



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

INDICAÇÃO Nº 227/2022

Indica a realização de estudos e análises sobre a criação, implementação, sistematização e análises de resultados do Plano Municipal de Saúde Mental – considerando o “pós-pandemia”, a pós-modernidade.

Apresentamos, muito respeitosamente, ao Excelentíssimo Senhor Prefeito Municipal, a presente Indicação para que, em consonância aos demais órgãos desta Preclara Administração Pública, Secretarias, Coordenadorias e Gerências, credoras do nosso mais profundo respeito, se dignem na realização de estudos e análises sobre a criação, implementação, sistematização e análises de resultados do Plano Municipal de Saúde Mental, integrando os diversos serviços públicos municipais de saúde mental e avançando na saúde mental do “pós-pandemia, da pós-modernidade.

À guisa de considerações, Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, desenvolveram teorias nas quais criaram termos de estruturação da psicologia, da psiquiatria, buscando estudar e entender os meandros da psique (alma) humana. Dessa forma, de um todo da psique dividiram em: consciência (parte da psique conhecida pelo homem – originária do inconsciente e das percepções externas); inconsciente (parte da psique, à priori, desconhecida pelo homem, mas que dialoga com o consciente, pois possui força criativa); ego (o eu de cada indivíduo, a consciência); Self (essência do ser humano, central na psique, presente no inconsciente, mas que nos individualiza, nos confere personalidade; e a individuação (processo de revelação, realização e consolidação da nossa essência original). Como a psicologia possui um viés teleológico, ou seja, de que nossa existência tem um sentido, então, ao propor a presente Indicação, objetivando a realização de estudos e análises sobre a criação, implementação, sistematização e análises de resultados do Plano Municipal de Saúde Mental, propomos, em síntese apertada, sejam propostas / disponibilizadas políticas públicas que auxiliem a população

PROTÓCOLO 284/2022 - 12/01/2022 10:51



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

a manter a saúde mental saudável, equilibrada em tempos de “pós-pandemia” e pós-modernidade. Ou seja, se há quebras de paradigmas humanos, sejam eles advindos do inconsciente coletivo ou do inconsciente pessoal, da fruição dos arquétipos da persona, das sombras, a sociedade pode agir, como vem fazendo quando disponibiliza tratamentos especializados de saúde mental, mas pode também, criar meios, mecanismos e ações, para integrar a saúde mental coletiva (à luz do experienciado pela pandemia do coronavírus e pela quebra de paradigmas advindos desse evento e das “crises” da pós-modernidade), na integração de políticas públicas de saúde mental / psicossocial – disponibilizadas à população.

Zygmunt Bauman leciona: Os teóricos franceses falam de précarité, os alemães de Unsicher/zeit e Risikogesellschaft, os italianos de incertezza e os ingleses, de insecurity–mas todos têm em mente o mesmo aspecto da condição humana, experimentada de várias formas e sob nomes diferentes por todo o globo [...] O fenômeno que todos esses conceitos tentam captar e articular é a experiência combinada da falta de garantias (de posição, títulos e sobrevivência), da incerteza (em relação à sua continuação e estabilidade futura) e de insegurança (do corpo, do eu e de suas extensões: posses, vizinhança, comunidade).

Ato contínuo, segue estudo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) sobre o impacto na saúde mental das pessoas advindo da pandemia do Covid-19, “data máxima vênia”, e “in verbis”:

Resumo

A pandemia COVID-19 está tendo um grande impacto na saúde mental das populações nas Américas. Estudos mostram altas taxas de depressão e ansiedade, entre outros sintomas psicológicos, especialmente entre mulheres, jovens, pessoas com condições de saúde mental pré-existent, profissionais de saúde e pessoas vivendo em condições vulneráveis. Os sistemas e serviços de saúde mental também foram severamente afetados pela pandemia. A falta de investimentos financeiros e humanos em serviços de saúde mental, a implementação limitada da abordagem descentralizada de atenção à comunidade e políticas para enfrentar a lacuna de saúde mental na Região antes da pandemia contribuíram para a crise atual. Os países das Américas devem urgentemente fortalecer suas respostas à saúde mental ao COVID-19, tomando medidas para expandir os serviços de saúde mental e apoio psicossocial para todos,



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

alcançar populações marginalizadas e em risco e recriar melhores sistemas e serviços de saúde mental para o período pós-pandemia.

Introdução

A Região da OMS das Américas compreende 51 países e territórios, abrangendo a América do Norte, América Central e do Sul, e as sub-regiões do Caribe, com uma população de quase um bilhão. ¹ Esta região tem sido a área geopolítica mais afetada pelo COVID-19 em termos de casos acumulados e óbitos, representando, respectivamente, 39% de todos os casos e 46% das mortes globalmente até o final de setembro de 2021. ² Esta emergência de saúde pública na América Latina e no Caribe foi exacerbada por desafios sociais e econômicos subjacentes associados a mecanismos fracos de proteção social, sistemas de saúde fragmentados e profundas desigualdades. ³

Dados disponíveis da Região mostram que a pandemia COVID-19 está tendo impactos profundamente adversos na saúde mental no nível populacional, juntamente com a grave interrupção dos serviços de saúde mental. A não priorização da saúde mental antes da pandemia tem dificultado as respostas adequadas às necessidades atualmente elevadas de saúde mental.

Neste artigo de política de saúde, examinamos os impactos da pandemia COVID-19 sobre a saúde mental das populações e sistemas e serviços de saúde mental na Região das Américas. Com base em nossos achados, oferecemos recomendações políticas e de programação para melhorar a situação de saúde mental durante a pandemia e fortalecer as respostas à saúde mental à medida que os países transformam seus sistemas de saúde no período pós-pandemia.

Métodos

Realizamos uma revisão narrativa baseada em uma pesquisa no PubMed para artigos publicados online ou impressos entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de agosto de 2021, sobre "saúde mental", "depressão", "ansiedade" ou "estresse" e "COVID-19" na Região das Américas, incluindo apenas artigos publicados em inglês ou espanhol. Também realizamos pesquisas acadêmicas do Google e do Google sobre a literatura cinzenta usando os mesmos termos de pesquisa.

Saúde mental antes da pandemia COVID-19



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

A situação global

Uma em cada quatro pessoas em todo o mundo experimentará uma condição de saúde mental durante a vida,⁴ mais de três milhões de pessoas morrerão como resultado do uso prejudicial de álcool a cada ano,⁵ e quase um milhão perderão suas vidas por suicídio.⁶ Os transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias (MNS) representam 12% de todos os anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs).⁷ No entanto, apesar da alta carga global dos transtornos do MNS e dos custos econômicos substanciais associados — estima-se que até 2030, a saúde mental custará à economia global US\$ 16 trilhões ^{em}8dólares — a saúde mental continua sendo uma área severamente negligenciada da saúde pública.

Visivelmente ausente dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (ONU), a saúde mental foi incluída nos Objetivos subsequentes de Desenvolvimento Sustentável (ODS) adotados em 2016 sob a Meta 3.4. Em 2018, os Estados membros da Assembleia Geral das Nações Unidas ampliaram o foco nas quatro principais doenças não transmissíveis e fatores de risco relacionados a uma abordagem cinco por cinco que incluía transtornos mentais.⁹

No entanto, a carga das condições de saúde mental continua a subir,¹⁰ e a grande maioria das pessoas afetadas ainda não tem acesso a tratamento de qualidade. As pessoas que sofrem de distúrbios do MNS são frequentemente vítimas de estigma e discriminação, e até mesmo grosseiras abusos de direitos humanos. Há uma enorme lacuna entre a carga global de saúde mental e o investimento, com os países gastando em média apenas 2% de seu orçamento global de saúde em saúde mental, enquanto a assistência ao desenvolvimento internacional para a saúde mental também representa menos de 1% de todos os recursos direcionados à saúde.¹¹ Embora tenham sido feitos avanços significativos na pesquisa e inovação global em saúde mental, a ampliação de estratégias e intervenções comprovadas em saúde mental para atender às necessidades crescentes continua a ser um desafio.

A situação nas Américas

A Região das Américas é caracterizada pela considerável diversidade nos tamanhos populacionais nacionais, indicadores socioeconômicos, desigualdades, diferenças étnicas e culturais e divisões urbano-rurais, que contribuem para as amplas disparidades existentes



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

dentro e entre países e se manifestam na carga das condições de saúde mental, disponibilidade e alocação de recursos e acesso a serviços e tratamento em saúde mental.⁷

Os transtornos de MNS e o suicídio são causas significativas de incapacidade e mortalidade, representando mais de um terço (34%) do total de anos vividos com deficiência (YLDs) e um quinto (19%) do total de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs).⁷ Os transtornos depressivos são a maior causa única de incapacidade nas Américas, representando 7·8% da incapacidade total, seguidos por transtornos de ansiedade em 4·9%.⁷ Quase 100.000 pessoas morrem por suicídio a cada ano, com a Guiana e o Suriname incluídos entre os dez países com as maiores taxas de suicídio do mundo.¹²

Grandes lacunas permanecem entre o número de pessoas que precisam de cuidados de saúde mental e aqueles que o recebem, com a diferença média de tratamento chegando a 82·2% para transtornos de uso de substâncias.¹³ Dentro dos países, o acesso aos serviços de saúde mental pode diferir muito, com grupos vulneráveis, como pessoas vivendo em situação de pobreza e povos indígenas e afrodescendentes, tendo acesso reduzido.

Os gastos com saúde mental na Região, em média cerca de 2% do gasto público total com saúde, muitas vezes são inadequados e ineficientes alocados, com uma média de 61% desembolsados para hospitais psiquiátricos, (aproximando-se de 100% em países não latinos do Caribe).¹⁴ Há também uma escassez de recursos humanos em saúde mental, com média de 10·3 trabalhadores de saúde mental por 100.000 habitantes (variando de menos de um por 100.000 habitantes em países de baixa renda a mais de 50 por 100.000 habitantes em países de alta renda).¹⁴

Apesar do compromisso de muitos países da América Latina com os princípios consagrados na Declaração de Caracas (1990), o modelo de asilo psiquiátrico continua a dominar a prestação de serviços de saúde mental. Os hospitais psiquiátricos ainda mantêm um grande número de leitos, especialmente em países de alta renda do Caribe não latino. As Américas também têm o maior percentual (20%) de internações em todas as Regiões da OMS, ultrapassando cinco anos em hospitais psiquiátricos.¹⁴

Prevê-se que as necessidades de saúde mental só continuarão a crescer na região das Américas. Na próxima década, a população acima de 60 anos na América Latina e no Caribe representará



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

pelo menos 18% da população geral, número que chegará a quase 25% até 2050 e até 30% em vários países. ¹⁵ Segundo a OMS, um em cada cinco adultos com mais de 60 anos sofre de transtorno mental ou neurológico. Além disso, a mudança climática, considerada "a maior ameaça à saúde global do século 21", está prevista para amplificar os problemas de saúde mental nas Américas. O aumento das temperaturas aumentou o número e a intensidade de tempestades tropicais e inundações na Região, com 335 desastres climáticos ocorrendo entre 2005 e 2014, um aumento de 14% em relação à década anterior. ¹⁶ As mudanças climáticas têm sido associadas a impactos adversos à saúde mental, bem como ao aumento das taxas de suicídio. ¹⁷

O impacto na saúde mental da pandemia COVID-19 nas Américas

Saúde mental das populações

O primeiro caso de COVID-19 nas Américas foi confirmado em 20 de janeiro de 2020, e a pandemia afetou desproporcionalmente esta Região. Até setembro de 2021, foram mais de 82 milhões de casos de COVID-19 e mais de 2 milhões de mortes relacionadas. ¹⁸

Além do impacto na saúde e na perda de vidas, a pandemia tem gerado consequências socioeconômicas significativas. Em 2020, toda a região das Américas, e particularmente a América Latina e o Caribe, experimentaram aumentos significativos no desemprego, pobreza e insegurança alimentar devido ao COVID-19. ¹⁹ Além disso, registros de linhas de ajuda, boletins de ocorrência e outros prestadores de serviços indicaram aumento nos casos notificados de violência doméstica, em especial maus tratos infantis e violência de parceiros íntimos contra mulheres, ²⁰ com altos índices de violência na Região, relatados como três vezes a média global antes da pandemia. ^{21,22}

Países das Américas também relataram uma piora de sua saúde mental populacional. Nos Estados Unidos, as taxas de ansiedade e depressão atingiram 37% e 30%, respectivamente, no final de 2020, em comparação com frequências pré-pandemias de 8· 1% para sintomas de transtorno de ansiedade e 6· 5% para sintomas de transtorno depressivo em 2019. ²³ Da mesma forma, a proporção de canadenses relatando altos níveis de ansiedade quadruplicou e a depressão dobrou, com taxas chegando a 28% e 17% respectivamente, em maio de 2021. ²⁴ No Peru, a prevalência de sintomas depressivos durante o bloqueio nacional do país em maio de 2020 foi cinco vezes maior do que o relatado anteriormente em nível nacional em 2018 (34·



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

9% vs. 6· 4%, respectivamente). ²⁵ Durante o bloqueio geral da Argentina, os habitantes apresentaram ansiedade substancial e sintomas depressivos, com 33% e 23% dos participantes relatando possíveis síndromes depressivas e de ansiedade. ²⁶ Uma pesquisa nacional no Brasil encontrou prevalências de depressão e ansiedade de até 61% e 44%, respectivamente. ²⁷ Um estudo no México documentou sintomas de estresse pós-traumático clinicamente significativo em 28% da população estudada. ²⁸ Dos estudos citados, foram relatadas maiores taxas de sintomas de saúde mental por mulheres, pessoas com menos de 35 anos, pessoas com condições de saúde mental pré-existent e aquelas de menor nível econômico e educacional.

Pessoas infectadas e em recuperação do COVID-19 estão experimentando altas taxas de problemas de saúde mental. Em pessoas sem histórico psiquiátrico prévio, o diagnóstico de COVID-19 esteve associado ao aumento da incidência de um primeiro diagnóstico psiquiátrico nos 14 a 90 dias seguintes em comparação com outros seis eventos de saúde. ²⁹ A taxa de incidência foi maior para transtornos de ansiedade, insônia e demência. A incidência estimada de um diagnóstico neurológico ou psiquiátrico nos 6 meses seguintes à infecção pelo COVID-19 foi de 33·62%, com 12·84% recebendo seu primeiro diagnóstico desse tipo. ³⁰ Riscos foram maiores em, mas não limitados a, pessoas com COVID-19 severo.

A pandemia COVID-19 também contribuiu para a recaída e a exacerbação dos sintomas de saúde mental em pessoas com condições de saúde mental pré-existent. ³¹ Pessoas com condições psiquiátricas anteriores apresentaram escores significativamente mais elevados em escalas para distúrbio psicológico geral, transtorno de estresse pós-traumático e depressão. ³² Além disso, indivíduos com diagnóstico recente de transtorno mental apresentaram maior risco de infecção por COVID-19 e também têm maior frequência de desfechos adversos, representando um fator de risco adicional para o agravamento da saúde mental. ³³

Trabalhadores da saúde e da linha de frente que enfrentam riscos físicos aumentados, altas demandas de trabalho e estigmatização social também foram fortemente impactados pela pandemia. Até maio de 2021, o número de trabalhadores da saúde infectados pelo COVID-19 na América Latina e no Caribe ultrapassou 1,8 milhão, enquanto 9.000 haviam morrido pelo vírus. ³⁴ Adicionalmente, 53· 0% dos profissionais de saúde pública dos EUA relataram sintomas de pelo menos uma condição de saúde mental nas duas semanas anteriores, incluindo depressão (32· 0%), ansiedade (30· 3%), TEPT (36· 8%), e ideação suicida (8· 4%). Estudos



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

da Argentina,³⁵ Chile,³⁶ México,³⁷ e Trinidad e Tobago³⁸ também encontraram altas taxas de depressão, ansiedade, estresse e insônia entre os profissionais de saúde.

Em março de 2020, mais de 154 milhões de crianças (95% das matriculadas) na América Latina e no Caribe, estavam fora da escola devido ao COVID-19.³⁹ Um ano depois, 114 milhões dessas crianças ainda não tinham voltado à escola.⁴⁰ Além dos fechamentos de escolas, que atrapalham as rotinas cotidianas, a aprendizagem e a socialização, crianças e adolescentes têm enfrentado a perda de entes queridos e aumentado as adversidades em seus ambientes domésticos, incluindo o aumento do risco de violência doméstica. Em 2020, *27% dos adolescentes e jovens pesquisados na América Latina e no Caribe relataram sentir ansiedade e 15% de depressão na semana anterior.*⁴¹ *Outro estudo de adolescentes de 15 a 29 anos em países da América Latina e caribe descobriu que 52% haviam experimentado estresse mais significativo, e 47% tiveram episódios de ansiedade ou ataques de pânico durante sua quarentena.*⁴² Adolescentes na Guiana apresentaram altas taxas de ansiedade (44%) e depressão (31%), e mais de um terço relatou aumento do uso de drogas e um quarto considerou atos de automutilação.⁴³

Cuidadores de crianças também enfrentam desafios de saúde mental; 85% dos cuidadores entrevistados na Colômbia, Costa Rica, El Salvador e Peru relataram pelo menos um sintoma de deterioração da saúde mental durante a pandemia, incluindo sentir-se triste (48%), temer (60%) e ter insônia (59%).⁴⁴ Pais, cuidadores não remunerados de adultos e pais-cuidadores (pessoas em ambos os papéis) nos Estados Unidos apresentaram saúde mental significativamente pior do que os adultos que não nessas funções, incluindo cinco vezes as chances de qualquer sintoma adverso de saúde mental (pais-cuidadores).⁴⁵

A Região das Américas tem uma grande população de povos indígenas (54· 8 milhões na América Latina e Caribe e 7· 6 milhões na América do Norte).⁴⁶ Embora os dados sobre a saúde mental das minorias étnicas e populações indígenas durante a pandemia sejam limitados, é evidente que as populações indígenas foram adversamente impactadas.⁴⁶ Antes da pandemia, as comunidades indígenas historicamente marginalizadas, experimentaram maiores taxas de problemas de saúde mental em comparação com comunidades não indígenas, incluindo altas taxas de uso de substâncias e taxas de suicídio substancialmente maiores entre os jovens.⁴⁷



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

Maior suscetibilidade ao COVID-19 e aos desafios relacionados à saúde mental, bem como taxas desproporcionais de condições de saúde mental pré-existent, foram fatores relevantes.

Os dados sugerem que a saúde mental piorou progressivamente em muitos países das Américas durante o primeiro ano da pandemia. Um estudo do Fórum Econômico Mundial constatou que, um ano após o início da pandemia, uma média de 45% dos adultos de 30 países pesquisados relataram que sua saúde emocional e mental havia se deteriorado. Entrevistados da Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Peru e Estados Unidos relataram pior saúde mental em níveis superiores à média global.⁴⁸ Há também relatos de melhorias nos sintomas de saúde mental de estudos nos Estados Unidos²³ e Canadá,²⁴ embora as frequências de depressão e ansiedade não tenham retornado às taxas pré-pandemias, e essas taxas nacionais podem mascarar disparidades entre as subpopulações. Embora os dados sobre os impactos na saúde mental do COVID-19 de países de baixa e média renda sejam bastante escassos, é provável que esses países, que têm taxas de vacinação mais lentas e recuperação econômica atrasada, continuem a sofrer consequências prolongadas para a saúde mental.

A pandemia também tem sido associada a mudanças nos comportamentos de uso de álcool e substâncias. Um estudo de adultos americanos relatou que 13·3% iniciaram ou aumentaram o uso de substâncias ilícitas para lidar com o estresse ou as emoções relacionadas ao COVID-19,⁴⁹ e dados adicionais sugerem uma aceleração das mortes por overdose durante 2020.⁵⁰ Da mesma forma, 23·3% dos canadenses entrevistados relataram beber mais álcool em comparação com o período pré-pandemia⁵¹. Mais canadenses também necessitaram de cuidados hospitalares para danos causados por substâncias como álcool, opioides e estimulantes entre março e setembro de 2020, em comparação com o mesmo período de 2019.⁵² Uma pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde em 2020 em 33 países e dois territórios da América Latina e caribe, concluiu que medidas de quarentena estavam associadas à bebida social online e à bebida com uma criança presente. Houve também associação positiva entre ansiedade e padrões de consumo de álcool, como beber antes das 17h e beber episódicos pesados.⁵³

Serviços de saúde mental

A pandemia COVID-19 também levou a interrupções significativas nos serviços de saúde mental em todas as Américas. De acordo com uma avaliação rápida da OMS para a prestação



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

de serviços para transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias, concluída por 29 países e quatro territórios, em um quarto dos países, pelo menos 75% dos serviços relacionados ao MNS foram relatados como sendo completamente ou parcialmente interrompidos. ⁵⁴ serviços ambulatoriais e comunitários de MNS, como creches e serviços de cuidados domiciliares, foram particularmente interrompidos. Numa época em que eram mais necessários, os serviços de saúde mental de alguns dos grupos mais vulneráveis, como mulheres que necessitavam de intervenções pré-natal e pós-natal, crianças e adolescentes com condições de saúde mental ou deficiências, e pessoas com transtornos de uso de substâncias, também foram severamente interrompidos.

A segunda rodada de uma pesquisa de pulso da OMS sobre serviços essenciais de saúde realizada no período de janeiro a março de 2021, com dados de 29 países das Américas, documentou interrupções persistentes dos serviços de MNS em 60% dos países. ⁵⁵ Esta área do programa de saúde apresentou as maiores taxas de interrupção. Note-se que os serviços para transtornos de MNS apresentaram níveis semelhantes ou maiores de interrupção em 2021 em relação à avaliação inicial da pesquisa, realizada em 2020. Esses achados são apresentados na Tabela 1.

Mesa 1. Principais interrupções nos serviços de transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias (MNS) resultantes do COVID-19: Comparação das Rodadas 1 e 2 da Pesquisa Nacional de Pulso da OMS sobre a continuidade dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia COVID-19. ^{54,55}

Tipo de serviço MNS	% dos países que sofrem interrupções (proporção de países que respondem que sofrem interrupções)	
	Primeira Rodada: Maio-2 ^a Julho 2020	Rodada: Janeiro- Março 2021
Gestão de manifestações emergenciais do MNS	44% (11/25)	52% (12/23)
Aconselhamento para transtornos de MNS	61% (17/28)	71% (17/24)



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

Tipo de serviço MNS	% dos países que sofrem interrupções (proporção de países que respondem que sofrem interrupções)	
	Primeira Rodada: Maio-2ª Rodada: Janeiro-Julho 2020	Março 2021
Prescrições para medicamentos para transtorno de MNS	41% (11/27)	48% (11/23)
Serviços para crianças e adolescentes com condições de saúde mental/deficiência	69% (18/26)	62% (13/21)
Serviços para idosos com condições de saúde mental/deficiência	62% (16/26)	67% (14/21)
Programas de saúde mental escolar	80% (20/25)	69% (9/13)
Programas de prevenção ao suicídio	62% (13/21)	57% (8/14)
Programas de prevenção e gestão de overdoses	67% (10/15)	50% (3/6)
Serviços críticos de redução de danos	75% (12/16)	50% (3/6)

O caminho a seguir

Os países da região das Américas devem tomar medidas imediatas para fortalecer seus sistemas e serviços de saúde mental para atender às crescentes demandas por saúde mental e apoio psicossocial. Além disso, os governos devem ver a pandemia COVID-19 como uma oportunidade para reforçar seus sistemas de saúde mental em preparação para futuras emergências, à medida que buscam reconstruir melhor e mais justo. Embora o grau em que os países possam fortalecer e reformar a saúde mental varie de acordo com seus diversos contextos nacionais, existem as principais recomendações de política de saúde mental e programação que se aplicam a todos os países da Região durante a pandemia e no período pós-pandemia.

Dimensionamento de MHPSS de emergência

Uma boa saúde mental não é apenas essencial para a saúde física e o bem-estar geral, é também um direito humano fundamental. Durante uma crise da escala da pandemia COVID-19, todas



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

as pessoas devem ter acesso igual e ininterrupto a MHPSS de qualidade que atenda às suas necessidades e respeite seus direitos humanos. Os países devem priorizar e fornecer recursos adequados para a saúde mental e apoio psicossocial. Esses serviços devem atender às necessidades da população e serem integrados a sistemas como atenção básica, educação, serviços sociais e sistemas de apoio à comunidade, para alcançar mais pessoas e reduzir o estigma. ⁵⁶ Dado o grau de interrupções nos serviços de saúde mental, os países devem empregar essas abordagens inovadoras para garantir que todos tenham acesso ao MHPSS.

A capacitação em saúde mental é uma estratégia fundamental para que os países atendam ao aumento da demanda por MHPSS. Os trabalhadores não especializados em saúde, incluindo os prestadores de cuidados primários, podem desempenhar um papel importante na entrega de MHPS na comunidade, dado os recursos humanos limitados. Esse pessoal deve ser treinado em ferramentas como o Guia de Intervenção do Programa de Lacunas em Saúde Mental da OMS (mhGAP-IG), que orienta a detecção, o gerenciamento e o acompanhamento de transtornos mentais comuns, incluindo depressão, psicose e automutilação/suicídio, entre outros. ⁵⁷ O Guia de Intervenção Humanitária mhGAP (MHGAP-HIG), adaptado aos contextos de emergência humanitária, também inclui módulos sobre estresse agudo, luto e transtorno de estresse pós-traumático. ⁵⁸ O treinamento de atualização é essencial para reforçar as habilidades aprendidas, assim como o apoio contínuo e a supervisão de especialistas em saúde mental. Os master trainers também podem apoiar a entrega de um modelo em cascata, no qual esses facilitadores treinam grupos adicionais de provedores não especializados (ou seja, treinar os treinadores). Para tornar a integração da saúde mental na atenção primária à saúde mais eficaz e sustentável, e continuar fortalecendo as capacidades de saúde mental dos profissionais, os países devem operacionalizar o MHGAP, delineando um programa global de treinamento do MHGAP, sua implementação, monitoramento, supervisão, acompanhamento e avaliação. Além disso, trabalhadores de linha de frente e membros da comunidade cumprem um papel importante e podem ser treinados para fornecer intervenções psicossociais, como o Psychological First Aid (PFA), com treinamento culturalmente apropriado em MHPSS projetado para atender às necessidades de diferentes grupos de risco.

Em resposta às restrições aos serviços de saúde mental presenciais, a pandemia exigiu abordagens alternativas à prestação de serviços do MHPSS, incluindo intervenções remotas. A saúde tele-mental é reconhecida como uma alternativa eficaz ao cuidado presencial para uma



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

variedade de condições de saúde mental, e a pandemia acelerou as inovações, incluindo a adoção de novas legislações e regulamentos para promover o uso desses serviços.⁵⁹ Um total de 82· 8% dos países das Américas relataram usar telemedicina/teleterapia para superar interrupções nos serviços, enquanto 79· 3% usaram linhas de ajuda, e 58· 6% empregam autoajuda ou o formato digital de intervenções psicológicas.⁵⁴ Esses desenvolvimentos tecnológicos não têm sido uniformes, porém, pois alguns países ainda carecem de estruturas básicas de infraestrutura e políticas.⁶⁰ Além disso, o acesso injusto ao MHPSS remoto em configurações com acesso restrito de telefone, eletricidade ou Wi-Fi, bem como acesso limitado para pessoas com deficiência e deficiências sensoriais, permanecem questões preocupantes.⁶¹ Países devem trabalhar para melhorar e ampliar a saúde tele-mental, construindo infraestrutura, desenvolvendo quadros políticos e legislação, e facilitando o treinamento relevante da força de trabalho, ao mesmo tempo em que se esforçam para minimizar as iniquidades. No período pós-pandemia, também será importante que os países sustentem e se base em nos avanços da saúde tele-mental feitos durante a pandemia, replicando práticas bem-sucedidas e desenvolvendo novas tecnologias.⁶⁰

Não deixando ninguém para trás (grifos nossos)

Ao garantir o acesso ao SNS para todos durante a pandemia, os países devem atingir populações que se mostram mais necessitadas de apoio à saúde mental, incluindo, mas não se limitando a trabalhadores de linha de frente e profissionais de saúde, crianças e adolescentes, mulheres, pessoas com condições de saúde mental pré-existentes, minorias raciais e étnicas e povos indígenas. Políticas adequadas devem ser implementadas para prevenir e mitigar as consequências das iniquidades sociais, da violência e da discriminação contra esses grupos. Proteções sociais que fornecem apoio econômico, assistência alimentar e habitacional, proteção de sustento e cuidados com crianças também são essenciais para minimizar fatores de risco para condições de saúde mental para grupos em situação de vulnerabilidade. Aqueles com maior risco de contração do COVID-19, como trabalhadores de saúde e linha de frente, mas também pessoas com transtornos mentais graves,⁶² povos indígenas, grupos migrantes e pessoas vivendo em situação de vulnerabilidade, devem ser priorizados para a vacinação COVID-19. Materiais de comunicação que não só fornecem informações sobre o COVID-19, mas também promovem o bem-estar psicossocial e conectam as pessoas aos serviços adequados do MHPSS são outro componente-chave do MHPSS durante esta emergência de saúde pública e devem ser



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

adaptados para alcançar grupos de risco. Esses materiais devem ser adequados à idade, acessíveis às pessoas com deficiência, usar idiomas locais e serem disseminados através de plataformas apropriadas para o público pretendido. ⁶³ Campanhas de comunicação que combatem o estigma relacionado ao COVID-19, particularmente contra grupos vulneráveis, também são importantes. Para entender melhor as necessidades de saúde mental dos grupos de risco para informar as intervenções adequadas, os países devem priorizar a coleta de dados, envolvendo os principais grupos de risco no processo de tomada de decisão e os resultados de relatórios desagregados por fatores relevantes.

Transformando sistemas de saúde mental para o futuro

A pandemia COVID-19 representa uma oportunidade única para os países das Américas catalisarem a reforma da saúde mental e construir melhores sistemas de saúde mental pós-emergência. A maior visibilidade e priorização da saúde mental como resultado da pandemia fornece uma janela para defender a mudança da saúde mental a longo prazo. ⁶⁴ A pandemia tem destacado lacunas e falhas de longa data na saúde mental, a importância da saúde mental para a saúde e o bem-estar em geral e o papel essencial da saúde mental em emergências. A construção de melhores sistemas e serviços de saúde mental exigirá a integração da saúde mental à Cobertura Universal de Saúde (UHC); escalonamento e realocação de fundos para a saúde mental; e um compromisso renovado com a assistência à saúde mental de base comunitária, fundamentado nos direitos humanos.

A pandemia COVID-19 expôs lacunas existentes na cobertura dos serviços de saúde mental, enfatizando a importância da integração da saúde mental à UHC, onde todas as pessoas recebem serviços de saúde de qualidade que atendam às suas necessidades, sem exposição a dificuldades financeiras na obtenção desses serviços. ⁶⁵ Em 2018, a *Comissão Lancet de Saúde Mental Global e Desenvolvimento Sustentável* identificou a saúde mental como um componente essencial da cobertura universal de saúde. ⁶⁶ As principais estratégias de integração bem-sucedida incluem a incorporação da saúde mental na legislação nacional de saúde, políticas e programas, em particular dentro das reformas da UHC; a adoção de uma abordagem baseada em direitos; a integração da saúde mental na atenção primária à saúde; a inclusão de cuidados com transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias em pacotes de benefícios e programas de benefícios de saúde; e o aumento do investimento em saúde mental. ⁶⁷



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

Aumentar e realocar fundos de longo prazo para a saúde mental é essencial para reduzir a lacuna do tratamento de saúde mental e alcançar a UHC. Investir em saúde mental gera fortes retornos; para cada dólar americano investido no tratamento da depressão e ansiedade, há um retorno de US \$ 4 em melhor saúde e capacidade de trabalhar. ⁶⁸ Um estudo realizado na Jamaica mostrou retornos sobre investimentos para intervenções que abordam ansiedade, depressão e psicose. ⁶⁹ Estima-se que o aumento das despesas com saúde mental para apenas 5 a 10% do total dos orçamentos de saúde aumentaria a cobertura em 40-80%, dependendo da definição dos recursos. ⁶⁷ As fontes alternativas de financiamento para a saúde mental podem incluir impostos sobre tabaco, álcool e bebidas açucaradas, que podem simultaneamente reduzir o consumo de produtos nocivos que contribuem para doenças e mortalidade prematura e aumentar a mobilização de recursos domésticos para a saúde mental. ⁷⁰ Países também podem maximizar os gastos com saúde mental realocando a grande porcentagem de fundos ainda dedicados a hospitais psiquiátricos para serviços comunitários, resultando em um tratamento mais eficaz.

A pandemia também apresenta uma oportunidade para os países das Américas avançarem na reorganização dos serviços de saúde mental. Trinta anos atrás, como parte da Declaração de Caracas, os países latino-americanos apoiaram a reestruturação da assistência psiquiátrica, desde o modelo tradicional de instituições psiquiátricas até um modelo de atenção comunitária, fundamentado nos direitos dos usuários de serviços de saúde mental. No entanto, os hospitais psiquiátricos continuam a desempenhar um grande papel na prestação de cuidados de saúde mental em muitos países das Américas, e os casos crescentes de COVID-19 nessas instituições destacam o desafio da persistência dos abusos dos direitos humanos nesses ambientes. ⁷¹ Países devem, portanto, avançar na transição da assistência à saúde mental em hospitais psiquiátricos para o cuidado comunitário, desenvolvendo e fortalecendo os serviços de saúde mental na comunidade e reduzindo o número de leitos de longa permanência em instituições psiquiátricas. Isso exigirá planejamento sustentado, recursos e vontade política. ⁷²

Aplicando uma abordagem de toda a sociedade com compromisso político de alto nível

Para atender plenamente ao aumento das necessidades de saúde mental durante a pandemia e fornecer efetivamente saúde mental e apoio psicossocial a todos, os países devem implementar uma abordagem de toda a sociedade para o MHPSS. O MHPSS durante a pandemia atual e



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

outras emergências requer respostas multisetorial que incluem não apenas saúde, mas colaboração com outros setores, incluindo educação, emprego, moradia e bem-estar social para enfrentar fatores de risco de saúde mental exacerbados por uma emergência. Também é fundamental garantir o financiamento adequado do programa (aproximadamente um quarto dos países das Américas relataram ter financiamento total para o componente MHPSS de seus planos nacionais de resposta COVID-19).⁵⁵ Os governos devem estabelecer mecanismos multisetoriais de coordenação do MHPSS, como grupos técnicos multissetorial, para responder ao COVID-19 e outras emergências, e esses mecanismos devem incluir uma diversidade de atores, tanto governamentais quanto não governamentais, entre setores. Parcerias com organizações locais e sociedade civil também podem ser cruciais para melhorar a resposta à saúde mental durante a pandemia.⁷³ Pensando além do COVID-19, no entanto, os países devem trabalhar ativamente agora para incorporar o MHPSS em todos os planos nacionais de emergência e desastres existentes e futuros, incluindo-o como parte integrante de todas as fases de emergência (preparação, resposta e recuperação).

O compromisso dos tomadores de decisão de alto nível, como chefes de Estado, pode se transformar em avanços para a saúde mental. Um exemplo é a iniciativa SaludableMente (Mente Saudável) do Chile, criada pelo Gabinete do Presidente para atender às necessidades de saúde mental e fornecer apoio psicossocial durante a pandemia COVID-19.⁷⁴ SaludableMente conta com a colaboração de sete ministérios governamentais, e as conquistas incluem a criação de um comitê especializado em saúde mental e um conselho consultivo de saúde mental, recursos desenvolvidos para apoiar especificamente a saúde mental dos profissionais de saúde e uma plataforma online que fornece apoio e orientação à saúde mental para a população.

Conclusões

A saúde mental tem sido há muito uma área negligenciada da saúde pública na região das Américas. Antes da pandemia COVID-19, o baixo gasto público contribuiu para sistemas e serviços de saúde mental sem recursos que não foram capazes de atender à alta demanda por condições de saúde mental. A pandemia agravou significativamente a crise de saúde mental, aumentando a necessidade de serviços de saúde mental e, simultaneamente, interrompendo os serviços para transtornos de MNS. Há uma necessidade imediata de que os países das Américas apliquem e melhorem os serviços de saúde mental e apoio psicossocial durante a pandemia e



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

construam melhores sistemas de saúde mental na antecipação de emergências futuras, incluindo as mudanças climáticas.

Resumo

A pandemia COVID-19 está tendo um grande impacto na saúde mental das populações nas Américas. Estudos mostram altas taxas de depressão e ansiedade, entre outros sintomas psicológicos, especialmente entre mulheres, jovens, pessoas com condições de saúde mental pré-existent, profissionais de saúde e pessoas vivendo em condições vulneráveis. Os sistemas e serviços de saúde mental também foram severamente afetados pela pandemia. A falta de investimentos financeiros e humanos em serviços de saúde mental, a implementação limitada da abordagem descentralizada de atenção à comunidade e políticas para enfrentar a lacuna de saúde mental na Região antes da pandemia contribuíram para a crise atual. Os países das Américas devem urgentemente fortalecer suas respostas à saúde mental ao COVID-19, tomando medidas para expandir os serviços de saúde mental e apoio psicossocial para todos, alcançar populações marginalizadas e em risco e reconstruir melhores sistemas e serviços de saúde mental para o período pós-pandemia.

Financiamento

Este trabalho não recebeu financiamento.

Declaração de contribuição de autoria da CRediT

Amy Tausch: Conceituação, Redação – rascunho original. **Renato Oliveira e Souza:** Conceituação, Supervisão, Redação – revisão & edição. **Carmen Martinez Viciano:** Redação – rascunho original, Redação – revisão & edição. **Claudina Cayetano:** Redação – rascunho original, Redação – revisão & edição. **Jarbas Barbosa:** Supervisão, Redação – revisão & edição. **Anselm JM Hennis:** Conceituação, Supervisão, Redação – revisão & edição.

Declaração de interesses

Nenhum.

Apêndice. Materiais suplementares



CÂMARA MUNICIPAL DE ARARAQUARA

Download : Baixar documento do Word (13KB)

Fontes e materiais completos: <https://www.paho.org/pt/noticias/24-11-2021-opas-destaca- crise-saude-mental-pouco-reconhecida-causada-pela-covid-19-nas;>

[https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X21001149?via%3Dihub.](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X21001149?via%3Dihub)

Tradução: Word

Sala de Sessões “Plínio de Carvalho”, 12 de janeiro de 2022.

JOÃO CLEMENTE

PROTÓCOLO 284/2022 - 12/01/2022 10:51