesso de mortes, têm uma capacidade consideravelmente menor. Por outro lado, o Brasil (20,6 leitos), Colômbia (10,5 leitos) e Paraguai (10,3 leitos) apresentam níveis superiores ou semelhantes à média de 22 países da OCDE, mas níveis mais altos de excesso de mortes. Por fim, três países com excesso de mortes acima da média da ALC - Equador (6,9 leitos), México (3,3 leitos) e Peru (2,9 leitos) - têm baixa capacidade de leitos de UTI (OECD/The World Bank, 2020^[69]).

1.6. Discussão

Embora haja uma variação substancial no desempenho dos países da ALC ao longo das variáveis estudadas no capítulo, existem padrões claros entre desempenho no nível de processo e estrutura e o excesso de mortes. A avaliação aponta para um menor excesso de mortes relacionado tanto à implementação efetiva quanto à abrangência da resposta, junto com intervenções para solucionar as fragilidades identificadas na capacidade de resposta e nas características estruturais.

Tabela 1.4 reúne o desempenho dos países em excesso de mortes com as principais variáveis que resumem a resposta à pandemia, a capacidade de resposta dos sistemas e as características estruturais que afetam a capacidade de resposta. A predominância da cor verde no topo da figura mostra que uma resposta abrangente à pandemia, com desempenho acima da média na maioria das categorias, foi associada consistentemente a níveis mais baixos de excesso de mortes. Do outro lado do espectro, países com o maior número de excesso de mortes exibem diversas variáveis nas quais figuram entre os de pior desempenho na região. Nesses países, um desempenho inferior nessas áreas tornou esses fatores no sistema de saúde fracos o suficiente para que a COVID-19 interrompesse gravemente os atendimentos e reduzisse a eficácia das medidas de saúde pública. No entanto, o baixo desempenho em algumas áreas não foi, necessariamente, um ponto fraco no enfrentamento da pandemia. Os países que reconheceram suas deficiências e implementaram intervenções para resolvê-las apresentam níveis mais baixos de excesso de mortes. Por exemplo, embora no Chile e na Costa Rica o número de leitos hospitalares estivesse perto ou abaixo do número médio, ambos enfrentaram esse desafio com a gestão centralizada das capacidades hospitalares, incluindo prestadores privados, e com base na triagem e avaliação de risco.

Além disso, a abrangência na resposta à pandemia reforçou a implementação eficaz das medidas de saúde pública. Os países com menor excesso de mortes integraram as necessidades da população e implementaram políticas complementares para mitigar os efeitos sanitários e socioeconômicos da resposta à COVID-19. Isso minimizou o custo social da pandemia e permitiu aos países vincular o rigor de suas medidas de saúde pública às ondas de infecção e à capacidade ociosa de seu sistema de saúde. Quando, em 2021, o foco da resposta à pandemia mudou para a vacinação em massa, os países que complementaram uma rápida introdução da vacina com campanhas de informação aumentaram a eficácia da medida ao amenizar a incerteza pública e aumentar a aceitação da vacina. Na mesma linha, os países que sofreram interrupções nos serviços de saúde com a coordenação centralizada dos recursos de saúde e uma forte dependência dos sistemas de atenção primária para a promoção, prevenção (incluindo vacinação), tratamento e acompanhamento da COVID-19 conseguiram pôr fim ao ciclo vicioso de interrupções no sistema de saúde e excesso de mortes.

Valores atípicos e contraintuitivos em grupos de alto e baixo desempenho esclarecem a discussão sobre as muitas outras possíveis variáveis que influenciam o efeito da pandemia. A Venezuela e a Jamaica tiveram um bom desempenho em termos de excesso de mortes, mas inferior ao da maior parte dos países na maioria das variáveis selecionadas na Tabela 1.4. No entanto, esses países adotaram medidas de contenção relativamente rigorosas e aumentaram ainda mais o rigor em 2021 em comparação a 2020. Aliados ao isolamento imposto pelo contexto econômico e político da Venezuela e à geografia da Jamaica, esses fatores pareciam ter sido especialmente eficazes em mitigar a propagação do vírus. Outros países insulares do Caribe com baixos níveis de excesso de mortes podem ter se beneficiado do mesmo efeito. O caso da Venezuela precisa ser interpretado com cautela, porque em outras contagens de excesso de mortes (Wang et al., 2022^[20]) o país aparece com excesso de mortes acima da média da ALC. Isso pode indicar que o país não estava tão efetivamente isolado quanto se pensava inicialmente.

Tabela 1.4. Respostas abrangentes à pandemia conseguiram minimizar os óbitos

Painel de desempenho da pandemia, variáveis selecionadas

País	Excesso de mortes 2020-21	Índice de Contenção, Segundo trimestre de 2021	Assistência financeira durante a pandemia	População totalmente vacinada até o 3º trimestre de 2021	Pessoas que sabem como tomar a vacina em 2021	Interrupção dos serviços em 2020	Gasto total com saúde per capita em 2019	Leitos hospitalares	Número de médicos
	Taxa por 100 mil habitantes	Índice de Contenção (0-100)	Proporção de domicílios	Proporção da população	Proporção da população	Proporção de pessoas com atendimentos perdidos	PPC em US\$	Número por mil habitantes	Número por mil habitantes
Venezuela	78	87		12%			385	0.8	1.7
Uruguai	89	69	37%	68%	96%		2145	2.8	4.9
Jamaica	121	73	40%	6%	46%		598	1.7	0.5
Trinidad e Tobago	145			15%			1835	3.0	4.5
Cuba	160	78		28%			2548	5.2	8.4
Panamá	176	63	74%	29%	61%		2491	2.3	1.6
Costa Rica	189	60	44%	24%	59%	6%	1556	1.1	3.3
Argentina	198	79	21%	27%	84%	11%	2199	5.0	4.0
Chile	202	82	47%	66%	95%	12%	2297	2.1	2.8
Bahamas	254			20%			2228	2.9	1.9
El Salvador	262	27	62%	34%	77%	18%	782	1.3	2.9
Guatemala	273	51	30%	5%	43%	13%	529	0.6	1.2
Paraguai	276	55	47%	13%	61%	20%	950	1.3	1.1
Brasil	319	63	52%	25%	15%		1451	2.3	2.2
Colômbia	323	68	26%	25%	55%	16%	1293	1.7	2.3
Guiana	356	61	78%	19%	76%		674	1.6	1.4
St. Vincent e o G.	446			43%			620		0.0
Equador	455	67	19%	29%	31%	28%	935	1.5	2.2
México	483	45	16%	24%	78%	5%	1117	1.4	2.4
Bolívia	749	28	42%	17%	49%	32%	631	1.1	1.0
Peru	873	77	9%	21%	41%	31%	712	1.6	1.4

Nota: Os códigos de cores apresentam uma escala de percentil em cada coluna. Vermelho representa o desempenho mais baixo (percentil 95), amarelo representa o desempenho mediano (percentil 50) e verde é o melhor desempenho (percentil 5) dos países na tabela. Entre os países com excesso de mortes abaixo da média da OCDE, apenas os selecionados na Seção 1.2 são apresentados.

Fonte: Elaborado com base nas figuras (ordenadas por coluna) 1, 9 (TR2-2021), 11, 13 (TR3-2021), 14 (Nacional), 23 (Nacional 2020) deste capítulo, mais o Capítulo 6, Figura 6.1 e Capítulo 8, Figuras 8.1 e 8.4.

O México, por outro lado, apresenta o terceiro maior número de mortes em excesso na região (quarto na estimativa de mortes em excesso de acordo com (Wang et al., 2022^[20])), mas desempenho médio ou melhor do que a média na maioria das variáveis selecionadas na Tabela 1.4. No entanto, embora não analisado extensivamente neste capítulo, o México tem alta prevalência de fatores de risco importantes para COVID-19, a saber: obesidade e prevalência de condições crônicas (ver Capítulos 3 e 4). Além disso, ainda persistem problemas sérios com a fragmentação da assistência e o acesso universal aos serviços decorrentes da transição iniciada em 2018, com a extinção do "Seguro Popular" e a criação do novo programa universal de saúde (OECD, 2022^[39]). Características dos sistemas de saúde como essa última não foram amplamente examinadas neste capítulo devido à falta de indicadores consistentes e comparáveis para a região, mas podem ter uma influência importante no efeito da pandemia. Em particular, a fragmentação de sistemas, sistemas de informação para controle epidemiológico e coordenação de cuidados, bem como gestão da cadeia de abastecimento médico, parecem ter tido um efeito importante e foram uma parte central da resposta dos países à pandemia (OECD, 2023^[38]). Além disso, enquanto a resposta emergencial dos países da ALC foi gerenciada principalmente no nível central de governança, a implementação das ações de resposta, juntamente com a preparação básica do sistema de saúde, dependeu em grande medida dos governos subnacionais. Seguindo a responsabilidade compartilhada dos governos centrais e subnacionais pelo planejamento, financiamento e prestação de atenção à saúde, pesquisas futuras que estudem os determinantes de uma resposta eficaz a emergências devem explorar a coordenação e o desempenho desses níveis de governança (e também entre eles).

1.6.1. Lições aprendidas para melhorar a resiliência do sistema de saúde na ALC

Combinando as lições deste capítulo e recomendações extensivamente estudadas para aumentar a resiliência do sistema de saúde (OECD, 2023^[38]; Herrera et al., 2022^[2]; OECD, 2022^[39]), destacamos considerações importantes e de particular interesse para aumentar a resiliência do sistema de saúde nos países e temas examinados neste capítulo, da seguinte forma:

- **Promover a prontidão para emergências:** melhorar a coordenação entre prestadores (públicos e privados) e viabilizar a coordenação centralizada em situações de emergência. Introduzir (ou fortalecer) mecanismos para a liberação rápida de fundos de emergência. Elaborar planos abrangentes de resposta que consideram as necessidades e perspectivas das comunidades locais, os custos socioeconômicos das medidas de saúde pública, a saúde mental da população, as barreiras e desigualdades no acesso a cuidados e a importância de manter os serviços essenciais de saúde.
- **Promover o recrutamento da força de trabalho e fortalecer a atenção primária:** as limitações da força de trabalho se revelaram um importante fator restritivo na pandemia. Empoderar as forças de trabalho da saúde para prestar cuidados de qualidade e abrangentes pode maximizar a capacidade da equipe. Ao mesmo tempo, um sistema de atenção primária à saúde minimizou as interrupções nos cuidados de saúde e acelerou a implementação de medidas de saúde pública (vacinação).
- **Promover a governança, a confiança e a coleta de dados:** as estruturas de governança devem integrar uma abordagem de toda a sociedade para enfrentar choques tão graves quanto a pandemia de COVID-19. A confiança é necessária para que a governança seja eficaz, e tanto campanhas de comunicação quanto a tomada de decisões precisas podem fortalecer a confiança no governo. A coleta de dados e os sistemas de informação são (e continuarão sendo) essenciais para subsidiar a formulação precisa de políticas e a gestão da saúde da população em choques futuros.
- **Promover a saúde da população e abordar as desigualdades na saúde:** exaustivamente discutidas nos Capítulos 3 a 9 desta publicação, a saúde e a atenção à saúde na ALC apresentam várias deficiências em comparação a outros países da OCDE. Abordar riscos de saúde como a obesidade e determinantes mais amplos da saúde precária - como pobreza, saneamento e desemprego - é fundamental para melhorar a prontidão para o próximo choque. Além disso, dadas as importantes interrupções nos serviços de saúde durante a pandemia, devem ser adotadas estratégias de gestão para evitar interrupções de serviços no futuro e o consequente agravamento das condições sanitárias.

Referências

- Amarante, V. (2022), "Fortalecimiento de los sistemas de protección social de la región: aprendizajes a partir de la pandemia de COVID-19", *Documentos de Proyectos*, CEPAL, <https://hdl.handle.net/11362/47830>. [57]
- Antiporta, D. and A. Bruni (2020), "Emerging mental health challenges, strategies, and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic: Perspectives from South American decision-makers", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 44, p. 1, <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.154>. [51]
- Arsenault, C. et al. (2022), "COVID-19 and resilience of healthcare systems in ten countries", *Nature Medicine* 2022 5, pp. 1-11, <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01750-1>. [41]
- Bermudi, P. et al. (2021), "Spatiotemporal ecological study of COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil: Shifting of the high mortality risk from areas with the best to those with the worst socio-economic conditions", *Travel Medicine and Infectious Disease*, Vol. 39, p. 101945, <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101945>. [29]
- Bernabe-Ramirez, C. et al. (2022), "HOLA COVID-19 Study: Evaluating the Impact of Caring for Patients With COVID-19 on Cancer Care Delivery in Latin America", *JCO Global Oncology* 8, <https://doi.org/10.1200/go.21.00251>. [45]
- Bilal, U., T. Alfaro and A. Vives (2021), "COVID-19 and the worsening of health inequities in Santiago, Chile", *International Journal of Epidemiology*, Vol. 50/3, pp. 1038-1040, <https://doi.org/10.1093/ije/dyab007>. [31]

- Borges, F. et al. (2020), "Impact of the COVID-19 pandemic in patient admission to a high-complexity cancer center in Southern Brasil", *Revista da Associação Médica Brasileira*, Vol. 66/10, pp. 1361-1365, <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.10.1361>. [50]
- Cabieses et al. (2020), "Migrantes venezolanos frente a la pandemia de COVID-19 en Chile: factores asociados a la percepción de sentirse preparado para enfrentarla", *Notas de Población*, No. 111, CEPAL, <https://hdl.handle.net/11362/46554>. [35]
- Carinci, F. et al. (2015), "Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators", *International Journal for Quality in Health Care*, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv004>. [6]
- CCSS (2020), *Effects on health services*, <https://www.ccss.sa.cr/>. [44]
- CCSS (2020), *Informe de resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 y monitoreo 2020*, <https://www.binasss.sa.cr/informeservicios2019.pdf>. [64]
- Chávez Amaya, C. (2021), *Demanda asistencial de pacientes crónicos supera la capacidad de los servicios de salud* | Ojo Público, Ojo Público, <https://ojo-publico.com/3088/demanda-asistencial-de-pacientes-cronicos-supera-al-sistema-de-salud> (accessed on 27 May 2022). [47]
- Cho, M. and R. Levin (2022), "Implementación del plan de acción de recursos humanos en salud y la respuesta a la pandemia por la COVID-19", *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 46, p. 1, <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.52>. [65]
- Di Gennaro, F. (ed.) (2021), "On the analysis of mortality risk factors for hospitalized COVID-19 patients: A data-driven study using the major Brazilian database", *PLOS ONE*, Vol. 16/3, p. e0248580, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248580>. [25]
- Di Paolantonio, G. (2020), "Fostering resilience in the post-COVID-19 health systems of Latin America and the Caribbean", in *Shaping the COVID-19 Recovery: Ideas from OECD's Generation Y and Z*, OECD, Paris, <https://www.oecd.org/about/civil-society/youth/Shaping-the-Covid-19-Recovery-Ideas-from-OECD-s-Generation-Y-and-Z.pdf>. [55]
- Donabedian, A. (1988), "The quality of care. How can it be assessed?", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol. 260/12, pp. 1743-1748, <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>. [5]
- Dong, E., H. Du and L. Gardner (2020), "An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time", *The Lancet Infectious Diseases*, Vol. 20/5, pp. 533-534, [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30120-1). [13]
- Doubova, S. et al. (2021), "Disruption in essential health services in Mexico during COVID-19: an interrupted time series analysis of health information system data", *BMJ global health*, Vol. 6/9, <https://doi.org/10.1136/BMJGH-2021-006204>. [42]
- ECLAC (2022), *The sociodemographic impacts of the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean*, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, <https://hdl.handle.net/11362/47923>. [3]
- ECLAC (2021), "Estadísticas e indicadores", *CEPALSTAT Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas*, https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?indicator_id=4409&area_id=2313&lang=es. [16]
- ECLAC/CEPAL (2022), "Suriname", in *Economic Survey of Latin America and the Caribbean 2022*, CEPAL, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48078/10/ES2022_Suriname_en.pdf. [59]
- ECLAC/PAHO (2021), *The prolongation of the health crisis and its impact on health, the economy and social development*, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, <https://hdl.handle.net/11362/47302>. [28]

- Gebhard, C. et al. (2020), "Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe", *Biology of Sex Differences*, Vol. 11/1, <https://doi.org/10.1186/s13293-020-00304-9>. [24]
- Herrera, C. et al. (2022), *Building Resilient Health Systems in Latin American and the Caribbean: Lessons Learned from the COVID-19 Pandemic*, World Bank, Washington DC, <http://documents.worldbank.org/curated/en/099805001182361842/P1782990d657460cb0a2080ac0048f8b98f>. [2]
- Huang, B. et al. (2021), "Sex-based clinical and immunological differences in COVID-19", *BMC Infectious Diseases*, Vol. 21/1, <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06313-2>. [23]
- IHME, 2021 (2021), *Global Burden of Disease Study 2019*, Institute for Health Metrics and Evaluation, Seattle, United States, <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>. [22]
- IMF (2021), *Database of Country Fiscal Measures in Response to the COVID-19 Pandemic*, International Monetary Fund, <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Fiscal-Policies-Database-in-Response-to-COVID-19>. [60]
- INEI (2021), *Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2020*, https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1796/ (accessed on 31 May 2022). [43]
- Kuehn, B. (2021), "Despite Improvements, COVID-19's Health Care Disruptions Persist", *JAMA*, Vol. 325/23, p. 2335, <https://doi.org/10.1001/jama.2021.9134>. [37]
- LeRouge, C. et al. (2019), "Health System Approaches Are Needed To Expand Telemedicine Use Across Nine Latin American Nations", *Health Affairs*, Vol. 38/2, pp. 212-221, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05274>. [63]
- Macchia, A. et al. (2021), "COVID-19 among the inhabitants of the slums in the city of Buenos Aires: a population-based study", *BMJ Open*, Vol. 11/1, p. e044592, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044592>. [30]
- Maier, C., L. Aiken and R. Busse (2017), "Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation", *OECD Health Working Papers*, No. 98, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a8756593-en>. [66]
- Mathieu, E. et al. (2021), "A global database of COVID-19 vaccinations", *Nature Human Behaviour*, Vol. 5/7, pp. 947-953, <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01122-8>. [17]
- Migration data portal (2022), *Datos sobre migración relevantes para la pandemia de COVID-19*, <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/datos-sobre-migracion-relevantes-para-la-pandemia-de-covid-19> (accessed on 4.08.2022). [34]
- MINSA (2021), *Boletín Epidemiológico del Perú 2021 - Volume 30-SE24*, https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202124_23_145452.pdf (accessed on 27 May 2022). [46]
- Morgan, D. et al. (2020), "Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19", *OECD Health Working Papers*, No. 122, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/c5dc0c50-en>. [21]
- Nepogodiev, D. et al. (2022), "Projecting COVID-19 disruption to elective surgery", *The Lancet*, Vol. 399/10321, pp. 233-234, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02836-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02836-1). [52]
- NU. CEPAL/German Agency for International Cooperation (2021), *The impact of COVID-19 on indigenous peoples in Latin America (Abya Yala): Between invisibility and collective resistance*, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, <https://hdl.handle.net/11362/46698>. [33]
- OECD (2023), *Inflation (CPI)* (indicator), <https://doi.org/10.1787/eee82e6e-en> (accessed on 17 February 2023). [58]

- OECD (2023), *Ready for the Next Crisis? Investing in Resilient Health Systems*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/1e53cf80-en>. [38]
- OECD (2022), *OECD Health Statistics*, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>. [18]
- OECD (2022), *Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/743e6228-en>. [39]
- OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>. [27]
- OECD (2021), *Primary Health Care in Brazil*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/120e170e-en>. [67]
- OECD (2020), "Flattening the COVID-19 peak: Containment and mitigation policies", *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e96a4226-en>. [54]
- OECD (2020), *SIGI 2020 Regional Report for Latin America and the Caribbean*, Social Institutions and Gender Index, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/cb7d45d1-en>. [36]
- OECD/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/6089164f-en>. [69]
- OIT/ILO (2021), *Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina*, Organización Internacional del Trabajo, https://www.ilo.org/lima/publicaciones/WCMS_768040/lang-es/index.htm. [62]
- OPS/PAHO (2021), *Resultados de salud desglosados por sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. De enero del 2020 a enero del 2021*, Organización Panamericana de la Salud, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53603>. [4]
- Oxford COVID-19 Government Response Tracker (2022), , <https://ourworldindata.org/grapher/covid-containment-and-health-index> (accessed on 1 August 2022). [15]
- Pacheco, J. et al. (2021), "Gender disparities in access to care for time-sensitive conditions during COVID-19 pandemic in Chile", *BMC Public Health*, Vol. 21/1, <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11838-x>. [40]
- PAHO (2021), *EU CARIFORUM Climate Change and Health Project*, <https://www.paho.org/en/eu-cariforum-climate-change-and-health-project>. [26]
- Restrepo, J., D. Palacios and J. Espinal (2022), "Gasto en salud durante la pandemia por covid-19 en países de América Latina", Grupo de Economía de la Salud, <https://www.andi.com.co/Uploads/Documento%20de%20Trabajo%20Gasto%20en%20salud%20y%20covid-19.pdf>. [56]
- Ritchie, H. et al. (2020), *Coronavirus Pandemic (COVID-19)*, <https://ourworldindata.org/coronavirus>. [68]
- Superintendencia de Salud (2022), *Casos GES (AUGE) acumulados a diciembre de 2021 - Biblioteca digital. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile.*, <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-20904.html> (accessed on 7 July 2022). [49]
- SUS (2022), *Open Data SUS*, Sistema Único de Saúde, Brazil, <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/srag-2021-e-2022>. [32]
- The Economist (2020), "Covid-19 Flattening the curve", *The Economist*, Vol. Vol. 434/No. 9183 - It's going global. [53]
- The University of Maryland Social Data Science Center & Facebook (2020), *The University of Maryland Social Data Science Center Global COVID-19 Trends and Impact Survey, in partnership with Facebook*, <https://covidmap.umd.edu/> (accessed on 23 August 2022). [14]

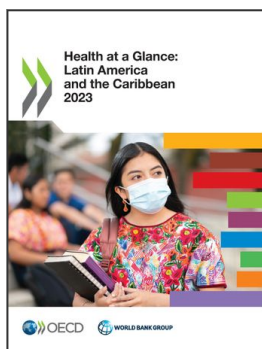
- The University of West Indies (2022), *Climate Change and Health Leaders Fellowship Program*, [12]
<https://sta.uwi.edu/cchsr/empowering-caribbean-action-climate-and-health-each>.
- The World Bank group (2021), *Covid-19 High-Frequency Monitoring Dashboard*, [11]
<https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard>.
- UN (2022), *World Population Prospects 2022: Summary of Results*, [19]
<https://www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Prospects-2022>.
- Wang, H. et al. (2022), “Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21”, *The Lancet*, Vol. 399/10334, pp. 1513-1536, [20]
[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02796-3).
- WHO (2022), *Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates)*, [7]
<https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>.
- WHO (2022), *Global tuberculosis report 2022*, World Health Organization, Geneva, [1]
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363752>.
- WHO (2022), “Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic”, *World Health Organization, Geneva*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527> (accessed on 4 July 2022). [8]
- WHO (2021), *Role of primary care in the COVID-19 response*, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>. [61]
- WHO (2021), *WHO Coronavirus (COVID-19) detailed surveillance data dashboard*, World Health Organization, [9]
<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrJoiYWRiZWVhbnVtNmM0Ni00MDAwLTljYWMTN2EwNTM3YjQzYmRmlwiwCI6ImY2MTBjMG13LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCI6ImMiOj9>.
- WHO (2020), *Peru*, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf> (accessed on 27 May 2022). [48]
- WHO (2020), *Vector-borne diseases*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases>. [10]

Notas

¹ A lista completa dos países incluídos pode ser encontrada no prefácio.

² Países com dados disponíveis: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras e México.

³ A cobertura vacinal reflete a porcentagem de crianças com um ano de idade que recebem a dose final da série primária de imunização no respectivo programa de vacinação no período recomendado (Capítulo 7).



From:

Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023

Access the complete publication at:

<https://doi.org/10.1787/532b0e2d-en>

Please cite this chapter as:

Larrain, Nicolas, *et al.* (2023), “O impacto da pandemia de COVID-19 nos sistemas de saúde da América Latina e Caribe”, in OECD/The World Bank, *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/8251ba81-pt>

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.