



O IMPACTO DA COVID-19 NOS SERVIÇOS DE TRATAMENTO DE DISTÚRBIOS MENTAIS, NEUROLÓGICOS E RESULTANTES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

RESULTADOS DE UMA AVALIAÇÃO RÁPIDA NA REGIÃO AFRICANA

8 DE OUTUBRO DE 2020



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a África

O impacto da COVID-19 nos serviços de tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias: resultados de uma avaliação rápida na Região Africana

© Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2021

Reservados alguns direitos. Este trabalho está disponível sobre licença da Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Nos termos desta licença, este trabalho pode ser copiado, redistribuído e adaptado para fins não comerciais, desde que seja adequadamente citado, como indicado em baixo. Em qualquer utilização deste trabalho, não deverá haver qualquer sugestão de que a OMS apoia quaisquer organizações, produtos ou serviços específicos. A utilização do logótipo da OMS não é permitida.

Se o trabalho for adaptado, será preciso licenciar o novo trabalho sob a mesma licença ou equivalente da Creative Commons. Se for criada uma tradução deste trabalho, deverá ser acrescentada a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não se responsabiliza pelo conteúdo ou fidelidade desta tradução. A edição original em inglês será a edição vinculativa e legítima”.

Qualquer mediação relativa à resolução de litígios que possam surgir nos termos da licença será realizada ao abrigo das regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Sugestão de citação: O impacto da COVID-19 nos serviços de tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias: resultados de uma avaliação rápida na Região Africana. Organização Mundial da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados de Catalogação na Publicação (CIP). Os dados CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris>.

Vendas, direitos e licenciamento. Para comprar publicações da OMS, consulte <http://apps.who.int/bookorders>. Para apresentar pedidos de uso comercial, e dúvidas sobre direitos e licenciamento, consulte <http://www.who.int/about/licensing>.

Material de terceiros. Para a reutilização de material deste trabalho pertencente a terceiros, como quadros, figuras e imagens, cabe ao utilizador determinar se é necessária permissão para essa reutilização e obter a permissão do proprietário dos direitos autorais. O risco de incorrer em pedidos de indemnização por violação dos direitos de autor relativos a qualquer componente que seja propriedade de terceiros cabe exclusivamente ao utilizador.

Isenções gerais de responsabilidade. As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte da OMS, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

A menção de determinadas empresas e de certos produtos comerciais não implica que essas empresas e produtos sejam aprovados ou recomendados pela OMS, preferencialmente a outros, de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

A OMS tomou as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Todavia, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, nem explícita nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do referido material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a OMS ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

ÍNDICE

Agradecimentos	iv
Siglas e acrónimos	v
Resumo	vi
1. Introdução	1
2. Metodologia	3
3. Resultados	7
3.1 Resposta e coordenação da saúde mental e apoio psicossocial	7
3.1.1 O MHPSS como parte dos planos de resposta à COVID-19	8
3.1.2 Coordenação multissetorial do MHPSS	9
3.1.3 Composição da plataforma multissetorial de coordenação	10
3.2 Impacto no uso de serviços para o tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias	10
3.2.1 Inclusão dos serviços para o tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias na lista de serviços essenciais de saúde	11
3.2.2 Políticas para o acesso a serviços essenciais para o tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias	11
3.2.3 Acesso aos serviços na Região Africana, por contexto e categoria de serviço	12
3.2.4 Fase de transmissão e perturbações nos serviços	13
3.3 Perturbações nas intervenções/serviços relacionados com MNS devido à COVID-19	14
3.3.1 Nível de perturbação dos serviços de tratamento de MNS	14
3.3.2 Causas das perturbações nas intervenções/serviços relacionados com MNS	16
3.3.3 Perturbações, grupos de rendimento, restrições de viagens e disponibilidade de EPI	17
3.3.4 Abordagens para superar as perturbações na Região Africana	18
3.4 Vigilância e investigação relativas a distúrbios MNS durante a pandemia de COVID-19	20
3.4.1 Recolha de dados sobre distúrbios ou manifestações MNS	20
3.4.2 Études relatives à l'impact de la COVID-19 sur la santé mentale	20
4. Conclusão	23
Anexo 1: Lista de países participantes da Região Africana	24

AGRADECIMENTOS

O inquérito foi implementado pelo Departamento de Saúde Mental e de Consumo de Substâncias (MSD), Organização Mundial da Saúde, Genebra. As orientações e a conceptualização da avaliação rápida foram fornecidas por Dévora Kestel, Directora, MSD; Tarun Dua coordenou a implementação geral; e Fahmy Hanna e Jorge Castro lideraram a concepção do questionário, a gestão dos dados, a análise estatística e a preparação do relatório geral final.

Na Região Africana estamos especialmente agradecidos a Florence Baingana, Conselheira da OMS para a Região Africana para a Saúde Mental e Abuso de Substâncias e a todos os colegas na Equipa de Gestão das DNT, competentemente liderados pelo Professor Jean Marie Dangou (Chefe de Equipa) e Olivia Endzandza (Assistente Administrativa).

Por fim, agradecemos a todos os Estados-Membros que participaram na avaliação rápida, permitindo a análise e conclusão deste relatório.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AFR	Região Africana da OMS
AFRO	Escritório Regional da OMS para a África
RAM	Região das Américas da OMS
COVID-19	Doença por coronavírus 2019
DME	Região do Mediterrâneo Oriental da OMS
EUR	Região Europeia da OMS
IASC	Comité Permanente Interagências
EAIP	Equipa de Apoio Interpaíses
SMSPS	Saúde mental e apoio psicossocial
SMN	Distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias
MSD	Departamento de Saúde Mental e do Consumo de Substâncias da OMS
MNT	Doenças não transmissíveis
ONG	Organização não governamental
EPI	Equipamento de protecção individual
Banque mondiale	Banco Mundial
OMS	Organização Mundial da Saúde
WPR	Região do Pacífico Ocidental da OMS

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) identificou a saúde mental como uma componente essencial da resposta à COVID-19. A sua rápida avaliação da prestação de serviços para o tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias (MNS) durante a pandemia de COVID-19, que serviu de base ao presente relatório, é a primeira tentativa de medir o impacto da pandemia nesses serviços a nível mundial. Os dados foram recolhidos através de um inquérito *online* que foi respondido por pontos focais da saúde mental nos ministérios da saúde entre Junho e Agosto de 2020. O questionário contemplou a existência e o financiamento de planos de saúde mental e apoio psicossocial (MHPSS), a presença e composição das plataformas de coordenação de MHPSS, o grau de continuação e as causas de perturbações nos diferentes serviços de tratamento de MNS, as abordagens utilizadas para superar essas perturbações e os mecanismos de vigilância e a investigação sobre dados de MNS.

No total, 28 dos 47 Estados-Membros da Região Africana da OMS, ou 60%, submeteram respostas ao inquérito, comparado com 67% em todas as regiões da OMS. Os dados foram desagregados por região, grupos de rendimento e fase de transmissão da COVID-19. Foram realizadas análises adicionais aos dados específicos da Região Africana tendo em conta as variáveis seleccionadas.

Uma grande maioria dos países na Região Africana, 96% (27 dos 28 países participantes) contra 89% dos países participantes a nível mundial, indicaram que a resposta MHPSS fazia parte dos planos nacionais de resposta à COVID-19. No entanto, apenas 25% desses países (comparado com 17% a nível mundial) garantiram um financiamento adicional para o MHPSS, abrangendo todas as actividades.

Embora apenas 57% dos países participantes na Região Africana indicaram possuir uma plataforma de coordenação do MHPSS, 100% dessas plataformas incluíam os ministérios da saúde, comparado com 65% a nível mundial.

A continuidade de todos os serviços de tratamento de MNS foi incluída na lista de serviços essenciais de saúde dos planos nacionais de resposta à COVID-19 de 64% dos países africanos que responderam ao inquérito, comparado com 51% dos países participantes a nível mundial.

Para compreender as políticas governamentais sobre o acesso a um conjunto de serviços de tratamento de MNS, o estado de encerramento dos serviços existentes foi verificado em diferentes categorias e

contextos. Foram incluídos um total de 10 serviços para o tratamento de distúrbios MNS, como serviços de internamento e de ambulatório em hospitais psiquiátricos; unidades de internamento e de ambulatório de psiquiatria e neurológicas, assim como o tratamento de distúrbios resultantes do consumo de substâncias nos hospitais gerais; e serviços para o tratamento de distúrbios MNS nos cuidados de saúde primários, serviços residenciais, domiciliários e centros de dia a nível comunitário. Cerca de 17% dos países na Região Africana indicaram que todos os serviços estavam totalmente operacionais, enquanto 93% dos países a nível mundial indicaram perturbações num ou mais serviços para o tratamento de distúrbios MNS. Nenhum país indicou o total encerramento de todos os serviços.

A tendência para os tipos de serviços que apresentavam perturbações era variada. Na Região Africana, os serviços para o tratamento do consumo de substâncias e os serviços de saúde mental relacionados com a escola e os locais de trabalho eram os mais afectados. A nível mundial, os seguintes serviços sofriam perturbações: serviços de saúde mental relacionados com a escola e os locais de trabalho; serviços de saúde mental para os idosos e serviços de saúde mental para as crianças e adolescentes. Na Região Africana, houve indicação que os serviços de ambulatório e de internamento em hospitais psiquiátricos permaneceram em funcionamento em até 80% dos países participantes; os serviços de ambulatório e de internamento de serviços de tratamento de MNS nos hospitais gerais foram indicados como estando em funcionamento em 70% e 78% dos países participantes, respectivamente. Os serviços mais afectados eram as unidades de internamento para o tratamento do consumo de substâncias nos hospitais gerais e os serviços comunitários, embora tenha existido a indicação que ambos estavam totalmente operacionais em mais de 50% dos países participantes.

Os países foram também solicitados a indicarem as perturbações (completas ou parciais) que exigissem a prestação de intervenções MNS específicas. Para os propósitos do inquérito, perturbação completa foi definida como mais de 50% dos utentes não foram atendidos como normalmente e perturbação parcial como entre 5% e 50% dos utentes não foram atendidos como normalmente.

Uma descoberta surpreendente foi que os países participantes da Região Africana indicaram o seguinte como os serviços com menos perturbações: apoio psicológico e psicossocial (apenas 14% com perturbações completas), medicamentos essenciais para o tra-

tamento de MNS (14%) e serviços de emergência de MNS (18%). A situação era diferente a nível mundial, onde cerca de 30% dos países indicaram algumas perturbações na gestão de manifestações de MNS de emergência (incluindo *status epilepticus*, delírios e síndromes graves de abstinência de substâncias), assim como no abastecimento de medicamentos para pessoas com distúrbios MNS.

As seguintes situações foram identificadas como as principais causas de perturbações a nível mundial e regional: uma diminuição no volume de doentes em regime de ambulatório devido à falta de procura; restrições de viagens a limitar o acesso dos doentes às unidades de saúde; e uma redução no volume de internamentos devido ao cancelamento dos cuidados electivos.

Na Região Africana os factores do lado da oferta relacionados com a falta de recursos nos sistemas de saúde eram proeminentes. Estes incluíam funcionários em número insuficiente (46% na AFR vs. 32% a nível mundial), indisponibilidade de produtos de saúde (43% na AFR vs. 23% a nível mundial) e equipamento de protecção individual (EPI) insuficiente (43% na AFR vs. 28% a nível mundial).

Os países responderam às perturbações nos serviços de tratamento de MNS de várias formas. As abordagens a serem utilizadas são diferentes entre o nível mundial e o nível regional. Na Região Africana, o destaque foi dado à criação de linhas de apoio e a medidas específicas para a prevenção e controlo de infecções, assim como à triagem. A nível mundial, até 70% dos países responderam com telemedicina/teleterapia para substituírem consultas presenciais (incluindo o uso de qualquer contacto remoto, como telefone ou videoconferências). Outras medidas a nível mundial são semelhantes às implementadas na Região Africana, incluindo o uso de linhas de apoio para MHPSS (68%) e medidas específicas para a prevenção e controlo de infecções nos serviços de saúde mental (65%). Embora a formação de competências psicossociais básicas para os profissionais de saúde que trabalham nos centros de tratamento da COVID-19 fosse a abordagem mais comum nos países com baixos rendimentos (60%), esta ocupou o quarto lugar na Região Africana, em cerca de 37% dos países participantes. No entanto, as intervenções como a partilha de tarefas através do reforço das capacidades dos profissionais de saúde geral aparentam ser pouco utilizadas na Região Africana (43%).

Um pouco mais de metade dos países participantes (53%) indicaram estar a recolher dados sobre os distúrbios ou manifestações MNS em pessoas com COVID-19, e dois terços (66%) indicaram estudos contínuos ou planeados relacionados com o impacto da COVID-19 na saúde mental. Foi identificada uma lacuna nas áreas de consumo de substâncias

e de investigação neurológica relacionadas com a pandemia.

Este relatório fornece as principais perspectivas relativamente à extensão das perturbações dos serviços de tratamento de MNS e das medidas a serem adoptadas como resposta, tanto a nível mundial como na Região Africana. Certas limitações devem ser tidas em conta ao examinar os resultados desta avaliação rápida; estas incluem as limitações associadas aos dados auto-notificados, especialmente os que envolvem as decisões feitas muitas vezes por um único ponto focal.

O inquérito realça a necessidade de reforçar a monitorização das mudanças na disponibilidade, prestação e utilização dos serviços a nível nacional e de definir processos decisórios informados sobre as adaptações e estratégias necessárias para os serviços de tratamento de MNS durante a pandemia. As orientações da OMS intituladas *"Manter os serviços essenciais de saúde: orientações operacionais para o contexto da COVID-19"* incluem adaptações e considerações específicas para a prestação segura e para a recuperação de serviços de tratamento de MNS, incluindo cuidados intensivos de emergência, orientações para cuidados de ambulatório e outros contextos.

PRINCIPAIS MENSAGENS

na Região Africana:

- O MHPSS é reconhecido como uma componente essencial da resposta à COVID-19. Quase 100% dos Estados-Membros participantes incluíram o MHPSS na sua resposta. Também desenvolveram planos de MHPSS, que, na sua maioria, não foram financiados.
- Existiram perturbações nos serviços de tratamento de MNS, especialmente em relação a distúrbios relacionados com o consumo de álcool e de substâncias a nível dos cuidados de saúde primários e da comunidade.
- Os países adaptaram e responderam às perturbações através do aumento do uso de linhas de apoio para fornecerem ajuda psicológica e para reforçarem as medidas específicas de prevenção e controlo de infecções e de triagem.
- Existe a necessidade de reforçar a monitorização das mudanças na disponibilidade, prestação e utilização dos serviços a nível nacional e de definir processos decisórios informados sobre as adaptações e estratégias necessárias para os serviços de tratamento de MNS.
- São necessários maiores investimentos para iniciar/reforçar o uso de novas tecnologias, como a telemedicina e a teleterapia.

1

C A P Í T U L O U M

INTRODUÇÃO₅

1. INTRODUÇÃO

O primeiro caso da doença por coronavírus 2019 (COVID-19) na Região Africana foi detectado na Argélia a 25 de Fevereiro de 2020. A 15 de Julho de 2020 (o ponto médio da avaliação rápida), os números actualizados na Região Africana representavam 3,9% dos casos confirmados a nível mundial e 1,5% de todas as mortes. Nessa altura existiam um total de 503 122 casos confirmados e 8607 mortes na Região Africana¹⁷. A 16 de Setembro de 2020, a Região Africana tinha 1 120 722 casos confirmados e 24 244 mortes. Embora aparente ser uma subida exponencial, os números permanecem apenas 3,8% dos casos confirmados a nível mundial, embora a percentagem de mortes em África tenha aumentado para 2,6% dos números totais¹⁸. A meio de Julho de 2020, trinta e três países estavam a sofrer transmissão comunitária, 10 tinham concentrações de casos e quatro casos esporádicos, comparado com a meio de Setembro, quando a transmissão comunitária foi registada em 35 países, as concentrações de casos em nove países e a propagação esporádica em três países.

Existem consequências directas e indirectas da COVID-19 na saúde mental, criando uma procura para os serviços. A COVID-19 apresenta riscos para o desenvolvimento, agravamento e recaída de vários distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias (MNS). A COVID-19 está associada a complicações neurológicas e mentais, como delírios/encefalopatia, agitação, AVC, insónia, perda do paladar e do olfacto, ansiedade, depressão e síndrome de Guillain-Barré. Além disso, afecções mentais e neurológicas preexistentes aumentam o risco de doença grave e/ou morte por COVID-19. As restrições de distanciamento social, confinamentos a nível nacional, encerramento de negócios considerados “não essenciais” e restrições de viagens, entre outras, estão também a aumentar os níveis de stress, ansiedade e depressão. O número de mortes registadas num curto período de tempo, o medo de contrair a doença e o medo de infectar entes queridos faz com que esta pandemia afecte quase todos os indivíduos de uma forma ou doutra.

Antes da COVID-19, os sistemas de saúde mental na Região Africana já se encontravam limitados por fracas estruturas de governação, cuidados centralizados e baseados em instituições (muitas vezes de má qualidade), serviços de saúde mental limitados a nível comunitário e dos cuidados de saúde primários,

escassez dramática de recursos humanos para a saúde mental e escassez crónica de medicamentos, para mencionar apenas alguns factores. Esta situação é agravada pela fraca literacia em saúde mental e por comportamentos de procura de saúde mental insuficientes entre a população, incluindo mitos e percepções erradas que levam ao estigma e à discriminação de pessoas com problemas de saúde mental.

Aprendendo com o surto de Ébola na África Ocidental e com outras emergências complexas, como a revolta do Boko Haram no nordeste da Nigéria, a OMS incluiu a saúde mental e o apoio psicossocial (MHPSS) como uma componente essencial da resposta à COVID-19. Logo no início da resposta foram desenvolvidas orientações clínicas que incluíam o MHPSS; foi desenvolvida uma nota de orientação sobre a resposta multisectorial do MHPSS; foi escrito e traduzido um livro infantil chamado “O Meu Herói És Tu”¹⁹ em mais de 130 línguas, incluindo francês e inglês, assim como 17 línguas e dialectos africanos²⁰. Foi criado e divulgado um manual sobre competências psicossociais básicas para os agentes da resposta. A Região Africana da OMS desenvolveu e distribuiu orientações para os Estados-Membros, incluindo apoio à criação de grupos de trabalho técnico de MHPSS, assim como financiamento de actividades MHPSS.

Foi realizado um inquérito em todas as seis regiões da OMS para monitorizar o acesso aos serviços de saúde mental e determinar a continuidade dos serviços essenciais de saúde mental. Esta foi a primeira tentativa de medir o impacto da COVID-19 nos serviços de tratamento de MNS a nível mundial. O inquérito contemplou a existência e o financiamento de planos de saúde mental e apoio psicossocial, a presença e composição das plataformas de coordenação da saúde mental e do apoio psicossocial, o grau de continuação e as causas de perturbações, assim como os mecanismos de vigilância e a investigação sobre dados de MNS.

Os resultados do inquérito fornecem uma visão geral do impacto da COVID-19 nos serviços de tratamento de MNS e fornecem também uma compreensão dos motivos das perturbações. Esta informação irá ajudar o planeamento e a resposta, com vista a mitigar os efeitos por país e por região.

1 COVID-19 na Região Africana da OMS: Relatório externo da situação n.º20, 15 de Julho de 2020

18 COVID-19 na Região Africana da OMS: Relatório externo da situação n.º29, 15 de Setembro de 2020

19 IASC “O Meu Herói És Tu”, livro infantil para crianças sobre a COVID-19: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/my-hero-you-0>

20 Acholi, Adhola, Amharic, Hausa, Igbo, IsiZulu, Juba Arabic, Kinyarwanda, Luganda, Lugbara, Lukhonzó, Ndebele, Nuer, Runyankore, Swahili, Tigrinya (Etiópia), e Tigrinya (Eritreia)



C A P Í T U L O D O I S

METODOLOGIA

2. METODOLOGIA

O Departamento de Saúde Mental e do Consumo de Substâncias (MSD) da OMS desenvolveu o inquérito “Avaliação rápida da prestação de serviços para o tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias durante a pandemia de COVID-19” em colaboração com os seis escritórios regionais da OMS. O inquérito seguiu o modelo de um inquérito recente da OMS sobre o impacto da COVID-19 nos recursos e serviços das doenças não transmissíveis (DNT),⁵ tendo adaptado a sua estrutura e âmbito à saúde mental. O inquérito foi desenvolvido em inglês e traduzido para francês, russo, espanhol, chinês e português, tendo sido lançado a meio de Junho de 2020.

Os ministérios da saúde foram solicitados, através dos escritórios regionais e de país da OMS, a nomearem um ponto focal para responder ao inquérito. O ponto focal foi encorajado a contactar outros peritos nacionais para obter informações relevantes, de modo a responder às perguntas do inquérito. Foi mantido um contacto estreito com os pontos focais durante a sua nomeação e até à entrega do questionário. Os funcionários da OMS na Sede, escritórios regionais e de país estavam disponíveis para responder a perguntas, fornecer orientações adicionais e ajudar os pontos focais a completarem o inquérito. Em algumas regiões, e sempre que solicitado, foram organizados webinários com os pontos focais para providenciar

informações adicionais sobre o inquérito e para responder a perguntas frequentes. O inquérito foi feito online, através da plataforma LimeSurvey, e os países foram fortemente encorajados a utilizar esse método para a sua entrega. Uma versão Microsoft Word do questionário estava disponível sempre que solicitado. A Caixa 1 fornece as áreas temáticas e as perguntas do inquérito. O questionário completo está disponível no Anexo 1.

As respostas foram recebidas entre 15 de Junho e 15 de Agosto de 2020, embora várias respostas tenham sido aceites após esta data (ver Anexo 2 para a lista completa de países participantes na Região Africana). Cinquenta por cento das respostas foram recebidas durante o mês de Julho. Quando o Secretariado da OMS recebia um questionário preenchido, a equipa revia-o para verificar a existência de respostas incompletas e inconsistentes. Os pontos focais foram novamente contactados e solicitados a clarificarem e corrigirem as respostas, sempre que apropriado, de modo a garantir a qualidade dos dados. Os dados do questionário nacional foram transferidos directamente da plataforma online para uma base de dados Microsoft Excel e analisados através do programa “Pacote Estatístico para as Ciências Sociais” (SPSS).

Caixa 1: Áreas temáticas e perguntas do inquérito

Saúde mental e apoio psicossocial (MHPSS):

- P1. A resposta MHPSS faz parte do plano de resposta nacional à COVID-19?
- P2. Existem plataformas multisectoriais de coordenação de MHPSS para a COVID-19?

Serviços para o tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias (MNS) durante a pandemia de COVID-19:

- P3. Garantir a continuidade dos serviços para distúrbios MNS está incluído na lista de serviços essenciais de saúde como parte da resposta do seu país durante a COVID-19?
- P4. Durante a pandemia de COVID-19, quais as políticas governamentais para o acesso a serviços essenciais para o tratamento de distúrbios MNS a nível dos cuidados primários, secundários e terciários?
- P5. Quais dos seguintes serviços/intervenções relacionados com distúrbios MNS sofreram perturbações devido à COVID-19?
- P6. Quais as principais causas dessas perturbações?
- P7. Quais as abordagens utilizadas para superar essas perturbações?

⁵ Organização Mundial da Saúde. O impacto da pandemia de COVID-19 nos recursos e serviços das doenças não transmissíveis: resultados de uma avaliação rápida. Genebra, 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/ncs-covid-rapid-assessment>



Vigilância e investigação relativas a distúrbios MNS durante a pandemia de COVID-19:

- P8. O ministério da saúde está a recolher e a compilar dados sobre distúrbios ou manifestações MNS em pessoas com COVID-19?
- P9. Existe um estudo planeado ou existente relacionado com o impacto da COVID-19 na saúde mental/saúde do cérebro/consumo de substâncias no país (por parte do governo ou de qualquer outra entidade, seja independente ou como parte de um inquérito mais alargado)?

A análise apresentada neste relatório tem como base os dados não ponderados dos países. Os dados foram analisados por região da OMS, por grupos de rendimento do Banco Mundial¹⁷ (com base nas classificações definidas em Julho de 2020)¹⁸ e por fase de transmissão nos países participantes (na altura do ponto médio do inquérito, a 15 de Julho)¹⁹.

Certas limitações devem ser tidas em conta ao examinar os resultados desta avaliação rápida. Em primeiro lugar, é fundamental reconhecer as limitações associadas aos dados auto-notificados, especialmente os que envolvem as decisões feitas muitas vezes por um único ponto focal. Para algumas das variáveis, não é possível comparar as respostas auto-notificadas com informações disponíveis publicamente devido à natureza aguda da emergência e à disponibilidade limitada dos dados. Embora os pontos focais tenham sido encorajados a consultar outras partes interessadas, especialmente outros agentes da resposta humanitária, a escala a que uma consulta completa em cada país ocorreu é difícil de examinar. Mais, esta avaliação rápida não incluiu outros métodos como grupos focais ou entrevistas com os principais informadores.

Uma limitação adicional é que a maior parte da informação fornecida está relacionada com o país, ignorando dessa forma variações potencialmente significativas dentro dos países relativamente, por exemplo, a áreas rurais versus urbanas ou partes remotas versus centrais.

Outra limitação é a fraqueza dos sistemas nacionais de informação preexistentes. De acordo com o Atlas da Saúde Mental da OMS 2017, apenas 37% dos

Estados-Membros compilam regularmente dados específicos à saúde mental relativamente, pelo menos, ao sector público.

Mais, 29% dos Estados-Membros da OMS compilam dados de saúde mental como parte das estatísticas gerais de saúde.²⁰ Durante a pandemia de COVID-19 tivemos de depender de sistemas de informação preexistentes, com as suas limitações, de modo a aprendermos sobre o actual impacto nos serviços.

Apesar das nossas melhores tentativas para obtermos informações de todos os países sobre todas as variáveis, alguns países não conseguiram fornecer dados para algumas perguntas, e outros simplesmente não conseguiram participar no exercício nos prazos fixados. A razão mais comum para a não participação no exercício ou para o envio de dados incompletos foi que os pontos focais estavam envolvidos na resposta a emergências agudas, tal como comunicado por alguns países e pelos escritórios regionais e de país da OMS. Mais, a situação estava a mudar rapidamente em alguns casos, ou os dados disponíveis eram por vezes difíceis de utilizar na notificação da informação da forma solicitada pelo inquérito. Esta situação podia levar a potenciais tendências na interpretação de dados a nível dos grupos, como as regiões da OMS ou os grupos de rendimento do Banco Mundial. Este inquérito será uma actividade contínua para a OMS, a ser repetida regularmente e integrada no inquérito de situação sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19.²¹

¹⁷ Para fins operacionais e analíticos, as economias são classificadas entre grupos de rendimento de acordo com o rendimento nacional bruto (RNB) por habitante, calculado utilizando o método do Atlas do Banco Mundial. Os grupos são: rendimento baixo, 1035 dólares ou menos por habitante; rendimento médio-baixo, 1036-4045 dólares; rendimento médio-alto, 4046-12 535 dólares; e rendimento elevado, 12 536 dólares ou mais.

¹⁸ Banco Mundial. Classificação por país; Junho de 2020. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/topics/19280-country-classification>

¹⁹ Organização Mundial da Saúde. Painel sobre a doença por coronavírus (COVID-19). Classificação da transmissão (15 de Julho de 2020). <https://covid19.who.int/>

²⁰ Organização Mundial da Saúde. Atlas da Saúde Mental 2017. Genebra, 2018

²¹ Organização Mundial da Saúde. Inquérito de situação sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19. Genebra, 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1

3

C A P Í T U L O T R È S

RÉSULTATS

3. RESULTADOS

Este relatório inclui a análise dos dados dos Estados-Membros da Região Africana, por vezes incluindo resultados da análise a nível mundial, uma vez que esta é importante para ter uma noção de como é que a Região Africana se compara com o resto do mundo.

No total, 28 dos 47 países da Região Africana responderam ao inquérito. Para alguns dos resultados, apenas os países que responderam às perguntas com respostas válidas foram incluídos, sendo essa a razão por que nem sempre o número total é 28.

O inquérito foi realizado entre 15 de Junho e 15 de Agosto de 2020. A fase de transmissão da COVID-19 nos países participantes foi retirada no ponto médio do inquérito, a 15 de Julho de 2020. Os dados foram analisados por região da OMS e por categorias de rendimento do Banco Mundial. A taxa de resposta varia entre regiões e categorias de rendimento, tal como apresentado na tabela em baixo. Como pode ser observado, tendo em conta tudo o que estava a acontecer nos Estados-Membros, África conseguiu uma taxa de resposta de 60%.

Tabela 1: Taxa de resposta por região da OMS e por grupos de rendimento do Banco Mundial (BM)

		Número total de países	Número de países participantes	Taxa de resposta
REGIÃO	AFR (Região Africana)	47	28	60 %
	AMR	35	29	83 %
	EMR (Região do Mediterrâneo Oriental)	21	19	90 %
	EUR (Região Europeia)	53	26	49 %
	SEAR (Região do Sudeste Asiático)	11	6	54 %
	WPR (Região do Pacífico Ocidental)	27	22	81
GRUPOS DE RENDIMENTO	Baixo	31	15	48
	Médio-baixo	46	33	72 %
	Médio-alto	60	44	73 %
	Elevado	57	38	67 %

3.1 Resposta e coordenação da saúde mental e apoio psicossocial

O termo composto “saúde mental e apoio psicossocial” (MHPSS) é utilizado nas Orientações do Comité Permanente Interagências (IASC) em contextos de emergência para descrever “qualquer apoio local ou externo que vise proteger ou promover a saúde mental e o bem-estar psicossocial ou prevenir ou tratar afecções de saúde mental e psicossocial”. O sistema humanitário mundial utiliza o termo MHPSS para unir um vasto conjunto de intervenientes que respondem a emergências como a pandemia de

COVID-19, incluindo os que trabalham em contextos sanitários, sociais, educacionais e comunitários, assim como para “realçar a necessidade de abordagens diversas e complementares na prestação de apoio adequado”¹⁷. O MHPSS é um assunto transversal importante para todas as emergências e sectores. Embora exista a necessidade de existirem intervenções focadas com objectivos específicos e grupos-alvo, o MHPSS aplica uma abordagem “para o conjunto da sociedade” e “a nível de todo o governo”.

¹⁷ Comité Permanente Interagências. Grupo de referência sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial. Nota informativa interina referente à saúde mental e aspectos psicossociais do surto de COVID-19; Março de 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>

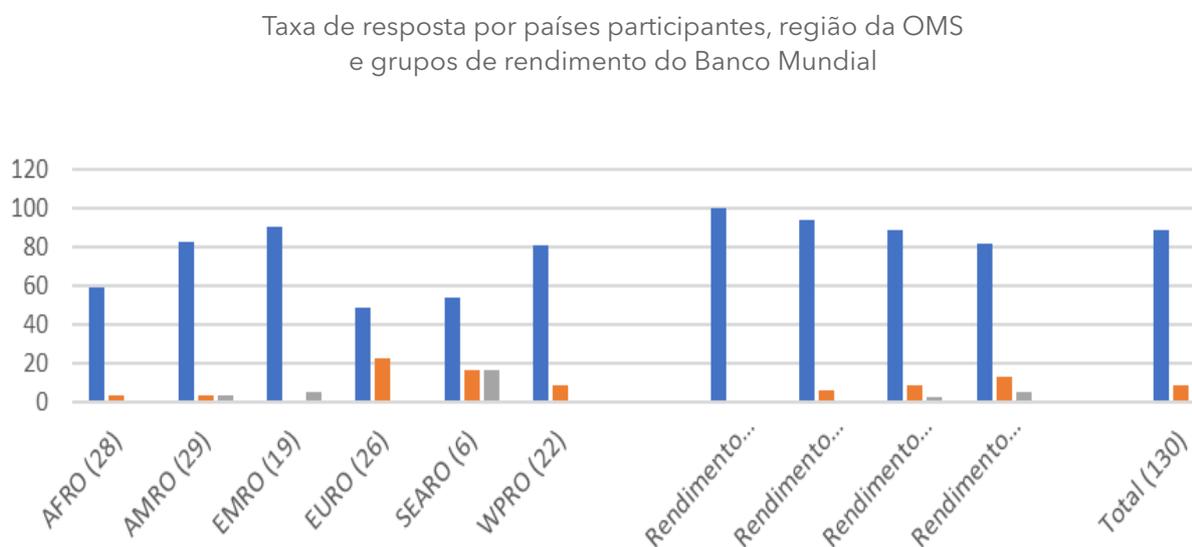
3.1.1 O MHPSS como parte dos planos de resposta à COVID-19

Na Região Africana, 27 dos 28 países participantes (96,4%) indicaram que a resposta MHPSS fazia parte dos seus planos nacionais de resposta à COVID-19 (Figura 1). No entanto, apenas 26% desses países tinham garantido totalmente um financiamento adicional para a resposta MHPSS no orçamento do governo para o plano de resposta à COVID-19, enquanto 37% indicaram que tinham conseguido um financiamento parcial (Figura 2) e outros 37% não tinham qualquer tipo de financiamento. A falta de financiamento por parte dos países é uma grande preocupação e pode reflectir a incapacidade desses países de implementarem os seus planos existentes de MHPSS para a COVID-19 e, dessa forma, alcançarem as suas metas.

É interessante observar que existe uma tendência para os países com baixos rendimentos terem o MHPSS totalmente integrado nos seus planos multisectoriais, enquanto uma percentagem

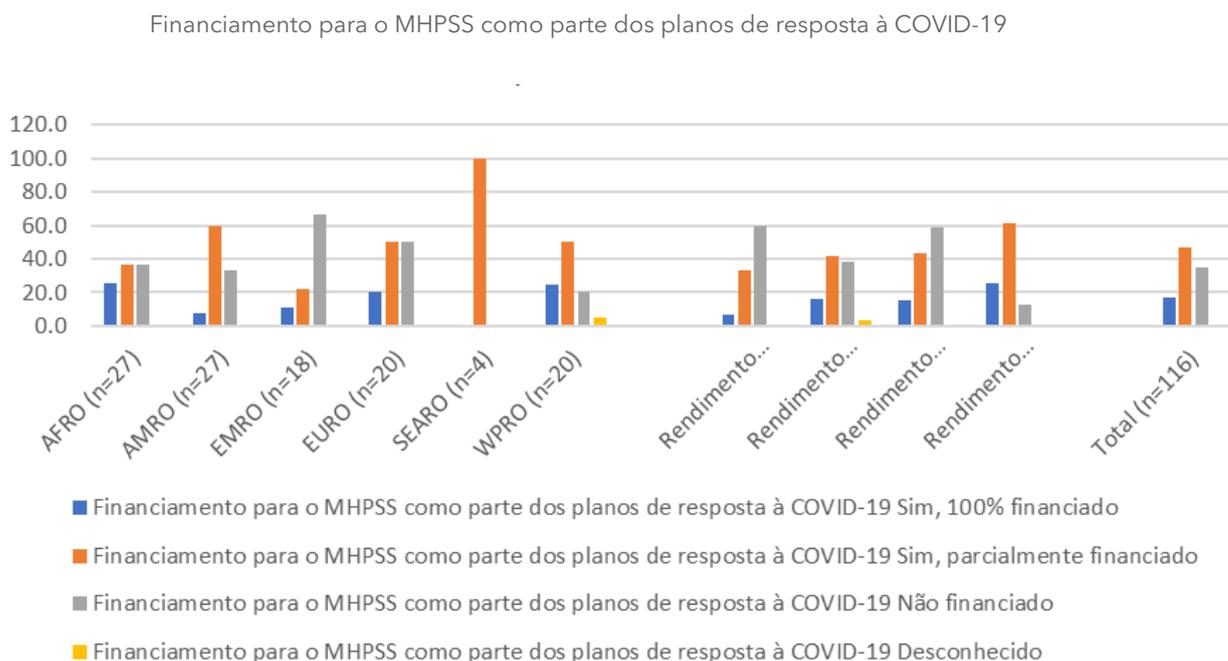
maior de países com rendimentos mais elevados não possui o MHPSS como parte dos seus planos multisectoriais de coordenação. No entanto, os países com rendimentos mais elevados tinham mais financiamento total ou parcialmente alocado para os planos que possuíam. A variação na integração do MHPSS nos planos de resposta à COVID-19 pode ocorrer devido à experiência da Região Africana em responder a emergências complexas. Desde 2014, a Região Africana tem estado a responder à epidemia do Ébola na África Ocidental, e ocasionalmente na República Democrática do Congo (RDC); a 28 de Setembro de 2020, a Região Africana estava a responder a um total de 116 ocorrências, incluindo 104 surtos e 12 crises humanitárias¹². Sendo a região com o maior número de crises humanitárias preexistentes, a Região Africana está mais familiarizada com a integração do MHPSS nas respostas a emergências de saúde pública.

Figura 1: O MHPSS como parte dos planos de resposta da COVID-19, por região da OMS e grupos de rendimento do BM



¹² Boletim Semanal Africano da OMS sobre Surtos e Outras Emergências: Semana 39/20

Figura 2: Financiamento para o MHPSS como parte dos planos de resposta à COVID-19, por região da OMS e grupos de rendimento do BM

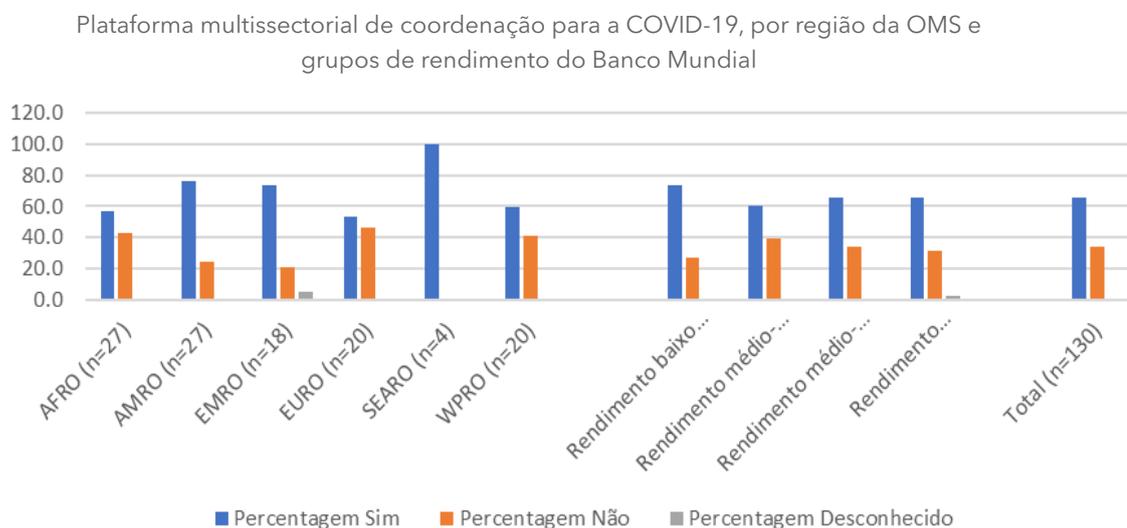


3.1.2 Coordenação multisectorial do MHPSS

Embora quase todos os países participantes da Região Africana tivessem o MHPSS nos seus planos de resposta à COVID-19, apenas 57% possuíam uma plataforma multisectorial de coordenação do MHPSS para a resposta à COVID-19 (Figura 3). Isto significa que em alguns países, o MHPSS está a ser planeado e distribuído por uma única entidade, ou por muitos parceiros, mas sem uma plataforma de coordenação. O ministério da saúde é um membro da plataforma de coordenação do MHPSS em 98% dos países par-

ticipantes da Região Africana, o que é um bom sinal, uma vez que é desejável que o ministério da saúde oriente a resposta e que a resposta à COVID-19 seja feita a partir das infra-estruturas de saúde pública. A nível mundial, 43% dos países participantes não indicaram qualquer plataforma de coordenação do MHPSS. Os resultados a nível mundial sugerem que isto pode ser devido a uma fragmentação da resposta MHPSS nesses países, ou devido à existência de um número limitado de intervenientes multisectoriais do MHPSS.

Figura 3: Plataforma multisectorial de coordenação do MHPSS para a COVID-19, por região da OMS e grupos de rendimento do BM

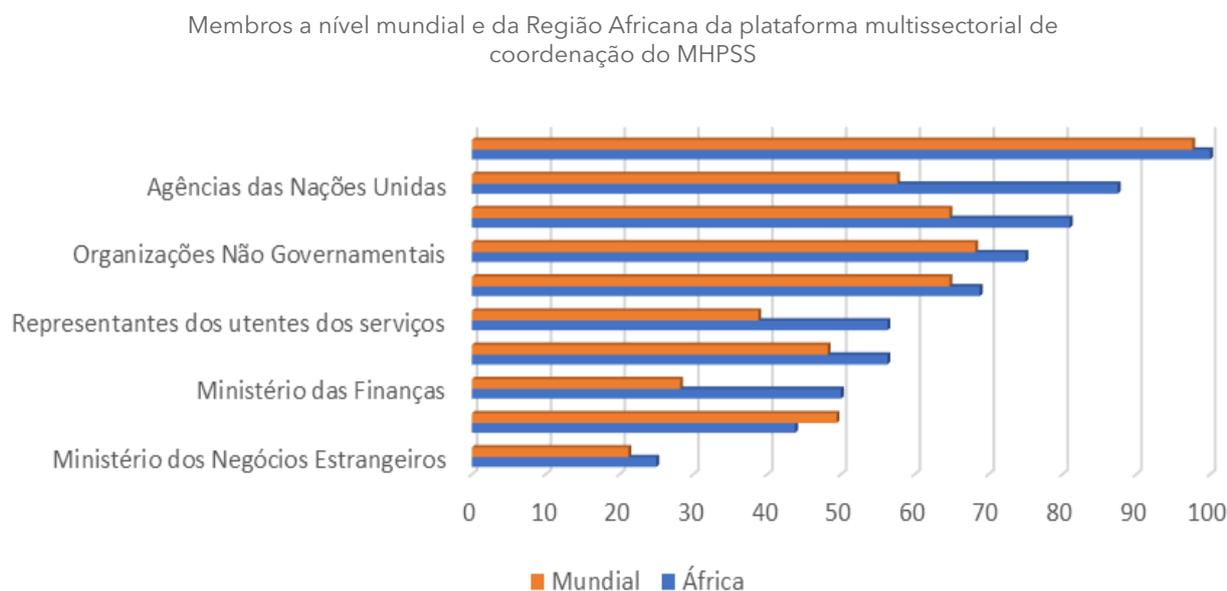


3.1.3 Composição da plataforma multisectorial de coordenação

Tanto a nível mundial como na Região Africana, o ministério da saúde é o membro predominante da plataforma de coordenação do MHPSS, com 100% de inclusão na Região Africana. As agências das Nações Unidas são muitas vezes co-líderes juntamente com o ministério da saúde, tal como apresentado na Figura 4 em baixo. O ministério dos assuntos sociais/familiares e o ministério da educação são fundamentais para a

resposta MHPSS. Embora os resultados mostrem uma existência promissora e alargada de plataformas MHPSS na maior parte dos países africanos, o envolvimento com representantes de grupos de utentes dos serviços foi notificado em menos de 40% das plataformas e o envolvimento com o ministério das finanças em apenas 28% na Região Africana, sendo ainda inferior a nível mundial (Figura 4).

Figura 4: Membros a nível mundial e da Região Africana da plataforma multisectorial de coordenação do MHPSS



3.2. Impacto no uso de serviços para o tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias

Embora o mundo esteja a avançar em direcção a serviços comunitários, na Região Africana as alas psiquiátricas e os hospitais gerais continuam a prestar a maioria dos serviços MHPSS. Além disso, a Região Africana é uma das regiões com a despesa pública mais baixa na saúde mental¹³. Os dados do Atlas da Saúde Mental 2017¹⁴ mostram que a despesa pública na saúde mental era inferior a 1 dólar por habitante nos países com rendimentos baixos e médios-baixos e que a maior parte das despesas na saúde mental eram feitas em hospitais psiquiátricos, que estão

muitas vezes situados em cidades maiores e não estão acessíveis à maior parte das pessoas que necessitam dos cuidados. Durante a pandemia de COVID-19, numa altura em que os serviços para o tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias são necessários em grande escala, muitos países estão a lidar com uma situação delicada através de recursos preexistentes escassos e investimentos limitados nesses serviços.

¹³ Organização Mundial da Saúde. Atlas da Saúde Mental 2017. Genebra, 2018

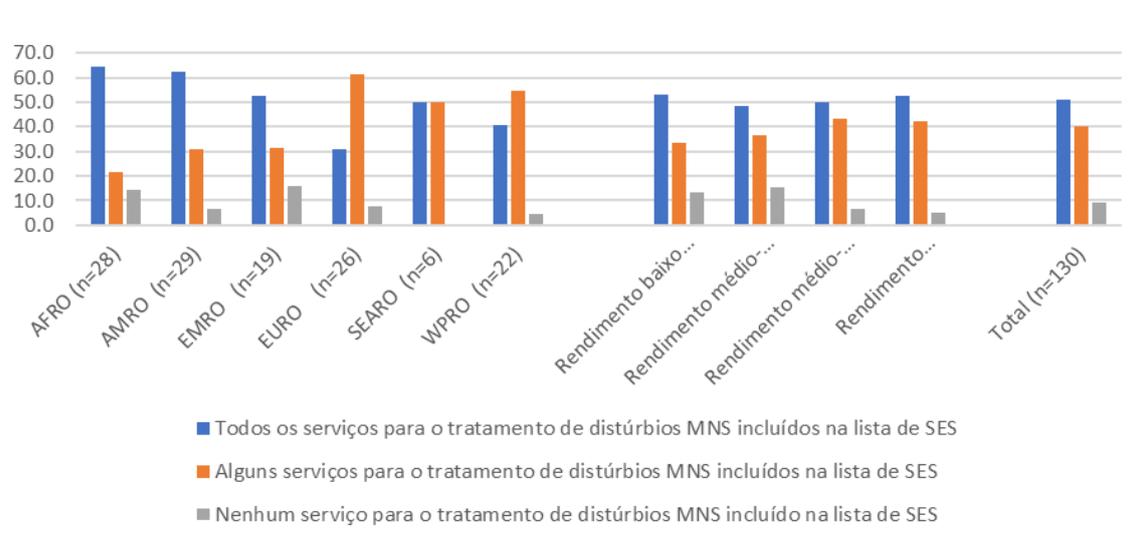
¹⁴ Organização Mundial da Saúde. Atlas da Saúde Mental 2017. Genebra, 2018

3.2.1 Inclusão dos serviços para o tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias na lista de serviços essenciais de saúde

A maior parte dos países africanos participantes (64,3%) indicaram a inclusão de todos os serviços de tratamento de MNS na lista de serviços essenciais de saúde como parte da resposta do seu país durante a pandemia de COVID-19, enquanto 21% indicaram a

inclusão de alguns serviços de tratamento de MNS e 14,3% não indicaram a inclusão de qualquer serviço de tratamento de MNS nos serviços essenciais de saúde.

Figura 5: Países que incluem serviços de tratamento de MNS na lista de serviços essenciais de saúde, por região da OMS e grupos de rendimento do BM



3.2.2 Políticas para o acesso a serviços essenciais para o tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias

Os países foram também questionados acerca das políticas nacionais do governo relativamente ao acesso a serviços essenciais para o tratamento de distúrbios MNS. Estes incluíam vários contextos e categorias, abrangendo um total de 10 serviços de tratamento de MNS, como serviços de internamento e de ambulatório em hospitais psiquiátricos; unidades de ambulatório e de internamento de psiquiatria e neurológicas, assim como o tratamento de distúrbios resultantes do consumo de substâncias nos hospitais gerais; e serviços nos cuidados de saúde primários, serviços residenciais, domiciliários e centros de dia a nível comunitário.

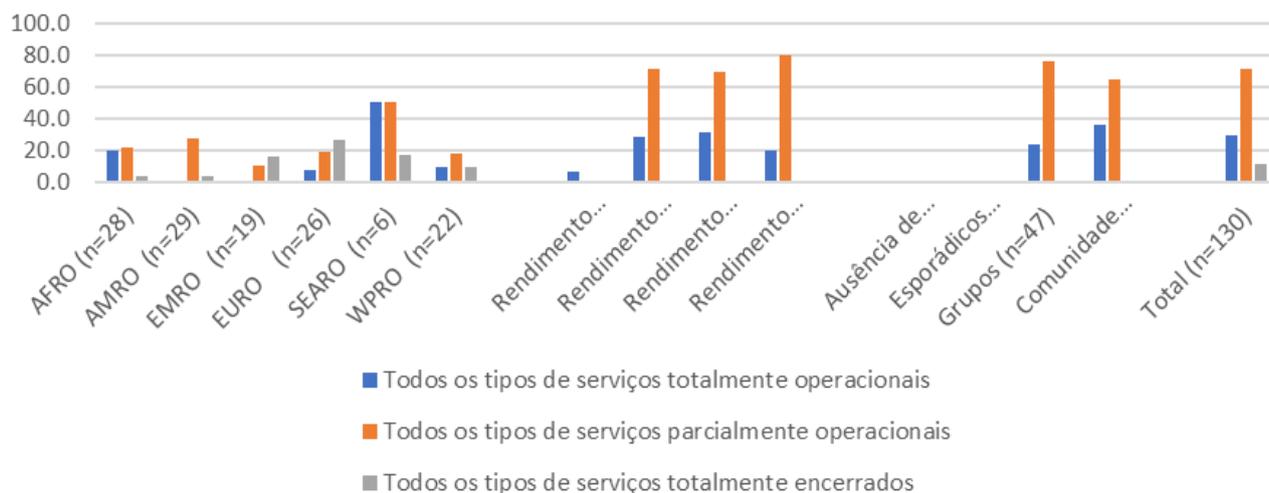
Nas análises, os países foram classificados em três grupos, nomeadamente: "Todos os tipos de serviços totalmente operacionais" quando todos os serviços existentes foram notificados como totalmente operacionais; "Todos os tipos de serviços pelo

menos parcialmente encerrados" quando alguns serviços foram notificados como estando totalmente encerrados e alguns parcialmente encerrados; e "Todos os tipos de serviços totalmente encerrados" se todos os serviços existentes foram notificados como estando totalmente encerrados. Nenhum país indicou um encerramento total de todas as 10 categorias de serviços de tratamento de MNS, tal como descrito anteriormente. Cerca de 18% notificaram os serviços totalmente operacionais enquanto 3% indicaram estar parcialmente encerrados. A percentagem de países com todos os serviços de tratamento de MNS pelo menos parcialmente encerrados foi significativamente mais elevada na Região Europeia, nos 27%. Os serviços pelo menos parcialmente encerrados foram notificados mais de países com rendimentos elevados do que de grupos com rendimentos mais baixos. Isto pode reflectir a fase da pandemia em que os países com rendimentos

mais elevados se encontravam, comparado com a Região Africana, onde a pandemia teve uma progressão mais lenta. Outra razão para os serviços estarem totalmente operacionais na Região Africana poderá ser que a maior parte dos serviços MHPSS eram prestados

através de instituições psiquiátricas e de hospitais gerais, que continuaram a prestar serviços enquanto os serviços comunitários estavam provavelmente encerrados ou não funcionavam durante a fase de propagação comunitária da pandemia (Figura 6).

Figura 6: Estado de todos os serviços de tratamento de MNS por região da OMS, grupos de rendimento do BM e fase de transmissão da COVID-19



Nota: Não são mostradas barras para "Todos os tipos de serviços encerrados" uma vez que nenhum país indicou um encerramento total de todas as 10 categorias de serviços incluídos na análise.

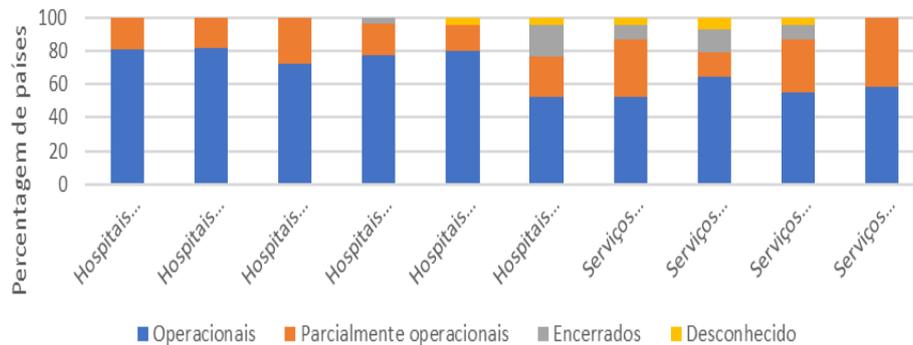
3.2.3 Acesso aos serviços na Região Africana, por contexto e categoria de serviço

Na observação das 10 diferentes categorias de serviços, existem diferenças acentuadas nos tipos de serviços afectados pelo encerramento, com os serviços de ambulatório e comunitários a serem predominantemente mais afectados (Figura 7). Na Região Africana, cerca de 80% dos países participantes indicaram que tanto os serviços de internamento como os de ambulatório permaneceram operacionais. Esta taxa era ligeiramente mais baixa para os serviços de internamento nos hospitais gerais (77%) e muito mais baixa para os serviços de ambulatório nos hospitais gerais (72%). As unidades de internamento para o tratamento do consumo de substâncias tinham o número mais elevado de países a notificarem o encerramento (19%), seguido

dos serviços domiciliários na comunidade (14%). O encerramento dos serviços de internamento a nível mundial mostravam uma tendência semelhante. Cerca de 41% dos países participantes indicaram perturbações parciais ou completas dos serviços domiciliários ou comunitários de ambulatório (incluindo serviços de assistência social) para pessoas com distúrbios MNS. Nos serviços comunitários, apenas os residenciais e de cuidados de saúde primários permaneceram operacionais em mais de 31% dos países, enquanto os centros de dia permaneceram operacionais em mais de 64% dos países. Estes resultados devem ser interpretados de forma cautelosa, uma vez que o número total de países que responderam era bastante pequeno em alguns casos.

Figura 7: Políticas para o acesso a serviços essenciais de tratamento de MNS, por contexto e categoria de serviço

Políticas para o acesso a serviços essenciais para o tratamento de distúrbios MNS por contextos e categorias de serviços na região da OMS/AFRO



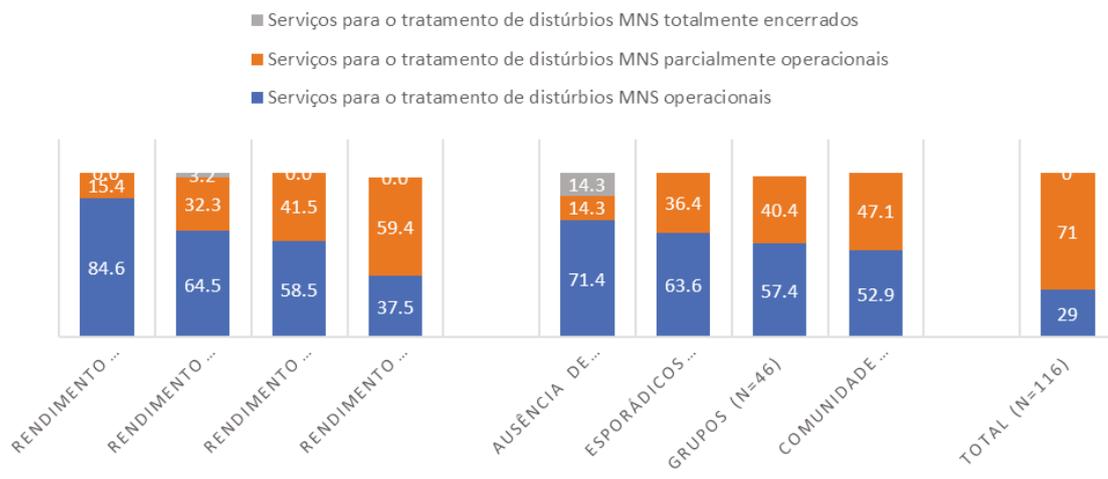
Nota: A diferença no denominador observada na Figura 7 ocorre porque em alguns países esses serviços são inexistentes ou a informação não está disponível.¹⁷

O recente inquérito de situação da OMS sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde incluiu um ponto sobrepuesto relativamente ao tratamento de distúrbios de saúde mental, que foi indicado como estando com perturbações em 61% dos países, com 3% desses países a indicarem perturbações graves/completas¹⁸. No entanto, o tipo de serviço de tratamento não foi definido no inquérito de situação.

3.2.4 Fase de transmissão e perturbações nos serviços

As perturbações nos serviços de ambulatório dos hospitais psiquiátricos aparentam estar ligadas à fase de transmissão do vírus, com os países na fase de transmissão comunitária a apresentarem o nível mais elevado de perturbações. Ver a figura 8 em baixo.

Figura 8: Políticas para o acesso a serviços de ambulatório para o tratamento de distúrbios MNS nos hospitais psiquiátricos, por grupos de rendimento do BM e fase de transmissão da COVID-19



¹⁷ Nos hospitais psiquiátricos, 10% dos países não indicaram políticas para serviços de internamento para o tratamento de distúrbios MNS e 11% para os serviços de ambulatório; nos hospitais gerais, 9% dos países não indicaram políticas para unidades psiquiátricas de internamento, 24% para unidades neurológicas de internamento, 20% para unidades de internamento para o tratamento de distúrbios resultantes do consumo de substâncias e 9% para serviços de ambulatório; a nível comunitário, 33% não indicaram políticas sobre serviços residenciais, 20% sobre serviços de cuidados de saúde primários, 37% sobre serviços de cuidados domiciliários e 27% sobre serviços de centros de dia.

¹⁸ Organização Mundial da Saúde. Inquérito de situação sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19. Genebra, 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1

3.3 Perturbações nas intervenções/serviços relacionados com MNS devido à COVID-19

Os países foram também questionados acerca do nível de perturbações nos 16 serviços ou intervenções específicos relacionados com MNS (tabela 2), definindo perturbação completa como mais de 50% dos utentes não foram atendidos como normalmente e perturbação parcial como entre 5% e 50% dos utentes não foram atendidos como normalmente. Também foi observado o

nível de perturbação combinado ao longo dos 16 serviços/intervenções específicos relacionados com MNS. Na análise, “perturbação em pelo menos 75% dos serviços/intervenções relacionados com MNS” foi definida como 12 a 16 dos serviços ou intervenções específicos relacionados com MNS estavam com perturbações completas ou parciais.

Tabela 2: Lista de intervenções/serviços específicos relacionados com MNS

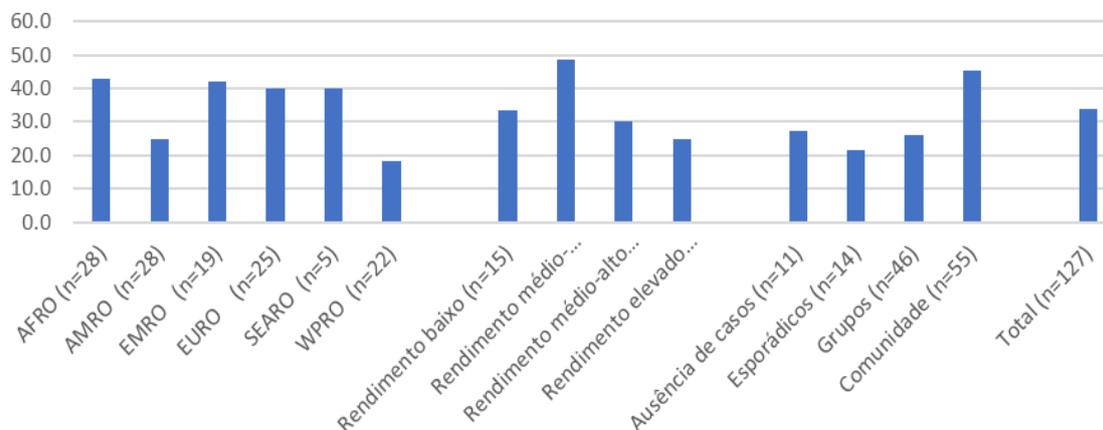
a. Gestão de manifestações de MNS de emergência (incluindo status epilepticus, delírios e síndromes graves de abstinência de substâncias)
b. Intervenções de psicoterapia/ajuda psicológica/psicossociais para distúrbios MNS
c. Medicamentos para distúrbios MNS
d. Intervenções psicossociais para os prestadores de cuidados de pessoas com distúrbios MNS
e. Serviços domiciliários ou comunitários de ambulatório (incluindo serviços de assistência social) para pessoas com distúrbios MNS
f. Intervenções psicossociais para os prestadores de cuidados de pessoas com distúrbios MNS
g. Serviços para crianças e adolescentes com problemas ou incapacidades de saúde mental, incluindo dificuldades de desenvolvimento
h. Serviços para os adultos mais velhos com problemas ou incapacidades de saúde mental, incluindo demência
i. Programas de saúde mental para contexto de trabalho
j. Cirurgias para distúrbios neurológicos (por exemplo, epilepsia)
k. Programas escolares de saúde mental
l. Programas de saúde mental para contexto de trabalho
m. Programas de prevenção de suicídios
n. Programas de prevenção e gestão de sobredoses (por exemplo, distribuição de naloxona)
o. Serviços essenciais de redução de perigo (por exemplo, programas de troca de seringas, serviços de ambulatório)
p. Tratamento de manutenção da dependência de opióides através de agonistas opióides (como a metadona ou buprenorfina)

3.3.1 Nível de perturbação dos serviços de tratamento de MNS

Em quase um terço (33%) dos países, pelo menos 75% dos serviços relacionados com MNS estavam com perturbações completas ou parciais. Esta percentagem era especialmente mais elevada na Região Africana (57%) e nos países que se encontravam na fase

comunitária da transmissão. Os países com rendimentos mais elevados apresentavam um nível muito mais baixo de perturbação (24%), comparado com outros grupos de rendimento (Figura 10).

Figura 9: Perturbações em pelo menos 75% dos serviços/intervenções relacionados com MNS, por região da OMS, grupos de rendimento do BM e fase de transmissão da COVID-19



É importante verificar que alguns serviços de emergência e essenciais, que salvam vidas, foram notificados como tendo perturbações: cerca de 30% dos países participantes a nível mundial indicaram perturbações na gestão de manifestações MNS de emergência (incluindo status epilepticus, delírios e síndromes graves de abstinência de substâncias), assim como no abastecimento de medicamentos para pessoas com distúrbios MNS (Figura 10).

Os serviços e programas de prevenção e promoção da saúde mental foram os mais afectados e perturbados. Quase dois terços dos serviços de saúde mental nas escolas ou nos locais de trabalho tinham perturbações completas ou parciais. Na Região Africana, foram encerradas escolas a nível nacional; alguns países ainda não reabriram as escolas, mesmo até ao final de Setembro de 2020. Isto implica que as crianças que iam à escola, mesmo estando protegidas da COVID-19, não tinham acesso a serviços de prevenção ou promoção da saúde mental.

Entre as intervenções ou serviços relacionados com o consumo de substâncias, os serviços de redução de perigo tinham perturbações completas em 30% dos países participantes e perturbações parciais em 35%, a nível mundial; o tratamento de manutenção da dependência de opióides através de agonistas opióides tinha perturbações completas em 27%

dos países e perturbações parciais em 18%; e os programas de prevenção e gestão de sobredoses tinham perturbações completas em 21% dos países e perturbações parciais em 32%. Na Região Africana, três dos principais cinco serviços com mais perturbações estavam relacionados com o tratamento de distúrbios resultantes do consumo de substâncias, nomeadamente: tratamento de manutenção da dependência de opióides através de agonistas opióides (perturbações completas em 58% dos países), serviços essenciais de redução de perigo (perturbações completas em 47% dos países) e prevenção de sobredoses (perturbações completas em 40% dos países). (Figura 11)

Numa altura em que são bastante necessários, os serviços de saúde mental para as pessoas mais vulneráveis foram indicados como estando a sofrer perturbações. Na Região Africana, os serviços de saúde mental nas escolas eram o segundo serviço com mais perturbações, tendo 56% dos países participantes indicado perturbações completas.

Tanto a nível mundial como na Região Africana, a gestão de distúrbios de emergência de MNS, assim como medicamentos para o tratamento de distúrbios MNS, eram os serviços com menos perturbações a nível geral.

Figura 10: Perturbações nas intervenções/serviços relacionados com MNS devido à COVID-19 a nível mundial

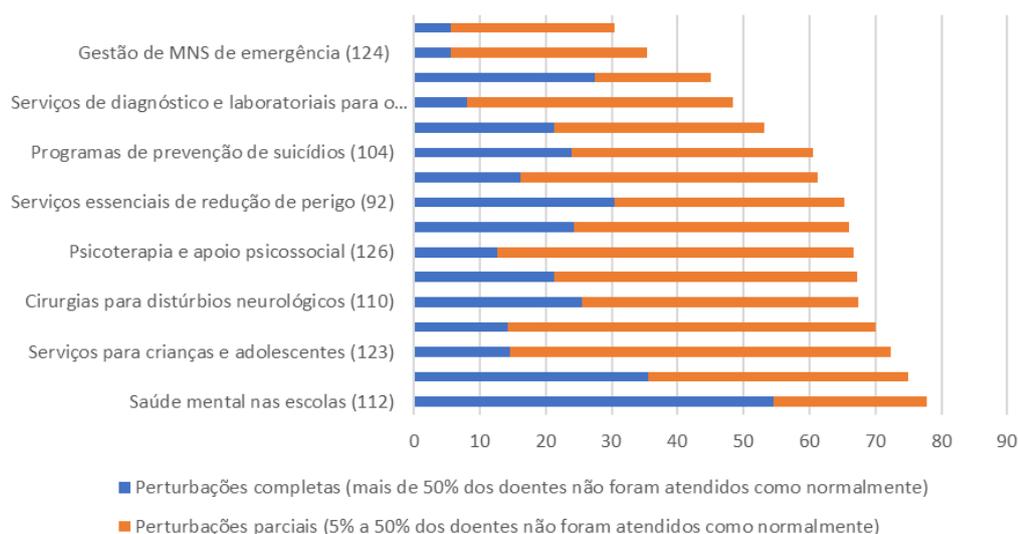
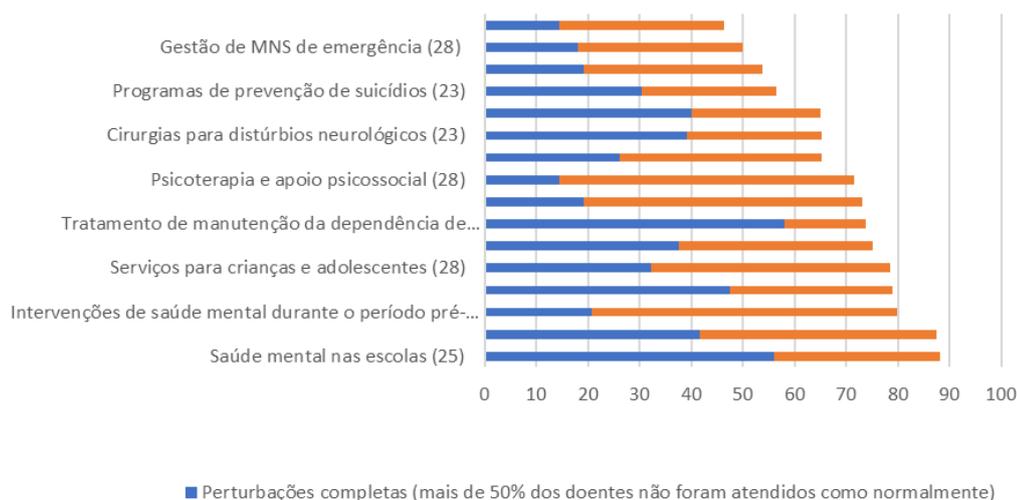


Figura 11: Perturbações nos serviços essenciais na Região Africana



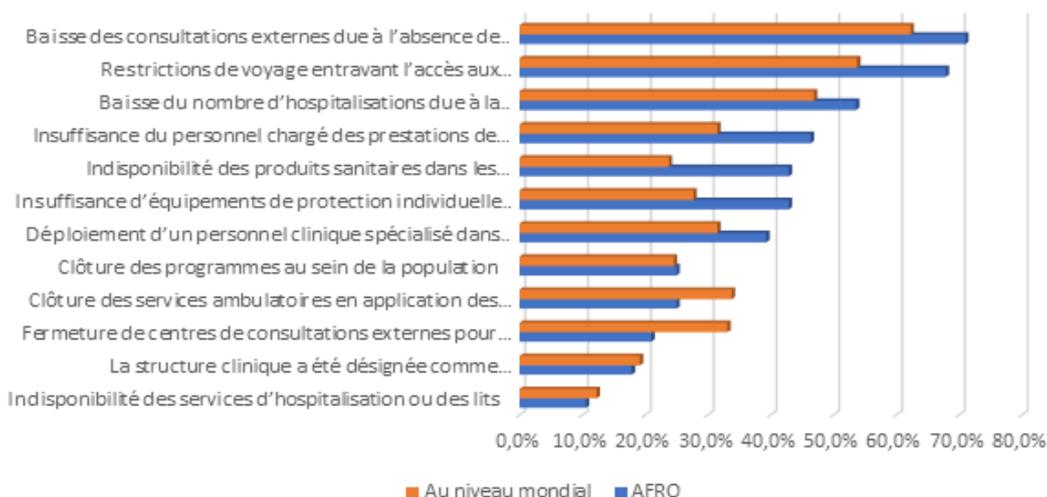
3.3.2 Causas das perturbações nas intervenções/serviços relacionados com MNS

Causas das perturbações nas intervenções/serviços relacionados com MNS COVID-19 a amplifié les limites existantes des systèmes de santé et de santé mentale de la Région africaine, notamment l'insuffisance du personnel (46% AFR contre 32% au niveau mondial), la non-disponibilité des produits de santé (43% AFR contre 23% au niveau mondial), l'insuffisance des équipements de protection individuelle (43% AFR contre 28% au niveau mondial) et le redéploiement du personnel de santé mentale (39% AFR contre 31% au niveau mondial).

De facto, as mesmas principais causas de perturbações foram identificadas no recente inquérito de situação sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde, como uma combinação dos factores relativos à procura de um lado, como a falta de procura dos doentes nos cuidados de ambulatório ou a percepção que os confinamentos decretados pelo governo ou referentes aos transportes públicos estavam a limitar o acesso, e por outro lado os factores relativos à oferta, como o cancelamento de cuidados electivos ou a redistribuição de funcionários clínicos para lidarem com a COVID-19.¹⁷

¹⁷ Organização Mundial da Saúde. Inquérito de situação sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19. Genebra, 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1

Figura 12: Causas das perturbações a nível mundial e na Região Africana



3.3.3 Perturbações, grupos de rendimento, restrições de viagens e disponibilidade de EPI

A nível mundial, quando os dados foram desagregados pelos grupos de rendimento, as restrições de viagens foram indicadas como a causa mais comum de perturbações em 73% dos países com baixos rendimentos (Figura 13). As restrições de viagens, juntamente com a disponibilidade limitada e o encerramento de serviços comunitários de saúde mental mais próximos das habitações das pessoas, podem potencialmente ter resultados adversos nas pessoas com distúrbios MNS.

Além disso, os níveis de rendimento dos países podem estar relacionados com a disponibilidade de EPI. Em 28% dos países, os pontos focais indicaram abastecimentos insuficientes de equipamento de protecção individual (EPI) disponível para os profissionais de saúde, com vista a prestar serviços nas unidades de saúde mental. Esta situação foi notificada mais frequentemente na Região Africana (43% dos países) (Figura 14).

Figura 13: Restrições de viagens a limitar o acesso a unidades de saúde, por grupos de rendimento do BM

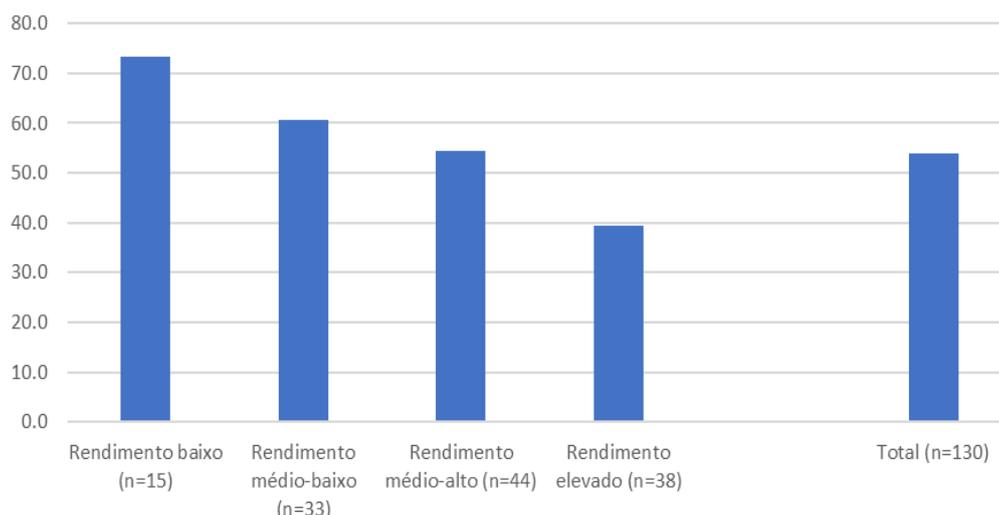
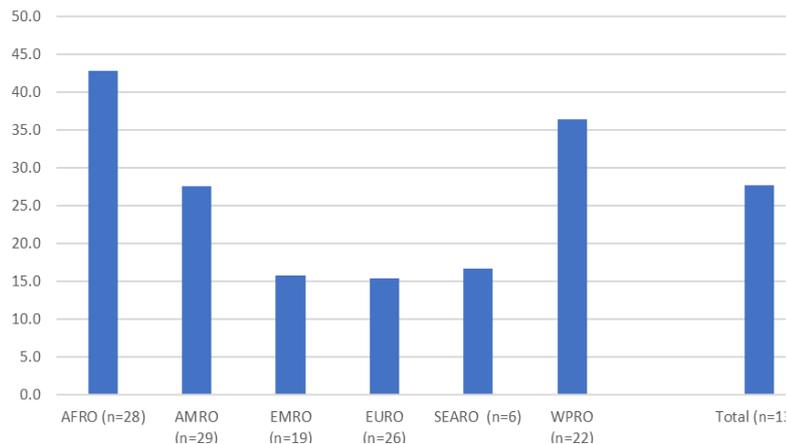


Figura 14: Insuficiência de EPI disponível para os profissionais de saúde prestarem serviços, por região da OMS



3.3.4 Abordagens para superar as perturbações na Região Africana

Os países responderam através de uma lista de verificação sobre as abordagens que estavam a ser utilizadas para superar as perturbações nos serviços com vista à gestão de distúrbios MNS e para prestar apoio de saúde mental e psicossocial. Um país podia assinalar várias opções.

Os resultados são apresentados na Figura 15, em baixo. As medidas aplicadas mais frequentemente para superar as perturbações eram semelhantes a nível mundial, embora houvesse variedade na frequência. As três medidas mais frequentes notificadas foram: a criação de linhas de apoio (50% na AFR vs. 68% a nível mundial); medidas específicas para a prevenção e controlo de infeções nos serviços de saúde mental (50% na AFR vs. 64% a nível mundial); e triagem para identificar as prioridades (50% na AFR vs. 49% a nível mundial). Existiam diferenças acentuadas na frequência da distribuição de telemedicina/teleterapia para substituir as consultas presenciais (32% na AFR vs. 70% a nível mundial) e no uso de auto-ajuda e no

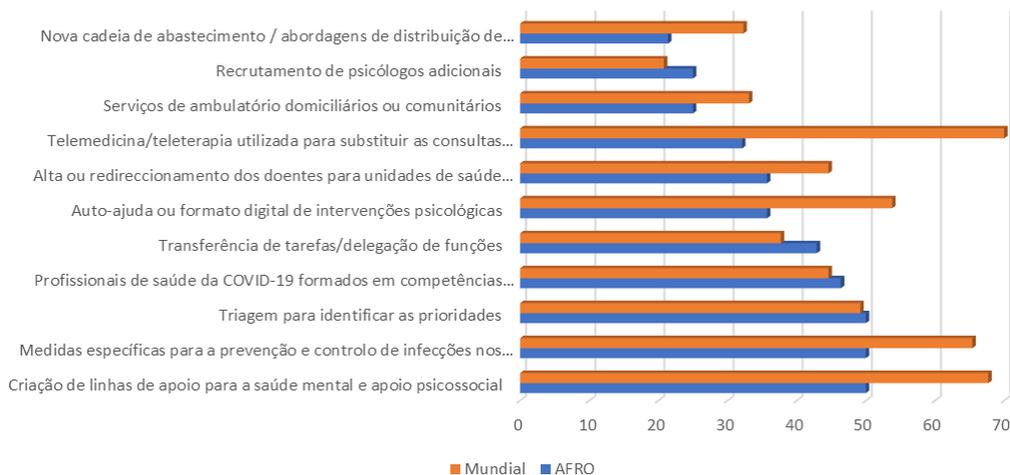
formato digital de intervenções psicológicas (36% na AFR vs. 54% a nível mundial).

A nível mundial, as descobertas relativamente à frequência da telemedicina são consistentes com o recente inquérito de situação sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde, que também identificou a telemedicina entre as abordagens mais frequentes.¹⁷

O recrutamento de psicólogos adicionais e novas abordagens de distribuição de medicamentos estavam entre as abordagens menos notificadas, tanto a nível mundial como na Região Africana. Na Região Africana, pode estar a acontecer que os sistemas de saúde estão já sobrecarregados e não podem reforçar os recursos humanos, e alterar a gestão da cadeia de abastecimento dos medicamentos é um processo envolvente e complexo que não pode ser terminado no período de uma emergência (actualmente menos de nove meses).

¹⁷ Organização Mundial da Saúde. Inquérito de situação sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19. Genebra, 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1

Figura 15: Abordagens para superar as perturbações nos serviços/intervenções relacionados com o tratamento de MNS



A formação em competências psicossociais básicas para os profissionais de saúde nos centros de tratamento da COVID-19 era a abordagem mais frequentemente utilizada nos grupos de baixos rendimentos, tendo sido notificada em 60% dos países (Figura 16). O uso de tecnologia para supeA forma A formação em competências psicossociais básicas para os profissionais de saúde nos centros de tratamento da COVID-19 era a abordagem mais frequentemente utilizada nos grupos de baixos rendimentos, tendo sido notificada

em 60% dos países (Figura 16). O uso de tecnologia para superar as perturbações na prestação de serviços varia consoante o grupo de rendimento. Embora mais de 80% dos países com rendimentos elevados tenham indicado a utilização de telemedicina/teleterapia para substituir as consultas presenciais, ou o uso de linhas de apoio, ambas as modalidades eram utilizadas em menos de 50% dos países com baixos rendimentos (Figura 17).

Figura 16: Abordagens para superar as perturbações nos serviços/intervenções relacionados com o tratamento de MNS no grupo de baixos rendimentos do BM

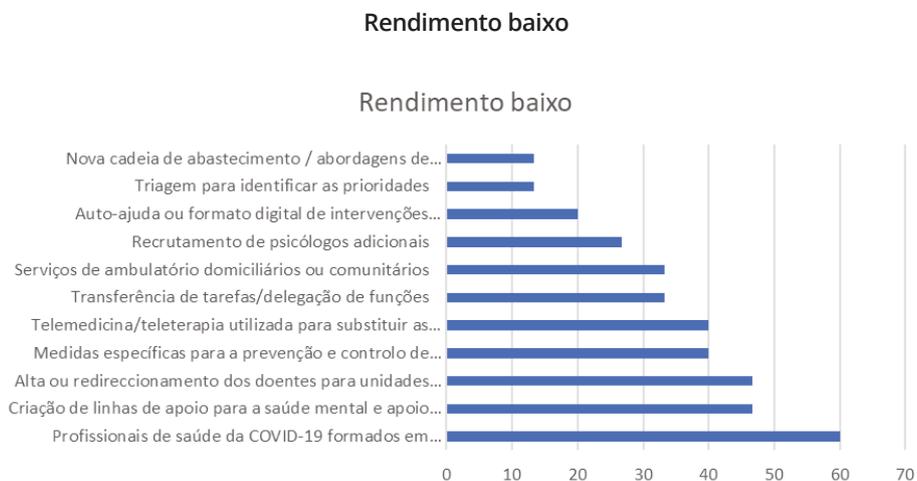
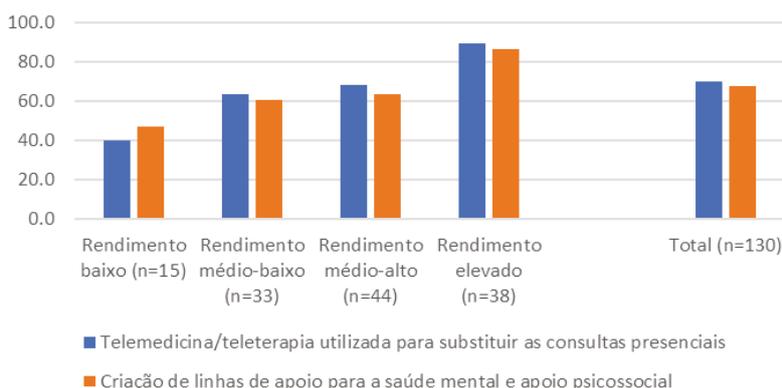


Figura 17: O uso de tecnologia para superar as perturbações na prestação de serviços, por grupos de rendimento do BM



3.4 Vigilância e investigação relativas a distúrbios MNS durante a pandemia de COVID-19

A informação, as evidências e a investigação são ingredientes essenciais para um planeamento e resposta adequados da saúde mental durante qualquer emergência, especialmente em situações novas como a pandemia de COVID-19. A produção de novos conhecimentos através da investigação

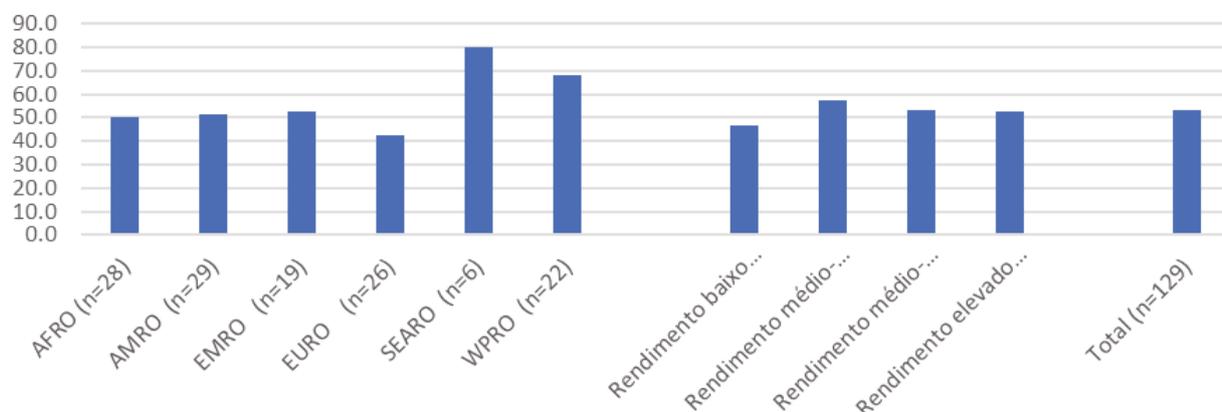
permite que planos e acções tenham como base as evidências e as melhores práticas, e a disponibilidade de informações atempadas e relevantes ou de quadros de vigilância permite a implementação de medidas que serão monitorizadas e melhoradas, assim como a identificação de lacunas na prestação de serviços.¹⁸

3.4.1 Recolha de dados sobre distúrbios ou manifestações MNS

São necessários dados para monitorizar as tendências e melhorar a qualidade dos serviços durante a pandemia através de processos decisórios informados. No entanto, tal como é observado neste inquérito, mais de 40% dos ministérios da saúde a nível mundial não

estão a recolher quaisquer dados sobre distúrbios ou manifestações MNS em pessoas com COVID-19; na Região Africana, a percentagem é de 50%. Entre os grupos com baixos rendimentos, apenas cerca de 48% dos países estão a recolher esses dados (Figura 18).

Figura 18: Recolha de dados sobre MNS em doentes com COVID-19, por região da OMS e grupos de rendimento do BM



3.4.2 Estudos relacionados com o impacto da COVID-19 na saúde mental

Os países foram também solicitados para notificarem quaisquer estudos planeados ou existentes relacionados com o impacto da COVID-19 na saúde mental/saúde do cérebro/consumo de substâncias no país, seja a nível do governo ou de outras partes interessadas. No total, 66% dos países indicaram estudos relacionados com o impacto da COVID-19 na saúde mental, saúde do cérebro ou no consumo de substâncias, sendo o tipo

mais frequente de estudo o impacto na saúde mental (65% dos países). Entre os grupos de rendimento, 80% dos países com rendimentos elevados indicaram estar a realizar estudos sobre o impacto na saúde mental. O número de países a nível mundial que estavam a realizar investigação sobre distúrbios neurológicos ou resultantes do consumo de substâncias era bastante mais baixo (5% e 15%, respectivamente) (Figuras 19 e 20).

¹⁸ Organização Mundial da Saúde. Plano de acção detalhado para a saúde mental 2013-2020 https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

Figura 19: Estudos relacionados com o impacto da COVID-19 no tratamento de MNS, por grupos de rendimento do BM

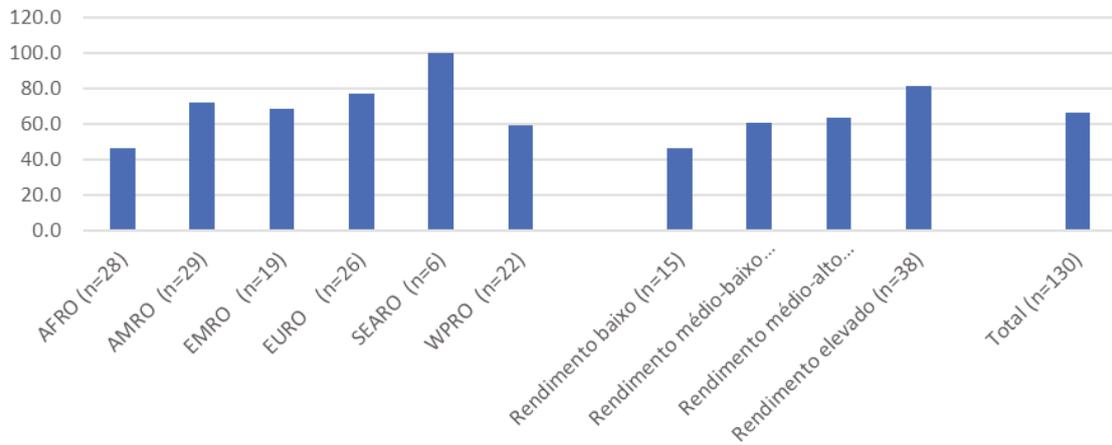


Figura 20: Tipo de estudo relacionado com o impacto da COVID-19



4

CAPÍTULO QUATRO

CONCLUSÃO

4. CONCLUSÃO

Este inquérito fornece informações dos pontos focais em saúde mental dentro dos ministérios da saúde acerca da dimensão das perturbações dos serviços para o tratamento de distúrbios mentais, neurológicos e resultantes do consumo de substâncias, assim como uma indicação da sua experiência na adopção de estratégias para mitigar o impacto na prestação de serviços. Existiam diferenças no tipo de serviços com perturbações, com os serviços de ambulatório e comunitários de saúde mental já de si escassos a serem predominantemente mais afectados.

Os programas de prevenção e promoção da saúde mental sentiram os impactos mais fortes numa altura em que os países mais necessitam deles. Embora se reconheça as limitações de um inquérito desta natureza, incluindo as limitações de um questionário com informações auto-notificadas, os resultados, no entanto, indicam que se sistemas de saúde robustos podem ficar rapidamente sobrecarregados e comprometidos, o impacto em sistemas de saúde mais fracos na Região Africana é ainda mais acentuado.

Estão a ser aplicados métodos inovadores em muitos países através de telesserviços e linhas de apoio; no entanto, recursos limitados são um desafio à utilização dessas ferramentas em contextos de rendimentos mais baixos. Ferramentas como a partilha de tarefas através do reforço das capacidades de profissionais de saúde a nível geral aparentam ser subutilizadas, provavelmente devido à falta de fundos para a formação e pagamento de subsídios aos funcionários mobilizados e redistribuídos.

Embora a sensibilização a nível mundial para a inclusão da saúde mental nas respostas à COVID-19 tenha resultado numa melhor integração nos planos, nas plataformas multisectoriais de coordenação e na recolha regular de dados, continua a existir uma lacuna no financiamento e recursos humanos alocados para integrar a saúde mental na resposta a emergências, o que constitui um desafio significativo e uma barreira à continuidade dos serviços. A pandemia de COVID-19 realça a importância de incluir o MHPSS não só na resposta a emergências e na recuperação, mas também antes das emergências através de medidas de integração nos planos e esforços de preparação.

O documento com as orientações interinas da OMS intitulado *“Manter os serviços essenciais de saúde: orientações operacionais para o contexto da COVID-19”* inclui uma secção com adaptações específicas e considerações para a prestação segura de serviços de tratamento de MNS, incluindo cuidados intensivos de emergência, orientações para cuidados de ambulatório e outros contextos. Embora muitos países estejam a implementar as estratégias recomendadas pela OMS para mitigar as perturbações nos serviços, são necessárias mais informações para identificar quais são as abordagens que funcionam em diferentes contextos durante as diferentes fases da pandemia. As decisões acerca da natureza e o momento das adaptações à prestação de serviços devem ser informadas através de dados precisos e atempados. À medida que a pandemia diminui e aumenta nos próximos meses, é necessária uma monitorização em tempo real das alterações na prestação e utilização dos serviços.

ANEXO 1: LISTA DE PAÍSES PARTICIPANTES DA REGIÃO AFRICANA

Estados-Membros da OMS

	Estado-Membro	Ponto focal responsável pela resposta
1	Argélia	Mohamed Chakali
2	Benim	François Agossou
3	Botsuana	Moagi Gaborone
4	Burquina Faso	Marie Emmanuelle Zouré
5	Burundi	Jérôme Ndaruhutse
6	Cabo Verde	Aristides Delgado da Luz
7	Camarões	Justine Laure Menguene Mviena
8	Congo	Rosalie Likibi-Boho
9	Côte d'Ivoire	Anna-Corinne Bissouma
10	Guiné Equatorial	Ana Bella Ekiri Nguie
11	Eritreia	Theodros Tekeste
12	Etiópia	Dereje Assefa Zewude
13	Gana	Akwasi Osei
14	Guiné	Kemo Soumaoro
15	Quênia	Simon Njuguna, Mercy Karanja
16	Libéria	Angie Tarr Nyakoon
17	Madagáscar	Glenn Torrencelli Edosoa
18	Mali	Cheickna Tounkara
19	Namíbia	Magdalena Didalelwa
20	Nigéria	Benjamin Aiwonodagbon
21	Senegal	Jean Augustin Diégane Tine
22	Seicheles	Gina Michel
23	Serra Leoa	Kadiatu Savage
24	África do Sul	Ad Shiba
25	Sudão do Sul	Joseph Mogga
26	Togo	Kolou Dassa
27	Zambia	John Mayeya
28	Zimbabwe	SM Chirisa



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL para a

África