

RESPONDENDO À COVID-19 NA ÁFRICA:

USANDO DADOS PARA ENCONTRAR UM EQUILÍBRIO

PARTE II

Depois de seis meses, os impactos indiretos da COVID-19 pesam sobre desfechos de saúde, sociais e econômicos





















Índice

3 Resumo executivo

4 Sobre este relatório

Contribuições de parceiros da PERC

Metodologia

6 Atualização sobre epidemia e resposta

A trajetória da pandemia em toda a África permanece incerta

Os países estão usando MSPSs para equilibrar vidas e meios de subsistência

O apoio às MSPSs é alto, mas a adesão autorrelatada é mista

As percepções de risco estão evoluindo

14 Impactos secundários da COVID-19 e MSPSs

Saúde

Segurança alimentar

Emprego e renda familiar

Segurança

19 O alcance das medidas preliminares de auxílio emergencial

20 Dados limitados impedem uma resposta eficaz por parte de governos e autoridades locais

Recomendações 22

Reforçar a coleta de dados para uma ação mais rápida e eficaz

Continuar adaptando as MSPSs para equilibrar a contenção da pandemia com a minimização do ônus sobre a população

Aumentar a capacidade das unidades de saúde para manter serviços de saúde essenciais e engajar as comunidades para restaurar a demanda

Priorizar medidas baseadas em evidências para aumentar a segurança alimentar e a recuperação econômica

Abordar a desinformação e continuar construindo confiança

27 Recursos



Resumo executivo

Seis meses após o início da pandemia de COVID-19, os governos tiveram que tomar decisões difíceis sobre a melhor forma de proteger a saúde pública em primeiro lugar, ao mesmo tempo em que protegiam os meios de subsistência e reduziam os danos sociais que podem advir da quase paralisação de muitas atividades da sociedade. Em geral, os Estados Membros da União Africana (UA) confirmaram menos casos per capita em comparação com outras regiões do mundo. Os casos relatados atingiram o pico no final de julho e início de agosto - impulsionados pela epidemia na África do Sul - e desde então diminuíram; no entanto, os dados sobre a capacidade de teste indicam que muitos casos não são detectados. Este relatório - que é o segundo da Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19 (PERC) - "Respondendo à COVID-19 na África: Usando dados para encontrar um equilíbrio" - analisa várias fontes de dados para ajudar os governos à medida que eles enfrentam a pandemia, que ainda não tem uma data final em vista.

Uma pesquisa da PERC (conduzida em 18 Estados Membros da UA entre 4 e 17 de agosto de 2020) revelou alto apoio às MSPSs. A maioria dos entrevistados também relatou adesão ao uso de máscara, lavagem das mãos e cuidado com a distância dos outros; a adesão reportada a medidas que restringem a atividade econômica e limitam reuniões públicas foi muito menor. Isso é esperado, já que muitos governos afrouxaram essas medidas desde junho. No entanto, a pesquisa revelou tensões entre o desejo dos entrevistados de reabrir a economia e a ansiedade sobre como isso poderia afetar sua saúde.

Quase metade dos entrevistados que precisavam de cuidados deixaram de comparecer ou adiaram os serviços de saúde, e uma porcentagem semelhante relatou dificuldade de acesso a medicamentos. Quase um quarto atribuiu os serviços perdidos à preocupação de pegar COVID-19, seja no deslocamento para o destino ou diretamente na unidade de saúde. Sete em cada 10 entrevistados relataram que sua renda familiar na semana anterior foi menor em comparação com o mesmo período do ano passado, e a mesma proporção relatou problemas de acesso a alimentos na semana anterior.

RECOMENDAÇÕES

- 1. Reforçar a coleta de dados para uma ação mais rápida e eficaz. A capacidade dos governos de gerenciar esta pandemia e outras ameaças à saúde no longo prazo dependerá de sua capacidade de coletar informações essenciais sobre os casos, bem como do impacto do vírus no acesso a cuidados de saúde não relacionados à COVID-19 e seu efeito sobre a insegurança alimentar e a perda de renda. Os governos devem coletar dados consistentes sobre infecções, mortalidade e taxa de recuperação de profissionais de saúde da COVID-19.
- 2. Continuar adaptando as MSPSs para equilibrar a contenção da pandemia com a minimização do ônus sobre a população. As medidas de proteção pessoal usar máscara, lavar as mãos e manter a distância são de baixo custo e alta aceitação e alto impacto. Essas medidas são essenciais para controlar o surto e reabrir a economia.
- 3. Aumentar a capacidade das unidades de saúde para manter serviços de saúde essenciais e engajar as comunidades para restaurar a demanda. Os governos e parceiros internacionais devem fazer mais para proteger os profissionais de saúde, aumentando a disponibilidade de equipamentos de proteção individual (IPC) e treinamento em prevenção e controle de infecções (IPC), bem como o acesso dos profissionais de saúde a testes. E, por meio da comunicação de risco, engajamento da comunidade e melhorias nos serviços de saúde, os governos devem encorajar as pessoas a buscarem os cuidados necessários.
- 4. Priorizar medidas baseadas em evidências para aumentar a segurança alimentar e a recuperação econômica. Os governos devem tomar medidas para aliviar a insegurança alimentar por meio de transferências de dinheiro ou, quando não for viável, apoio alimentar direto, com foco particular nas famílias de renda mais baixa e nas populações vulneráveis. Os governos devem priorizar medidas profundas e sustentadas para apoiar a recuperação econômica de sua população. Onde existem sistemas de seguro social e proteção social, os esforços de auxílio emergencial devem alavancá-los.
- 5. Abordar a desinformação e continuar construindo confiança. Os governos devem engajar líderes comunitários e religiosos para entender a desinformação que está circulando e, em seguida, trabalhar com eles para resolvê-la, compartilhando mensagens consistentes, simples e baseadas em evidências por meio desses mensageiros confiáveis.



Sobre este relatório

Este relatório foi produzido pela Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19 (PERC), uma parceria público-privada que apoia medidas baseadas em evidências para reduzir o impacto da COVID-19 nos Estados Membros da União Africana (UA). O objetivo deste relatório, e da parceria em geral, é ajudar os governos a determinar a aceitabilidade, o impacto e a eficácia das medidas de saúde pública e sociais (MSPSs) para a COVID-19, incluindo seus impactos secundários na saúde, segurança alimentar e economia.

O relatório baseia-se nas conclusões de uma pesquisa telefônica com mais de 24.000 adultos em 18 Estados Membros da UA (realizada entre 4 e 17 de agosto de 2020), bem como dados sociais, econômicos, epidemiológicos, de circulação da população, mídia e segurança. Briefings sobre cada um dos 18 Estados Membros da UA estão disponíveis em: https://preventepidemics.org/covid19/perc/.

Este é o segundo relatório regional da série da PERC "Respondendo à COVID-19 na África: Usando dados para encontrar um equilíbrio"; o primeiro relatório regional da PERC, publicado em maio de 2020, combinou dados multissetoriais de forma semelhante, incluindo achados de uma pesquisa realizada em 28 cidades em 20 Estados Membros da UA.¹ Desde o primeiro relatório, a PERC publicou uma série de atualizações quinzenais, que também podem ser acessadas no link acima .

CONTRIBUIÇÕES DE PARCEIROS DA PERC

A União Africana, através dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças da África (CDC da África): Fornece supervisão técnica e ética geral; coleta, análise e propriedade de dados; revisão do produto e liberação final; divulgação e promoção das orientações da PERC; apoio aos Estados Membros da UA para adaptar as recomendações da PERC.

Resolve to Save Lives, uma iniciativa da Vital Strategies: Fornece supervisão técnica geral e implementação do projeto; desenvolvimento do painel e plano analítico da PERC; implementação de pesquisas de opinião, incluindo desenho de pesquisas, análise de dados e relatórios; produção de relatórios e orientações da PERC; apoio aos Estados Membros da UA para adaptar as recomendações da PERC.

Organização Mundial da Saúde (OMS): Fornece liderança técnica e apoio ao desenvolvimento de capacidades; garante que novas evidências sejam rapidamente adotadas e compartilhadas entre os Estados Membros. A OMS alavancará os vínculos estreitos com uma série de agências das Nações Unidas em nível nacional e regional para promover ações multissetoriais para mitigar o impacto socioeconômico em nível nacional e regional por meio de agências das Nações Unidas.

Equipe de apoio rápido à saúde pública do Reino Unido: Desenvolvimento, divulgação e promoção das orientações da PERC; apoio aos Estados Membros da UA para adaptarem a estratégia de acordo com as evidências.

Fórum Econômico Mundial (WEF): Fornece suporte geral a gestão de projetos; engajamento de parcerias; distribuição de orientações da PERC por meio de plataformas WEF.

Ipsos: Fornece implementação de pesquisa; coleta "big data" relacionados à circulação da população; desenvolvimento do painel para relatórios da PERC.

Novetta Mission Analytics: Fornece análise de narrativas tradicionais e de mídia social.

Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19. (setembro de 2020). Responding To COVID-19 In Africa: Using Data To Find A Balance. Acessado em https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/05/PERC.Regional.5-6-2020.pdf



METODOLOGIA

Este relatório, e os briefings dos Estados Membros da UA que o acompanham, combinam dados de uma ampla variedade de fontes para oferecer uma visão ampla da dinâmica atual da COVID-19 na África e dos impactos, tanto econômicos quanto sociais, que as medidas para retardar a propagação tiveram nas pessoas, famílias e comunidades.

Dados epidemiológicos: O CDC da África forneceu dados epidemiológicos sobre casos e mortes e dados de testes para o período de 15 de fevereiro de 2020 a 10 de setembro de 2020.

Pesquisas: A Ipsos conduziu entrevistas por telefone com 24.041 adultos com 18 anos ou mais de idade em 18 países de 4 a 17 de agosto de 2020. O questionário foi desenvolvido pela Resolve to Save Lives, Ipsos e membros do consórcio PERC. As amostras foram retiradas para serem representativas em nível nacional de cada Estado Membro da UA; a ponderação foi aplicada por gênero, urbano/rural e região geográfica para alinhar os dados finais com a população.²

Monitoramento de mídia: A Novetta Mission Analytics analisou notícias tradicionais, bem como postagens no Twitter e no Facebook de fontes na África relacionadas às medidas de saúde pública e sociais (MSPSs) de 1º de maio a 17 de agosto de 2020. O monitoramento e a análise da mídia capturam os pontos de vista e as opiniões expressas por um subconjunto da população que está ativamente engajado em debates e discussões públicas por meio da mídia online e social. Esses dados são qualitativos e não se destinam a ser representativos das opiniões da população em geral.

MSPSs e outras medidas governamentais: Os dados sobre as MSPSs foram extraídos do conjunto de dados de medidas governamentais para a COVID-19 da ACAPS e do Oxford Coronavirus Government Response Tracker. Os dados sobre medidas de auxílio econômico foram extraídos dessas fontes, bem como do "Living Paper" do Banco Mundial sobre Proteção Social e Respostas ao Emprego para a COVID-19.

Dados de mobilidade: A PERC analisou dados coletados pelo Google de seus titulares de contas, com foco em visitas a locais de recreação e varejo³ de 1º de março a 10 de setembro de 2020.

Incidentes de agitação e violência: A PERC analisou dados sobre incidentes de segurança coletados pelo projeto Armed Conflict Location & Event Data (ACLED)⁴ de 1º de março a 30 de agosto de 2020.

Para informações detalhadas sobre fontes de dados e métodos, consulte https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/05/PERC_DataSources.pdf.

As porcentagens relatadas nos gráficos da Ipsos podem ser diferentes das porcentagens relatadas em outros produtos da PERC e na comunicação desses dados.
As diferences podem ser recognificada investigando a deseminadar usada conferma indicada em enda instância do usa.

As diferenças podem ser reconciliadas investigando o denominador usado, conforme indicado em cada instância de uso.

3 Google COVID-19 Community Mobility Reports. (2020). See how your community is moving differently due to COVID-19. Acessado em https://www.google.com/covid19/mobility/

⁴ The Armed Conflict Location & Event Data Project (2020). Disaggregated Data Collection, Analysis & Crisis Mapping Platform. Acessado em https://acleddata.com/#/dashboard 12





GRÁFICO 1

18 Estados Membros da UA pesquisados

Camarões Moçambique Costa do Nigéria Senegal Marfim **RDC** África do Sul Sudão Egito Etiópia Tunísia Gana Uganda Zâmbia Guiné Quênia Zimbábue Libéria

Atualização sobre epidemia e resposta

A trajetória da COVID-19 em toda a África permanece incerta

Desde fevereiro, quando o Egito relatou o primeiro caso de COVID-19 na África, os Estados Membros da UA relataram epidemias de COVID-19 de intensidades muito diferentes. O número total de casos notificados per capita e as tendências atuais em novos casos variam amplamente: no mês de agosto, a Libéria relatou um total de 2,32 novos casos por 100.000 pessoas, enquanto a África do Sul relatou mais de 230 por 100.000 pessoas.

Muitos Estados Membros da UA experimentaram um crescimento exponencial em casos muito mais tarde do que países em outras regiões e têm consistentemente confirmado menos casos per capita. A taxa de letalidade (CFR, sigla em inglês para case-fatality ratio) para a COVID-19 na África é menor do que a CFR global, sugerindo que os desfechos da doença têm sido menos graves entre as populações africanas. O entendimento científico do vírus ainda está evoluindo e muitas variáveis podem contribuir para essa diferença, incluindo densidade populacional e distribuição etária, experiência dos governos com surtos anteriores, prevalência de doenças não transmissíveis e até mesmo exposição anterior a coronavírus. Além disso, a capacidade de detectar a COVID-19 desempenha um papel importante no número de novos casos e mortes notificados.

Alguns países podem estar enfrentando surtos mais extensos do que o relatado. Os governos que relatam dados da COVID-19 com pouca frequência ou inconsistentemente, ou que não relacionados à COVID-19 (por exemplo, kits de teste e reagentes) ou pessoal para realizar testes suficientes podem estar deixando de contabilizar muitos casos de COVID-19. Qualquer avaliação definitiva da trajetória da pandemia em toda a África também é ofuscada pela falta de dados sobre os efeitos indiretos da epidemia, como acesso e utilização de serviços de saúde para cuidados não COVID-19, insegurança alimentar e perda de renda.

Resolve to Save Lives (26 de agosto de 2020). Update on COVID-19 in Africa. Acessado em https://preventepidemics.org/covid19/science/insights/update-on-covid-19-in-africa/



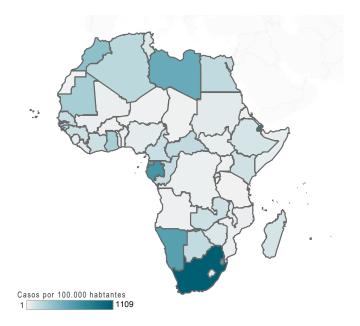


GRÁFICO 2

Os casos per capita são mais altos na África do Sul, responsável por mais da metade de todos os casos relatados na África.

Casos cumulativos por 100.000 pessoas por país na África em 10 de setembro.

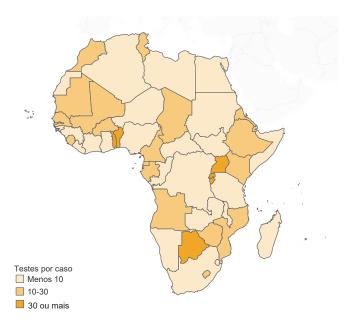


GRÁFICO 3

A maioria dos Estados Membros da UA relata menos testes por caso confirmado do que o referencial recomendado pela OMS.

Taxa de testes por casos confirmados em toda a África em 10 de setembro; a OMS recomenda 10-30 testes por caso confirmado como uma referência de teste adequada.

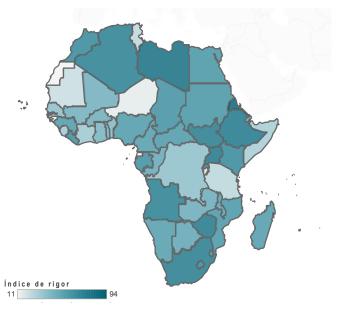


GRÁFICO 4

Mesmo com o relaxamento recente de algumas medidas, a maioria dos Estados Membros da UA continua tendo várias MSPSs em vigor.

O Oxford Stringency Index é uma medida composta baseada em nove indicadores, que incluem fechamentos de escolas, fechamentos de locais de trabalho e proibições de viagens, que são redimensionados para um valor de O a 100 (100 = mais estrito). Este mapa mostra rigor em 10 de setembro e não indica quão estritamente as MSPSs são fiscalizadas.⁶

⁶ Para mais informações sobre o Stringency Index, visite https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker.



Os países estão usando MSPSs para equilibrar vidas e meios de subsistência

Mesmo antes de terem identificado seus primeiros casos, a maioria dos Estados Membros da UA rapidamente implementou MSPSs que vão desde recomendações para evitar apertos de mão e aumentar a lavagem das mãos a medidas mais restritivas, como o cancelamento imposto pelo governo de jogos desportivos e reuniões religiosas. As medidas mais rigorosas incluíram o fechamento de empresas e escolas

e a emissão de ordens de permanência em casa e toques de recolher. O primeiro relatório da PERC sobre o uso de dados para encontrar um equilíbrio - que pesquisou entrevistados em 28 cidades entre 29 de março e 17 de abril - revelou que, embora o apoio às MSPSs fosse geralmente alto, as medidas que limitavam a atividade econômica eram menos aceitas.

Com MSPSs estritas implementadas precocemente, os Estados Membros da UA foram amplamente capazes de conter o vírus entre março e maio. O leve afrouxamento das MSPSs em junho e julho coincidiu com um aumento nos casos notificados em todo o continente (Gráfico 5); no entanto, a epidemia cresceu rapidamente na África do Sul (Gráfico 6). O rigor médio em todos os estados continuou diminuindo gradualmente.

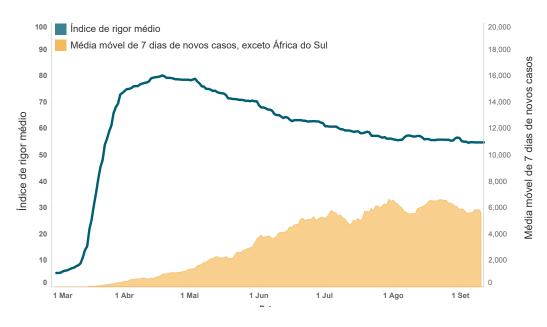


GRÁFICO 5

Índice de rigor médio e média móvel de 7 dias⁷ de novos casos em toda a África (exceto África do Sul)

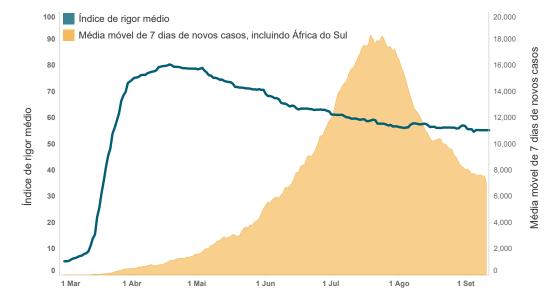


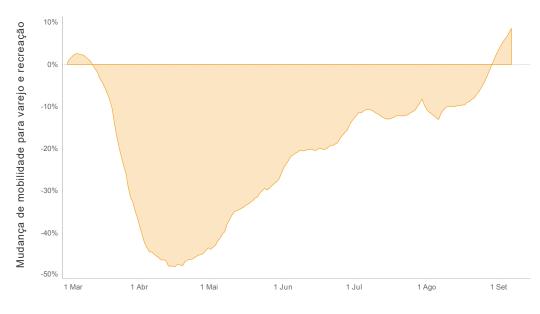
GRÁFICO 6

Índice de rigor médio ao longo do tempo e média móvel de 7 dias de novos casos em toda a África (incluindo África do Sul)

Usar a média móvel de 7 dias é a melhor maneira de ver a tendência ao longo do tempo, controlando as inconsistências nos relatórios de dados.



A mobilidade diminuiu rapidamente após a implementação das MSPSs em março e abril, e tem aumentado desde maio à medida que as MSPSs foram relaxadas. Em 10 de setembro, a mudança média de 7 dias na mobilidade estava próxima ou acima dos níveis pré-COVID-19 em países com dados disponíveis.



As MSPSs provavelmente retardaram a disseminação do vírus, mas seus custos econômicos e sociais foram substanciais. Desde então, muitos governos têm afrouxado as restrições, permitindo que algumas atividades econômicas sejam retomadas, ao mesmo tempo em que mantêm exigências de máscaras faciais e limitações de capacidade (por exemplo, em restaurantes, no transporte público). No entanto, em face do aumento do número de casos, alguns países reinstauraram certas medidas (ver Quadro 1). Muitos têm evitado retornar aos bloqueios totais, direcionando as medidas para o contexto local, por exemplo, limitando-as a áreas geográficas com surtos mais graves ou a grupos que são particularmente vulneráveis a doenças. Como a situação epidemiológica continua evoluindo nos níveis nacional e local, é importante ter uma abordagem flexível para a implementação de MSPSs, bem como comunicar-se com frequência - e de forma transparente - com o público sobre por que certas MSPSs são necessárias dado o estado atual da epidemia.

GRÁFICO 7

Média móvel de 7 dias de mudança de mobilidade para varejo e recreação entre 1º de março e 10 de setembro. A linha de base é 15 de fevereiro, representando a mobilidade pré-COVID-19. Nota: isso não controla a sazonalidade e inclui apenas a análise de 27 países com dados disponíveis sobre mobilidade.

Link <u>aqui</u> para a lista dos Estados Membros da UA usados para análise

QUADRO 1

OS ESTADOS MEMBROS DA UA ESTÃO ADAPTANDO AS MSPSS PARA SE ADEQUAREM AO SEU ESTADO EPIDEMIOLÓGICO ACTUAL.

- Depois de suspender seu bloqueio nacional em abril, Ruanda se concentrou em controlar a transmissão local, impondo bloqueios locais em áreas de alta carga de Kigali.
- Na Costa do Marfim, depois de encerrar as proibições de reuniões públicas em maio, o país restabeleceu as limitações de capacidade em junho para conter o número crescente de casos.
- Quênia, África do Sul e Zimbábue relataram casos crescentes uma vez que os bloqueios foram suspensos, o que levou ao restabelecimento dos bloqueios nacionais e à extensão das políticas de toque de recolher.



O suporte às MSPSs é alto, mas a adesão autorrelatada é mista

O apoio público às MSPSs ainda é relativamente alto nos 18 Estados Membros da UA pesquisados pela PERC. Embora isso sugira que a maioria das pessoas tem conhecimento básico da COVID-19 e das medidas que podem prevenir sua disseminação, a adesão autorrelatada a essas medidas foi muito menor entre os entrevistados.

A adesão autorrelatada foi maior nos Estados Membros da UA com MSPSs rigorosas (por exemplo, Uganda) e/ou uma alta incidência de COVID-19 (por exemplo, África do Sul), e mais baixa em países com menos MSPSs em vigor (por exemplo, Tunísia). A maioria seguiu um padrão semelhante: apoio e adesão autorrelatada a medidas pessoais8 foram maiores do que para medidas que restringem a atividade econômica9 e reuniões públicas.10

A maioria dos entrevistados (85%) relatou usar máscara facial em público nos últimos sete dias, mas uma parcela menor (60%) disse que evitava reuniões religiosas e apenas metade relatou ficar em casa em vez de ir ao trabalho, escola ou outras atividades regulares. Espera-se uma menor adesão autorrelatada a reuniões públicas e medidas econômicas, visto que a maioria dos Estados Membros da UA afrouxaram as ordens de confinamento e muitos permitiram que os serviços religiosos fossem retomados, desde que as pessoas continuem usando máscaras e o número de participantes seja limitado.

A baixa adesão às medidas econômicas é consistente com o aumento da insegurança alimentar e a perda de renda descobertos nesta pesquisa; muitas pessoas não têm escolha a não ser voltar ao trabalho para sobreviver. Proteger as pessoas no retorno ao trabalho exigirá a adesão a medidas pessoais de baixo custo e alto impacto, o que pode mitigar a necessidade de medidas mais restritivas no futuro

A adesão autorrelatada é muito menor do que o apoio para a maioria das MSPSs, particularmente para medidas que restringem a atividade econômica.

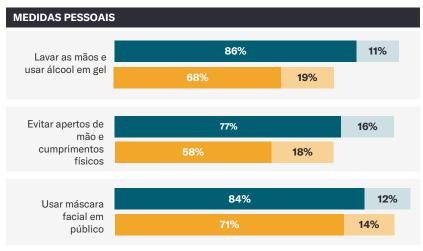






GRÁFICO 8

Porcentagem de entrevistados que relataram que a MSPS especificada é absolutamente/um pouco necessária (apoio) e, separadamente, a porcentagem de entrevistados que disseram que aderiram completamente/ na maior parte do tempo às MSPSs especificadas na semana anterior (adesão).

- As medidas pessoais incluem lavar as mãos, usar máscara e evitar cumprimentos físicos.
- As medidas que restringem a atividade econômica incluem ficar em casa em vez de ir ao trabalho, escola ou outras atividades, bem como reduzir as idas ao mercado.
- As medidas que restringem as reuniões públicas incluem evitar reuniões públicas, locais de entretenimento e serviços religiosos.



QUADRO 2

O APOIO E USO AUTORRELATADO DE MÁSCARAS FACIAIS É ALTO NOS ESTADOS MEMBROS DA UA PESQUISADOS.

As máscaras são uma forma eficaz e relativamente barata de retardar a transmissão de COVID-19 e prevenir a morte.¹¹ Todos os Estados Membros da UA exigem que as pessoas usem máscaras faciais em público (exceto no Sudão, onde o uso de máscaras é apenas recomendado), e alguns impõem multas por não fazê-lo. Embora a adesão autorrelatada ao uso da máscara tenha sido relativamente alta em geral, existem diferenças marcantes entre os Estados Membros da UA: 97% dos entrevistados na África do Sul relataram usar máscara na semana anterior, enquanto apenas 48% dos entrevistados na Tunísia o fizeram.

À medida que a pandemia continua evoluindo, garantir que as pessoas continuem a usar máscaras - e saibam onde, quando e como usá-las corretamente - continuará sendo fundamental para limitar a transmissão do vírus.

GRÁFICO 9

Porcentagem de entrevistados que relataram ter uma máscara e a

96% dos entrevistados têm máscaras prontas para usar

85% dos entrevistados usaram máscaras na semana anterior

usaram na última semana (adesão)

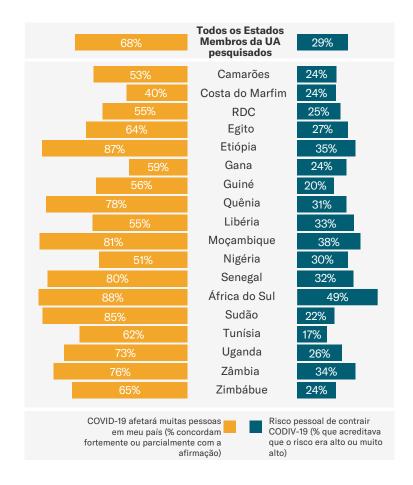
As percepções de risco estão evoluindo

Como é o caso em qualquer surto, a compreensão das pessoas sobre seu risco pessoal de contrair COVID-19 (sua "percepção de risco pessoal")12 afeta a probabilidade de elas apoiarem e se engajarem em comportamentos preventivos.¹³ A pesquisa revelou que, embora mais de dois terços dos entrevistados concordassem que muitas pessoas em seus países seriam afetadas pela COVID-19, menos de um terco (29%) acreditava que seu próprio risco pessoal de infecção era alto. Uma exceção notável é a África do Sul, onde quase metade dos entrevistados (49%) disse que o risco de contrair o vírus era alto (o número de casos mais alto na África do Sul pode ter levado a uma maior conscientização sobre o vírus).

GRÁFICO 10

Porcentagem de entrevistados que relatam que o risco de contrair o vírus é alto/muito alto e que concordam totalmente/um pouco que a COVID-19 afetará muitas pessoas em seu país.

A maioria dos entrevistados achou que a COVID-19 seria um grande problema para seu país, mas achou que o risco de contraí-la era baixo.



[&]quot; Chu, DK, Akl, EA, Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, HJ, ... & Hajizadeh, A. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. Acessado em https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext

As crenças das pessoas em seu risco pessoal podem ser dinâmicas no decorrer de uma epidemia, aumentando e diminuindo dependendo dos dados epidemiológicos relatados, mudanças no foco da mídia e confiança nos governos. As pessoas também podem relatar baixa crença em seu risco pessoal porque acreditam que estão tomando as precauções adequadas para evitar que contraiam o vírus.

Brewer NT, Chapman GB, Gibbons FX, Gerrard M, McCaul KD, Weinstein ND. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination. Health Psychol. 2007;26(2):136-45.



A pesquisa também revelou a tensão entre o desejo dos entrevistados de abrir a economia e a preocupação sobre como isso poderia afetar sua saúde. Seis em cada 10 entrevistados concordaram que os riscos para a saúde da COVID-19 são mínimos se as regras de distanciamento social forem seguidas, e concordaram que a economia precisa ser reaberta. Mas sete em cada dez disseram que pensar em

retomar as atividades normais os deixava ansiosos. Como um todo, os dados sugerem que as pessoas em toda a UA veem a COVID-19 como uma ameaça séria mas, para muitos, o ônus econômico e social das MSPSs pode superar sua percepção de risco pessoal de contrair o vírus.

QUADRO 3

A COBERTURA NEGATIVA DA MÍDIA CRITICOU OS GOVERNOS PELA APLICAÇÃO SEVERA DE MEDIDAS E ALEGOU CORRUPÇÃO.

30% Cobertura positiva

48.5% Cobertura neutra

GRÁFICO 11

Análise de sentimento de noticiários tradicionais e postagens de mídia social relativas a MSPSs entre 1º de maio e 17 de agosto de 2020.

A cobertura categorizada como "positiva" ou "neutra" normalmente encoraja a adesão às MSPSs, relata informações factuais ou expressa apoio aos esforços do governo para limitar a transmissão. A cobertura "negativa" normalmente desestimula a adesão ou critica a resposta do governo.

A maioria das notícias tradicionais e posts de mídia social originados dos Estados Membros da UA sobre MSPSs foram de tom neutro a positivo (por exemplo, fornecendo informações sobre mudanças nas restrições ou compartilhando recursos na prevenção da propagação da COVID-19). Esses achados se alinham com o alto apoio às MSPSs revelado na pesquisa.

No entanto, nas redes sociais, houve alguma cobertura negativa das respostas dos governos à COVID-19 e críticas à violência policial na aplicação das MSPSs. Em julho, um usuário do Facebook na Nigéria alegou corrupção no governo, escrevendo: "Os nigerianos realmente se importam com a covid-19? Pessoas passam fome e morrem às dezenas diariamente. E os políticos e seus comparsas aproveitaram a última oportunidade para saquear o que pertence aos nigerianos."

Uma minoria de usuários de mídias sociais expressou oposição às MSPSs, argumentando que o ônus econômico supera o risco do vírus, ou destacando que alguns não tinham as necessidades básicas para aderir às MSPSs. Em 7 de agosto, um usuário do Twitter no Zimbábue postou uma imagem de pessoas esperando por água, escrevendo, "#ZimbabweanLivesMatter... moradores na fila da água. Muitos residentes urbanos em Harare estão enfrentando escassez de água e isso está expondo-os a água potável de má qualidade e ao risco de COVID-19."



QUADRO 4

A DESINFORMAÇÃO ESTÁ SE ESPALHANDO.

Embora a maioria dos entrevistados tenha indicado conhecimento básico sobre a COVID-19, os dados da pesquisa mostram que a crença em narrativas enganosas sobre o vírus é comum, particularmente aquelas que postulam interferência estrangeira em tratamentos e vacinas. Cerca de três em cada quatro entrevistados concordam com a afirmação de que os estrangeiros estavam desacreditando os medicamentos africanos ou que os estrangeiros estavam testando vacinas em africanos; o ceticismo em relação às vacinas foi particularmente proeminente em postagens de mídias sociais originadas na África do Sul, Quênia, Nigéria e República Democrática do Congo.

Uma minoria de postagens minimizou a gravidade da COVID-19, comparando-a ao resfriado comum, enquanto outras a consideraram uma "plandemia" (uma referência a uma teoria da conspiração que afirma que a COVID-19 foi fabricada pela elite global a fim de lucrar com a venda de uma vacina). Embora o Facebook, Twitter e YouTube tenham eventualmente barrado conteúdo relacionado à teoria da "plandemia", o termo foi mencionado em mais de 24.000 postagens de usuários do Twitter na África entre 1º de maio e 17 de agosto de 2020.

Esses achados sugerem uma necessidade urgente de forte comunicação de risco e engajamento da comunidade para dissipar a desinformação sobre o vírus e para ajudar a garantir que as pessoas adotem uma vacina contra a COVID-19 quando estiver disponível.

Três quartos dos entrevistados consideraram credível a desinformação sobre a interferência estrangeira nos tratamentos e/ou vacinas para a COVID-19.

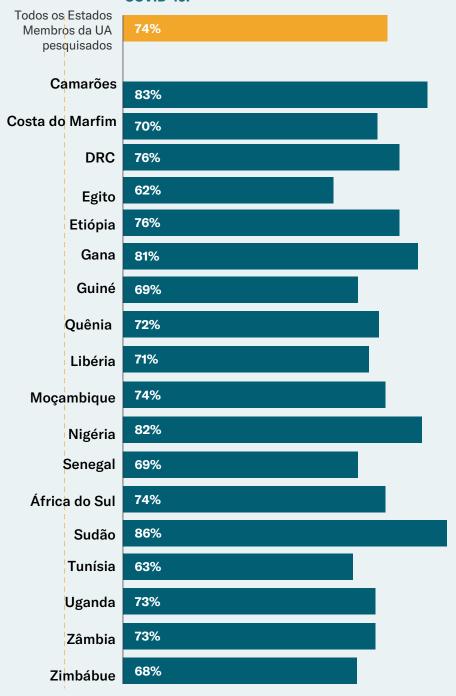


GRÁFICO 12

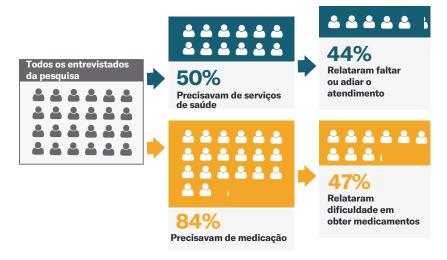
Porcentagem de entrevistados que acreditaram em uma das afirmações: "Os estrangeiros estão testando uma vacina para a COVID-19 em nós" e/ou "Os estrangeiros estão desacreditando os medicamentos africanos que podem curar a COVID-19"



Impactos secundários da COVID-19 e das MSPSs

O impacto secundário da resposta à COVID-19 foi significativo, afetando o acesso a serviços essenciais de saúde, aumentando a insegurança alimentar e ameaçando os meios de subsistência. Dados sugerem que a pandemia ampliou as desigualdades existentes. Os efeitos foram mais graves para pessoas já vulneráveis, como aquelas com renda mais baixa ou doenças crônicas.

A COVID-19 está impedindo as pessoas de acessar os serviços de saúde necessários para cuidados relacionados à COVID-19 e ameaçando uma força de trabalho de saúde já escassa. Quase metade (44%) dos entrevistados que precisam de cuidados atrasaram ou pularam uma consulta de saúde, e uma porcentagem semelhante (47%) relatou dificuldade de acesso a medicamentos. Quase um quarto dos entrevistados que adiaram ou evitaram o atendimento atribuíram isso a preocupações sobre contrair a COVID-19, o que sugere que as limitações de mobilidade por si só não são o principal obstáculo. As barreiras relatadas variaram significativamente entre os países (ver Quadro 5) e são provavelmente um reflexo dos desafios estruturais e financeiros anteriores à COVID-19, bem como a escala atual da epidemia e o rigor das MSPSs em vigor no momento da pesquisa. Uma parcela estatisticamente significativamente maior de residentes urbanos relatou falta ou atrasos no atendimento (48%) em comparação com residentes rurais (40%), o que pode ser devido às MSPSs mais rígidas e direcionadas nas cidades. Pessoas com doenças crônicas também foram mais propensas a relatar dificuldades para acessar serviços de saúde e medicamentos.



Interrupções relatadas no serviço de saúde e no acesso a medicamentos foram comuns.

GRÁFICO 13

Porcentagem de entrevistados que relataram que eles ou alguém de sua família deixou de comparecer aos serviços de saúde e relatou dificuldade em obter medicamentos.

OUADRO 5

OS OBSTÁCULOS DE ACCESO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE VARIAM SIGNIFICATIVAMENTE ENTRE **OS PAÍSES.**

Essas variações destacam a necessidade de os governos monitorarem o acesso e identificarem as barreiras em um nível próximo ao local, tanto quanto possível, para implementar intervenções apropriadas.

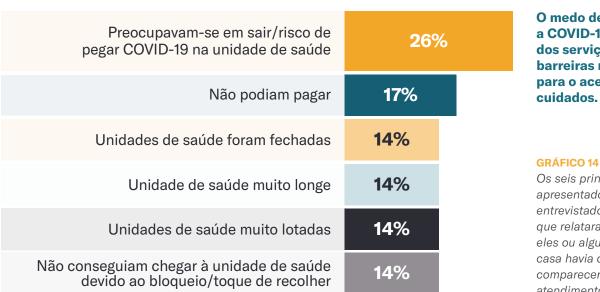
- · Um terço dos entrevistados em Camarões relatou que não podia pagar pelos cuidados de saúde (em comparação com 17% entre todos os países), destacando como o custo econômico da COVID-19 pode estar afetando o acesso aos cuidados de saúde.
- Em **Uganda**, 60% das pessoas relataram que as unidades de saúde ficavam muito longe ou o transporte não estava funcionando (em comparação com 14% entre todos os países), indicando que as restrições de mobilidade no transporte público podem ter impactado a capacidade de algumas pessoas de se deslocarem para obter cuidados.
- · Mais de quatro em cada 10 entrevistados no Sudão que relataram interrupções disseram que foi porque as unidades de saúde foram fechadas (em comparação com 14% para todos os países); isso está de acordo com relatos da mídia sobre o fechamento de clínicas de saúde devido à falta de funcionários e equipamentos de saúde.



Os tipos de serviços perdidos muitas vezes se alinham com o ônus da doença em um determinado país (por exemplo, na Tunísia e no Sudão, onde as taxas de diabetes são altas, as interrupções nos serviços de diabetes foram maiores do que em outros países pesquisados), bem como os tipos de doenças que exigem consultas de saúde mais frequentes.

Embora não seja surpreendente que exames gerais/de rotina tenham sido geralmente adiados ou ignorados (as pessoas podem ter optado por esperar até que as circunstâncias melhorassem para procurar atendimento não emergencial), essas consultas são essenciais para a triagem e o tratamento de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como encaminhamentos para planejamento familiar e atendimento pré-natal. Mais de um terço (34%) dos entrevistados relataram que faltaram ou adiaram as consultas por questões relacionadas a doenças não transmissíveis, com interrupções no atendimento procurado para doenças cardiovasculares, diabetes e respiratórias/asma relatadas mais comumente. 16% dos entrevistados relataram interrupções na saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, com interrupções mais comuns em países com altas taxas de natalidade (como Uganda, Nigéria e Etiópia).

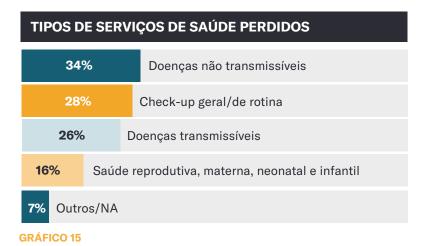
Em países com o maior número de interrupções relatadas no atendimento a doenças transmissíveis, as consultas estão alinhadas por suspeita de malária foram mais comuns; as interrupções também foram mais prevalentes em países com alto índice de malária (por exemplo, Uganda, Camarões e Nigéria). No geral, consultas perdidas significativas para tratamento da malária alinhadas com relatórios crescentes de surtos em toda a África. As interrupções no atendimento a outras doenças transmissíveis foram menos frequentes, mas podem ter consequências graves para a saúde tanto em nível individual como populacional: 4% dos entrevistados relataram interrupções na vacinação, 2% no tratamento do HIV e 1% na tuberculose.



O medo de contrair a COVID-19 e o custo dos serviços foram as barreiras mais comuns para o acesso aos cuidados.

Os seis principais motivos apresentados entre os entrevistados da pesquisa que relataram que eles ou alguém em sua casa havia deixado de comparecer ou adiado o atendimento de saúde.

As interrupções nos serviços foram universais em todos os tipos de cuidados de saúde.



DOENÇA/CONDIÇÕES ESPECÍFICAS PARA AS QUAIS MAIS SERVIÇOS FORAM PERDIDOS 15% Malária 10% Problemas cardiovasculares 8% Diabetes **5%** Cuidados pré-natais **5%** Atendimento a crianças menores de 5 anos 4% Vacinas

GRÁFICO 16



Embora apenas 1% dos entrevistados tenham relatado interrupções nos serviços de saúde mental necessários, quase uma em cada três pessoas relatou ter sintomas de saúde mental relacionados à COVID-19. As taxas relatadas de problemas de saúde mental foram mais altas para aqueles com renda mais baixa, pessoas com

problemas de saúde crônicos e pessoas que relataram que elas ou alguém em sua casa havia sido infectado com COVID-19. Com o baixo acesso aos cuidados de saúde mental na África antes da pandemia, a necessidade não atendida é provavelmente ainda maior agora.14

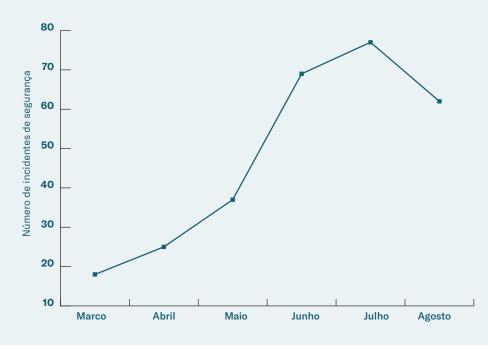
QUADRO 6

IMPACTO NOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Até 9 de setembro, os Estados Membros da UA relataram cerca de 42.000 infecções por COVID-19 em profissionais de saúde.15 Provavelmente, essa é uma fração do número real de casos: muitos países não estão relatando dados sobre infecções de profissionais de saúde. A falta de dados sobre infecções, mortalidade e recuperação da COVID-19 entre os profissionais de saúde obscurece nossa compreensão da segurança do trabalhador de saúde e torna difícil desenvolver soluções de políticas personalizadas e mobilizar recursos para protegêlos. A falha em proteger os profissionais de saúde põe em perigo os pacientes também. Eventos de superdisseminação podem ocorrer em instalações de saúde, e, se os profissionais de saúde tiverem altas taxas de infecção por COVID-19, as pessoas terão menos probabilidade de procurar atendimento por COVID-19 ou por outras doenças.

Um importante fator que contribui é, sem dúvida, a escassez de equipamentos de proteção individual (EPIs) para os profissionais de saúde, como máscaras, luvas e jalecos. Existem relatos generalizados de escassez; em muitos lugares, os profissionais de saúde precisam arriscar suas próprias vidas para tratar outras pessoas. O treinamento adequado para prevenção e controle de infecções também é limitado e, desde 2019, um em cada quatro estabelecimentos de saúde em todo o mundo não tinha serviços básicos de água, afetando quase 2 bilhões de pessoas.¹⁶

A falta de proteção oferecida aos profissionais de saúde levou a protestos em larga escala desde o início da pandemia: entre março e agosto, houve quase 300 protestos relacionados à COVID-19 por profissionais de saúde em todo o continente africano. A maioria dos protestos exigia remuneração adequada pelas horas trabalhadas e EPI para proteger os trabalhadores de saúde contra a COVID-19.



Houve um total de 288 protestos de trabalhadores de saúde relacionados à COVID-19 na África entre março e agosto de 2020.

GRÁFICO 17

Número de protestos de trabalhadores da saúde em toda a África

Sankoh, S., Sevalie, S., Weston, M. Mental Heath in Africa. The Lancet: Global Health. September 2018.

World Health Organization, Regional Office for Africa. (2020, September 9).COVID-19: Situation update for the WHO Africa Region. Acessado em

World Health Organization. (2019, April 3). 1 in 4 health care facilities lacks basic water services - UNICEF, WHO. Acessado em text=WHO-,1%20in%204%20health%20care,basic%20water%20



SEGURANÇA ALIMENTAR

Em maio de 2020, o primeiro relatório Usando Dados para Encontrar um Equilíbrio da PERC destacou as preocupações sobre o acesso a alimentos durante a pandemia, com mais de 80% dos entrevistados em algumas regiões da UA prevendo que esgotariam seus suprimentos de alimentos durante um bloqueio de duas semanas. Nos meses seguintes, a insegurança alimentar provou ser um problema generalizado, com o acesso se deteriorando ainda mais em alguns países particularmente aqueles que já enfrentam crises humanitárias ou de refugiados.

No geral, sete em cada 10 entrevistados relataram problemas para acessar alimentos na semana anterior; isso foi mais comumente atribuído ao aumento de preços ou perda de renda do que ao acesso ao mercado, escassez de alimentos ou restrições de mobilidade. A insegurança alimentar aumentou tanto para os residentes urbanos quanto para os rurais, e entre os níveis de renda (embora não de forma totalmente uniforme: enquanto 79% das famílias mais pobres foram afetadas, 66% das famílias de renda mais alta o foram).

No final de junho, a Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET) estimou que a pandemia coincidiu com um aumento de 25% nas necessidades de assistência alimentar em todo o continente.¹⁷ O impacto variou geograficamente, provavelmente devido a fatores locais, incluindo enxames de gafanhotos e inundações na África Oriental, tensões entre grupos armados e conflitos regionais, populações de refugiados e deslocados internos e as consequências contínuas das mudanças climáticas.18 Em muitos casos, a COVID-19 exacerbou desafios pré-existentes, particularmente para pessoas que vivem na pobreza em áreas urbanas que dependem do setor informal para obter empregos.¹⁹ A FEWS NET apontou a perda de emprego e renda, o fechamento de fronteiras que limitam a migração de mão de obra, inclusive para o cultivo agrícola, e as restrições aos mercados de gado como os principais fatores.

EMPREGO E RENDA FAMILIAR

A pandemia da COVID-19 devastou meios de subsistência, com 70% das pessoas relatando que sua renda familiar na semana anterior havia caído em comparação com o mesmo período do ano passado. Como as pessoas com renda mais baixa têm maior probabilidade de sofrer declínios de renda, isso efetivamente exacerbou as desigualdades existentes. Enquanto seis em cada 10 famílias com renda mensal de pelo menos US\$ 500 experimentaram quedas, quase oito em cada 10 famílias com renda mensal inferior a US\$ 100 sofreram perdas.

Embora as perdas econômicas tenham afetado todos os setores e grupos de renda, as perdas parecem ser maiores para aqueles já marginalizados.²⁰ Na África do Sul, trabalhadores com contratos verbais tinham duas vezes mais chances de perder o emprego entre fevereiro e abril em comparação com os trabalhadores com contratos por escrito, e dois terços dos empregos perdidos eram ocupados por mulheres. 21,22 As mulheres na Zâmbia também foram afetadas de forma desproporcional pela redução das horas de trabalho.23

Todos os Estados Membros da UA entrevistados relataram elevados níveis de insegurança alimentar e perda de renda.

72% Experimentaram qualquer barreira ao acesso a alimentos

70% Tiveram perda de renda

14% Receberam assistência governamental

GRÁFICO 18

Porcentagem de entrevistados relatando problemas de ônus e qualquer assistência governamental recebida

- Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET). (29 de junho de 2020). COVID-19 pandemic drives global increase in humanitarian food assistance needs: Labor migration restrictions limit
- seasonal income earning opportunities and crop production potential. Acessado em https://fews.net/global/alert/june-29-2020
 Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET). (August 2020). East Africa: Crisis (IPC Phase 3) or worse outcomes remain widespread due to multiple shocks. Acessado em
- Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET). (2020, August 28). COVID-19 pandemic drives global increase in humanitarian food assistance needs: As internal movement restrictions ease, limitations to cross-border labor movements remain in place. Acessado em
- Por exemplo, uma pesquisa na Costa do Marfim revelou que pessoas sem contrato de trabalho tinham maior probabilidade de ver suas horas de trabalho ou ganhos caírem.

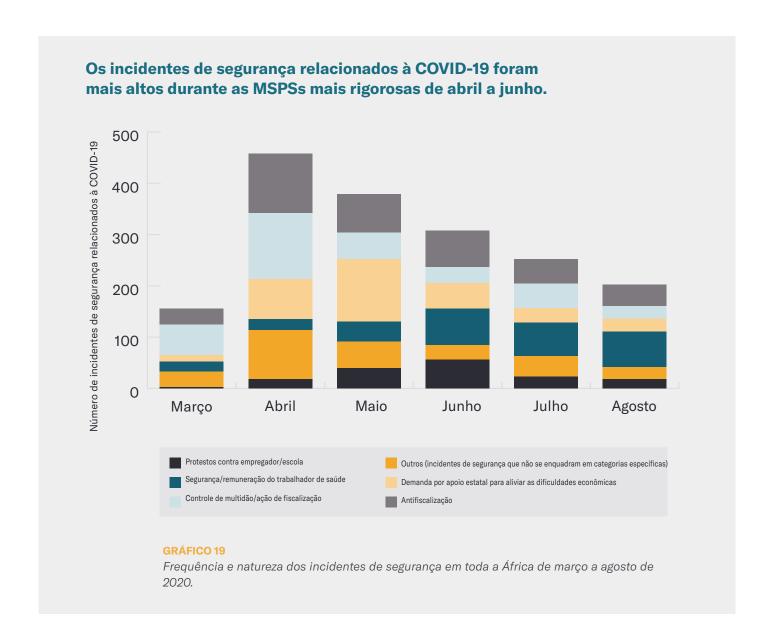
 Spaull, N., Ardington, C., Bassier, I., Bhorat, H., Bridgman, G., Brophy, T., Budlender, J., Burger, R., Burger, R., Carel, D., Casale, D., Christian, C., Daniels, R., Ingle, K., Jain, R., Kerr, A., Köhler, T., Makaluza, N., Maughan-Brown, B.,... Zuze, L. (2020). NIDS-CRAM Synthesis Report Wave. Working Paper Series, 17. Acessado em https://cramsurvey.org/wp-content/uploads/2020/07/
- Inovações para Ação contra a Pobreza. (n.d.). Analyse de l'enquête RECOVR en Côte d'Ivoire. Acessado em https://www.poverty-action.org/sites/default/files/Cote%20d%27Ivoire%20RECO-
- https://www.poverty-action.org/sites/default/files/Zambia-RECOVR-Survey-Analysis.pdf



Assim como a renda caiu, a carga do trabalho não remunerado aumentou. Na pesquisa da PERC, 38% dos entrevistados relataram que suas responsabilidades não remuneradas em casa, incluindo cuidar de crianças e familiares idosos, aumentaram como resultado da pandemia, deixando-os com menos tempo para atividades remuneradas. Quase metade das pessoas (44%) em famílias com renda inferior a US\$ 100 por mês viu suas responsabilidades aumentarem.

SEGURANÇA

Um aumento na agitação social - incluindo protestos pacíficos, bem como motins e violência por e contra civis - pode afetar a adesão às MSPSs e servir como um sinal de alerta do ônus que tais medidas estão impondo às pessoas. De 1º de março a 30 de agosto de 2020, ocorreram mais de 1.700 incidentes de segurança relacionados à COVID-19. Os incidentes pareceram atingir o pico no período de abril a junho, quando as MSPSs eram mais rigorosas; esses meses tiveram o maior número de ações de controle/fiscalização de aglomerações, nas quais atores do Estado (ou seja, polícia ou forças paramilitares) aplicaram as MSPSs. Em vários casos, a aplicação das MSPSs pelo estado resultou em ferimentos e morte de civis, e protestos contra a violência do estado ("incidentes antiaplicação") frequentemente se seguiram. O número total de incidentes é mais alto no norte da África (particularmente Marrocos, Tunísia e Argélia), impulsionado em grande parte por movimentos organizados por grupos econômicos e industriais que exigem mais assistência governamental.





O alcance das medidas preliminares de auxílio emergencial

Os governos dos Estados Membros da UA responderam a estes impactos secundários com medidas de auxílio emergencial, mas o apoio oferecido foi insuficiente.

Dos 18 Estados Membros da UA incluídos na pesquisa PERC, quase todos anunciaram alguma forma de auxílio emergencial para compensar as perdas econômicas das famílias no início de setembro. As medidas mais comuns incluíram transferências de dinheiro, distribuição de alimentos, distribuição de suprimentos de higiene e EPI, e taxas reduzidas de eletricidade, água e pagamentos móveis.

Mas essas medidas atingiram apenas uma pequena parcela das famílias que tiveram perda de renda. Embora 70% dos entrevistados da pesquisa tenham dito que sua renda caiu em relação ao ano passado, apenas 14% relataram que receberam alguma ajuda adicional do governo no mês

Os países variaram amplamente em termos da proporção da população que relatou ter recebido auxílio emergencial no mês anterior (de 63% no Senegal e 22% na África do Sul para apenas 3% em Moçambique). Os países que alcançaram uma parcela maior de sua população favoreceram medidas como distribuição em espécie de alimentos e suprimentos ou isenção de taxas de serviços públicos, o que dá às famílias menos flexibilidade para atender às suas necessidades do que o apoio financeiro.

Nem as medidas emergenciais foram efetivamente direcionadas aos mais necessitados. De acordo com os dados da pesquisa da PERC, das pessoas com renda familiar mensal inferior a US\$ 100, apenas 12% receberam alguma assistência, uma parcela estatisticamente significativamente menor do que os 16% do grupo de renda mais alta que relatou receber assistência. Pessoas que tiveram perda de renda não apresentaram maior probabilidade de ter recebido apoio governamental do que aquelas que não tiveram. Em muitos países, houve críticas generalizadas nos noticiários tradicionais e nas redes sociais de que o auxílio era usado como uma ferramenta política.

A ajuda alimentar foi o tipo de auxílio mais recebido.

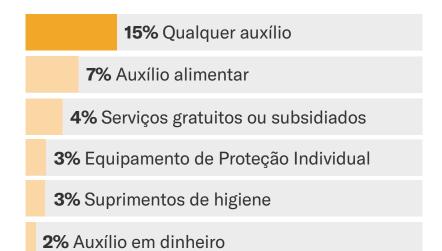
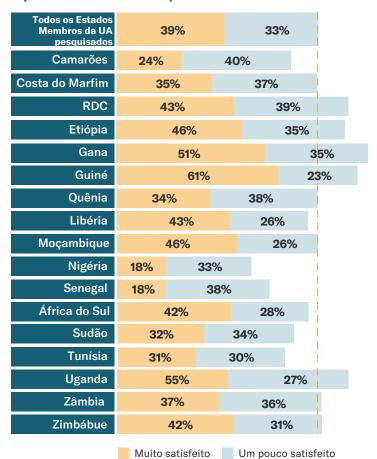


GRÁFICO 20

Porcentagem de entrevistados da pesquisa que receberam assistência do governo no mês anterior, que normalmente não recebem.

Quase três quartos dos entrevistados relataram satisfação com a resposta do governo, com satisfação superior a 80% em cinco países.



Porcentagem de entrevistados que ficaram "muito" ou "um pouco" satisfeitos com a resposta do governo à COVID-19



Dados limitados impedem uma resposta eficaz por parte de governos e autoridades locais

Meio ano após o início da pandemia, muitos governos dos Estados Membros da UA ainda não comunicam os dados essenciais necessários para compreender a propagação da doença, a capacidade do sistema de saúde para responder eficazmente ao surto e perturbações relacionadas à economia, ao sistema de saúde e à sociedade - potencialmente devido a limitações de recursos. Isso limita a velocidade e o impacto dos esforços feitos para gerenciar seus surtos locais.

SITUAÇÃO DA DOENÇA

Muitos países não estão relatando dados epidemiológicos com frequência suficiente. Indicadores-chave não são relatados sistematicamente em toda a região; estes incluem novos casos confirmados e prováveis e mortes (discriminados por idade e sexo), porcentagem de testes positivos, taxas diárias de hospitalização e tempo de resposta do diagnóstico. Isso torna difícil entender os contornos do surto em um país específico, bem como em toda a região. O registro adequado da morte e suas causas relacionadas é necessário para relatar dados de mortalidade oportunos.

CAPACIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

Dados sobre a saúde pública e a capacidade do sistema de saúde também estão frequentemente ausentes dos relatórios públicos. Os dados ausentes incluem indicadores sobre estratégias de saúde pública, como rastreamento de contatos, bem como funções essenciais do próprio sistema de saúde, como os protocolos da COVID-19 em vigor treinamento em prevenção e controle de infecção em unidades de saúde, utilização de leitos hospitalares e infecções e morte de profissionais de saúde. Além disso, faltam dados sistemáticos sobre os efeitos da pandemia no acesso e utilização de serviços de saúde não relacionados à COVID-19, bem como interrupções na cadeia de suprimentos médicos.

ÔNUS ECONÔMICO E SOCIAL

Dados sobre disrupções econômicas e sociais são fundamentais para a compreensão dos efeitos secundários das MSPSs e como as comunidades podem aderir a elas. De particular importância são os dados que ajudariam os governos a direcionar o auxílio para aqueles com vulnerabilidades econômicas e outras. Embora existam pesquisas ad hoc em andamento em determinados países e análises de vulnerabilidade baseadas em dados pré-existentes, há poucos esforços sistemáticos para rastrear dinamicamente a renda, a estabilidade social e o acesso a água, alimentos e serviços essenciais.

A ausência desses dados torna difícil calibrar as MSPSs de uma forma que equilibre vidas e meios de subsistência. À medida que os governos começam a relaxar as MSPSs e as economias reabrem, ter dados confiáveis e quase em tempo real sobre as taxas de transmissão comunitária e adesão a medidas preventivas será crítico para as administrações públicas, autoridades locais, proprietários de negócios e os próprios trabalhadores. Também ajudará os governos a decidir onde concentrar as medidas mais estritas e fornecer a maioria dos testes, apesar dos recursos limitados. Dados limitados também significam que é difícil estabelecer restrições de viagem ou medidas de quarentena com base em um entendimento padronizado do risco de COVID-19 por país ou região.



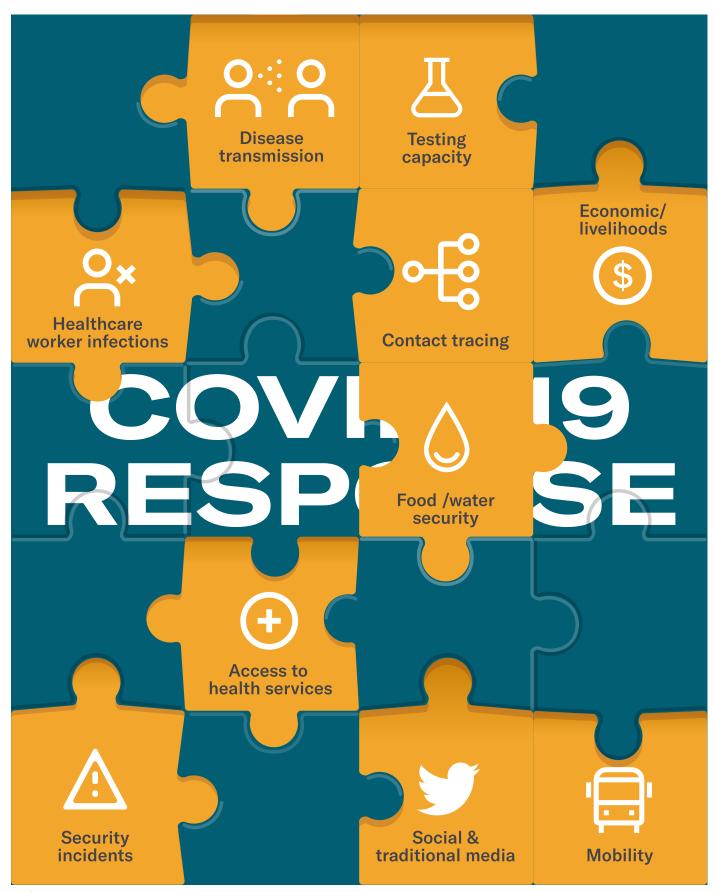


GRÁFICO 22

Recomendações

Consulte a seção de recursos para obter mais informações, incluindo recursos específicos de parceiros da PERC.

1. Reforçar a coleta de dados para uma ação mais rápida e eficaz.

Antecipando uma pandemia que poderia se estender por muitos meses, os países deveriam deixar a saúde pública e as evidências liderarem. O desenvolvimento e o reforço de sistemas para monitorar e relatar dados cruciais não só ajudarão a orientar a resposta à COVID-19, mas também fortalecerão os sistemas de vigilância, saúde e proteção social no futuro. Com base em sistemas já implantados, os governos devem identificar lacunas e investir na coleta, análise e divulgação de dados que facilitarão respostas rápidas e eficazes. A capacidade dos governos de gerenciar esta pandemia e outras ameaças à saúde no longo prazo dependerá de sua capacidade de coletar informações essenciais sobre os casos, bem como do impacto do vírus no acesso a cuidados de saúde não relacionados à COVID-19 e seu efeito sobre a insegurança alimentar e a perda de renda. As prioridades devem incluir:

- Indicadores principais sobre casos e a resposta de saúde pública, incluindo infecções e morte entre profissionais de saúde
- Dados sobre a utilização de serviços de saúde, para medir os impactos indiretos da COVID-19 na saúde
- Estudos de soroprevalência
- Vigilância rápida de mortalidade
- Dados sobre impactos sociais e econômicos

Sempre que possível, os governos devem comunicar a situação da doença claramente ao público e garantir que os tomadores de decisão locais tenham acesso aos dados necessários por meios adequados (por exemplo, atualizações da situação, painel). Ter uma imagem clara da pandemia em um país gera confiança e também pode incentivar o público a manter a adesão às medidas de prevenção, mesmo quando a prevalência da doença começa a cair.

2. Continuar adaptando as MSPSs para equilibrar a contenção da pandemia com a minimização do ônus sobre a população.

O desafio para os governos durante a COVID-19 é garantir que o público tenha uma compreensão precisa de seu risco e o gerencie de forma eficaz por meio da adesão às MSPSs recomendadas. Em conjunto, os governos também devem garantir que a percepção de risco não seja tão alta a ponto de causar angústia indevida, incluindo a negligência de necessidades essenciais (por exemplo, deixar de procurar serviços de saúde necessários). As principais estratégias para os governos devem incluir:

- Em vez de depender de bloqueios de toda a sociedade, governos e parceiros internacionais devem fazer mais para "encaixotar" o vírus, garantindo um fornecimento adequado de kits de teste e reagentes para identificar casos positivos, rastrear seus contatos próximos e isolar casos. Para fornecer suprimentos de teste e mobilizar expertise para este objetivo, o CDC da África lançou recentemente a Parceria para Acelerar os Testes de COVID-19 (PACT): Testar, Rastrear, Tratar.24
- Facilitar o máximo possível a adesão às medidas de proteção pessoal na comunidade, "os 3 M" - máscara no rosto, mãos bem lavadas e manter a distância. Essas medidas são de baixo custo, alta aceitação e alto impacto. Elas são essenciais para controlar o surto e reabrir a economia. Os países devem garantir que essas leis sejam aplicadas de maneira justa, de modo que a fiscalização contra o não cumprimento não prejudique inadvertidamente as populações vulneráveis mais do que as ajude. Medidas punitivas devem ser evitadas a todo custo.
- Favorecer as MSPSs que visem estritamente as áreas com os níveis mais altos de transmissão comunitária, limitem reuniões não essenciais ou protejam populações de alto risco. Isso pode incluir a retenção de restrições a grandes reuniões de pessoas e locais de entretenimento. Também pode significar a adoção de MSPSs para faixas etárias de maior risco. A modelagem estatística sugere que tais medidas, combinadas com um sistema robusto de teste e rastreamento, podem reduzir a transmissão de doenças com muito menos ônus para a economia.25

Africa CDC. (2020, June 4). Partnership to Accelerate COVID-19 Testing (PACT) in Africa - Resources. Acessado em https://africacdc.org/downlo-

Acemoglu, D., Chernozhukov, V., Werning, I., & Whinston, M. D. (2020). Optimal Targeted Lockdowns in a Multi-Group SIR Model (Working Paper No. 27102; Working Paper Series). National Bureau of Economic Research. Acessado em https://www.nber.org/pap



3. Aumentar a capacidade das unidades de saúde para manter serviços de saúde essenciais e engajar as comunidades para restaurar a demanda.

A pesquisa destacou que os governos e seus parceiros internacionais precisam agir rapidamente para restaurar o acesso aos serviços de saúde para cuidados não relacionados à COVID-19 e para reconstruir a demanda pública por serviços. Cada unidade de saúde deve ter protocolos para a COVID-19 em vigor que sejam comunicados claramente à equipe (e pacientes) e ter equipamento de proteção individual adequado. Isso deve ser realizado antes de engajar as comunidades para aumentar a demanda por serviços.

- No nível da unidade de saúde, equipamentos adequados e necessidades básicas, como água e eletricidade, devem ser priorizados. Em alguns Estados Membros da UA entrevistados, unidades de saúde foram fechadas devido à falta de profissionais de saúde, equipamento adequado e suprimentos de medicamentos. Os governos e seus parceiros precisam garantir que essas unidades possam abrir novamente e que a equipe esteja segura. Onde os recursos permitirem e as pessoas tiverem acesso a telefones ou internet, os hospitais podem explorar oportunidades para a telemedicina.
- Os profissionais de saúde devem receber proteções especiais dos governos e de seus parceiros de ajuda internacional imediatamente. Aumentar a disponibilidade de EPIs e treinamento em prevenção e controle de infecção é essencial, bem como priorizar o acesso dos profissionais de saúde aos testes, à terapêutica da COVID-19 e a uma eventual vacina (quando disponível). Os profissionais de saúde também precisam de remuneração justa por seu trabalho e benefícios adequados, incluindo licença médica remunerada e assistência médica mental gratuita.
- No nível da comunidade, os governos devem engajar líderes comunitários e religiosos de confiança para incentivar as pessoas a buscar cuidados de saúde não relacionados à COVID-19, incluindo cuidados de saúde mental. Os governos devem concentrar esforços para garantir que as pessoas saibam quais serviços de saúde estão disponíveis nas unidades de saúde e para aumentar a demanda pelos serviços mais críticos (como imunizações, fornecimento de medicamentos que salvam vidas, atendimento de emergência, cuidados de saúde reprodutiva, materna e infantil e de saúde mental). Orientações claras devem ser fornecidas ao público sobre como acessar as unidades de saúde, bem como as medidas tomadas para garantir que eles e suas famílias estarão seguros quando o fizerem.



4. Priorizar medidas baseadas em evidências para melhorar a segurança alimentar e a recuperação econômica.

Na medida do possível, os governos devem limitar os impactos secundários da COVID-19 que esta pesquisa identificou como sendo os maiores problemas (e que continuarão sendo durante o curso da pandemia). Os esforços devem ser focados em grupos de baixa renda e populações vulneráveis.

- Para aliviar a insegurança alimentar, os governos devem implementar programas de transferência de renda ou, quando não forem viáveis, apoio alimentar direto, com foco particular nas famílias de menor renda e nas populações vulneráveis.26 Os governos devem monitorar mercados e preços e trabalhar em colaboração para lidar com as interrupções nas cadeias de abastecimento. A União Africana e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação fizeram da proteção dos sistemas agrícolas e das cadeias de abastecimento um foco de sua resposta, com uma Força-Tarefa sobre o impacto da COVID-19 na Segurança Alimentar e Nutricional na África.
- Onde houver sistemas de seguro social e proteção social, os esforços de auxílio emergencial devem alavancá-los, aumentando o valor do apoio e expandindo os programas verticalmente para cobrir as pessoas empurradas para a pobreza pela pandemia.²⁷ Para ajudar a garantir que os recursos limitados cheguem aos mais necessitados, as medidas de auxílio emergencial devem ter critérios de elegibilidade transparentes, usar mecanismos de entrega que possam chegar às pessoas vulneráveis e criar mecanismos para auditoria independente, reclamação e reparação.

As MSPSs não precisam interferir no acesso aos alimentos; no início de junho. Mocambique coordenou o fechamento temporário dos seus mercados para que pudessem ser reorganizados fisicamente para desinfecção e para facilitar medidas de distanciamento físico

Isso permitiu que a África do Sul e a Tunísia alcançassem uma parcela significativa de suas populações; 12% e 9% dos entrevistados relataram ter recebido auxílio em dinheiro na pesquisa PERC. Outros países, como Gana e Senegal, dispensaram ou subsidiaram taxas para serviços existentes que já atingem uma grande parcela da população.



5. Abordar a desinformação e continuar construindo confiança.

Os governos devem se engajar frequentemente e desde o início com líderes comunitários e religiosos para entender a desinformação que está circulando e trabalhar com eles para resolvê-la rapidamente, compartilhando mensagens consistentes e baseadas em evidências por meio desses mensageiros confiáveis. Muitas dessas narrativas são mais proeminentes nas redes sociais, e é importante que os governos monitorem o Twitter, o Facebook e outros canais digitais para identificar informações incorretas. As narrativas de desinformação sobre vacinas são notoriamente difíceis de corrigir, e os comunicadores devem ter cuidado para que os esforços para corrigi-las não tenham o efeito contrário. As mensagens devem ser simples e usar recursos visuais quando apropriado, para fazer as informações corretas "fixarem". A comunicação deve ocorrer desde o início e frequentemente. Abordar agora a desinformação em torno das vacinas contra a COVID-19 será fundamental para a aceitação quando uma vacina estiver disponível.

Conclusão

Seis meses após o início da pandemia, está claro que os efeitos da resposta serão sentidos no longo prazo; certamente em nossos sistemas de saúde e economia, mas também em nossas comunidades e psiques. Os achados da pesquisa sobre os impactos secundários da pandemia são impressionantes. Com tantos relatos de perda de renda, insegurança alimentar e interrupções no acesso aos serviços de saúde, o apoio dos governos e de seus parceiros internacionais é mais necessário do que nunca. O apoio na forma de assistência técnica e financeira é fundamental, assim como para impedir a disseminação da desinformação global. Nos próximos meses, e ao longo do curso da pandemia, a equipe da PERC continuará a divulgar análises de dados multissetoriais e compartilhar insights importantes sobre como os governos podem equilibrar melhor esses dados para a tomada de decisão enquanto avaliam os impactos secundários das MSPSs para limitar a propagação do vírus.



Recursos

Para acessar as diretrizes e recursos da COVID-19, visite a página de Recursos da COVID-19 do Centro Africano para Controle e Prevenção de Doenças (CDC da África) e a coleção de Diretrizes Técnicas e Nacionais para a COVID-19 da Organização Mundial da Saúde. Para obter informações sobre os dados no nível de país da pesquisa da PERC e outros recursos da PERC, visite a página da Parceria PERC. Você também pode acessar os seguintes recursos para a COVID-19 da Resolve to Save Lives (RTSL), uma iniciativa da Vital Strategies:

- COVID-19 Playbook
- Staying Alert: Navigating COVID-19 Risk Towards a New Normal
- COVID-19 Science Hub; COVID-19 Response Center for Cities
- COVID-10 Risk Communications Hub

Diretrizes e recursos mais específicos estão listados abaixo para cada recomendação.

Recomendação nº 1: Reforçar a coleta de dados para uma ação mais rápida e eficaz

Os principais dados a serem coletados devem incluir:

- Devem ser coletados indicadores essenciais sobre casos, testes e a resposta de saúde pública, incluindo variáveis demográficas, como idade e sexo, bem como características clínicas, como condições subjacentes e a gravidade da doença. Os dados devem incluir infecção, mortalidade e recuperação entre profissionais de saúde e rastreamento de contatos.
 - CDC da África: FIND partner to build capacity for COVID-19 rapid diagnostic tests
 - Resolve to Save Lives: <u>Informações essenciais para estados e municípios relatarem</u> publicamente (a ser adaptado para o contexto local)
 - RTSL: Guia para análise de dados de vigilância respirátoria sindrômica
 - The Partnership to Accelerate COVID-19 Testing (PACT): Monitoring and Evaluation Framework for the Partnership to Accelerate COVID-19 Testing
 - OMS: Orientação sobre a realização de uma revisão intra-ação para COVID-19 no
 - OMS: Kit técnico de vigilância da COVID-19, investigação de casos e protocolos
 - OMS: Vigilância de saúde pública para a COVID-19: orientação provisória
- Dados sobre a utilização de serviços de saúde, para medir os impactos indiretos da COVID-19 na saúde.
 - · CDC da África: Orientação para a continuação dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVI D-19.
- Estudos de soroprevalência para avaliar a exposição da população geral ao vírus.
 - · CDC da África: Protocolo genérico para um estudo de sero-inquérito estratificado por idade e gênero baseado na população para SARS-CoV-2



- RTSL: Estimando o excesso de mortalidade por COVID-19
- A vigilância rápida da mortalidade, onde os sistemas de registros vitais tradicionais não conseguem acompanhar um vírus em rápida evolução, permitirá que os formuladores de políticas tomem decisões oportunas com base na trajetória atual da epidemia.
 - CDC da África: Pacote técnico Revelando o custo da COVID-19 para vigilância rápida da mortalidade e resposta à epidemia
- Dados de impacto social e econômico devem ser coletados em intervalos frequentes para informar as decisões de resposta, bem como os esforços para aliviar o ônus.
 - Uma abordagem promissorausada por vários países (Etiópia, Nigéria, Uganda, Burkina Faso, Malaui, Mali) em colaboração com o Banco Mundial é alavancar um painel de pesquisa domiciliar existente para realizar pesquisas por telefone de alta frequência.
 - O National Income Dynamics Study Coronavirus Rapid Mobile Survey (NIDS-CRAM) na África do Sul é uma parceria liderada por acadêmicos que usa uma abordagem semelhante.

Recomendação nº 2: Continuar adaptando as MSPSs para equilibrar a contenção da pandemia com a minimização do ônus sobre a população

- Materiais de comunicação do CDC da África: Instruções simples sobre como usar uma máscara facial; Uso comunitário de máscara facial
- CDC da África: Orientação sobre o distanciamento físico comunitário durante a COVID-19
- CDC da África: Orientação para relaxamento de bloqueio
- CDC da África: Descontaminação ambiental no contexto da COVID-19 (para empresas, transporte público, etc.)
- RTSL: Promovendo o uso de máscara durante a pandemia de COVID-19: um guia para formuladores de políticas
- Comitê Permanente Interagências: Orientação provisória sobre MSPSs para COVID-19 em ambientes de baixa capacidade e humanitários



Recomendação nº 3:

Aumentar a capacidade das unidades de saúde para manter serviços de saúde essenciais e engajar as comunidades para restaurar a demanda

- CDC da África: Estratégias para gerenciar a escassez aguda de equipamentos de proteção individual durante a pandemia de COVID-19
- CDC da África: Orientação para a continuação dos serviços essenciais de saúde durante a pandemia de COVID-19.
- CDC da África: Orientação para saúde mental e suporte psicossocial para COVID-19
- CDC da África: Prevenção e controle de infecção por COVID-19: suas perguntas
- CDC da África: Opções de instalações de lavagem de mãos para cenários de recursos
- OMS: Manutenção de serviços de saúde essenciais: orientação operacional para as orientações provisórias de contexto da COVID-19
- OMS: Adaptando as intervenções contra a malária na resposta à COVID-19

Recomendação nº 4:

Priorizar medidas baseadas em evidências para aumentar a segurança alimentar e a recuperação econômica

- Centro de Desenvolvimento Global: Tecnologia digital em transferências de assistência social para alívio da COVID-19
- UK Department for International Development (DFID): Impactos de saúde e socioeconômicos do distanciamento físico para a COVID-19 na África
- Famine Early Warning System Network (FEWS NET): Impactos pandêmicos da COVID-19 na segurança alimentar
- Innovations for Poverty Action: Centro de Pesquisa RECOVR
- RTSL: Usando transferências de dinheiro para mitigar os impactos de medidas de saúde pública e sociais

Recomendação nº 5:

Abordar a desinformação e continuar construindo confiança

- CDC da África: Webinar: Desinformação sobre a COVID-19 (EN) CDC África
- OMS: Melhorando a demanda por vacinação e lidando com a hesitação
- OMS: Cuidados de saúde baseados na comunidade, incluindo alcance e campanhas, no contexto da pandemia de COVID-19
- OMS: Conselhos sobre doença do coronavírus (COVID-19) para o público: caçadores de Mitos
- OMS: Comunicação de risco e prontidão para engajamento da comunidade e resposta à doença do coronavírus (COVID-19)
- The Lancet: Ensaios da vacina contra a COVID-19 na África