

**AVALIAÇÃO DOS IMPACTOS E VALORAÇÃO DOS  
DANOS SOCIOECONÔMICOS CAUSADOS PARA  
AS COMUNIDADES ATINGIDAS PELO ROMPIMENTO  
DA BARRAGEM DE FUNDÃO**

**Parâmetros Internacionais  
para Aferição de Danos à Saúde  
na Ocorrência de Desastres**



**DEZEMBRO DE 2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas/FGV

Fundação Getúlio Vargas

Parâmetros Internacionais para Aferição de Danos à Saúde na Ocorrência de Desastres / Fundação Getúlio Vargas. – Rio de Janeiro; São Paulo : FGV, 2019.

45 p.

Em colaboração com: Ana Carolina de Almeida Cardoso, Danielle Hanna Rached, Gabriela Borges Silva.

Acima do título: Projeto Rio Doce - Avaliação dos Impactos e Valoração dos Danos Socioeconômicos Causados para as Comunidades Atingidas pelo Rompimento da Barragem de Fundão.

Inclui bibliografia.

1. Projeto Rio Doce. 2. Fundão, Barragem de (MG). 3. Barragens e açudes - Aspectos sociais. 4. Saúde urbana - Minas Gerais. 5. Desastres ambientais - Minas Gerais. 6. Direito ambiental internacional - Aspectos sociais. I. Título.

CDD – 627.8

## **EQUIPE TÉCNICA**

Ana Carolina de Almeida Cardoso

Danielle Hanna Rached

Gabriela Borges Silva

## SUMÁRIO

<b>SUMÁRIO EXECUTIVO .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>9</b>
<b>1 ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE INFORMAÇÕES.....</b>	<b>10</b>
1.1 Pressupostos para coleta de informações e validação de dados .....	11
1.2 Fontes de informações.....	13
1.3 Orientações para a realização de análise documental .....	13
1.4 Orientações para a realização de entrevistas e pesquisas de campo .....	14
<b>2 PARÂMETROS PARA ESTABELECIMENTO DE PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE E AVALIAÇÃO.....</b>	<b>18</b>
2.1 Objetivos da avaliação dos efeitos e impactos ocasionados à saúde em decorrência do desastre.....	18
2.2 Consolidação, processamento e análise das informações .....	18
2.3 Análise intersetorial dos dados.....	19
<b>3 DIRETRIZES PARA A COMUNICAÇÃO DE RISCOS E DANOS À SAÚDE E PREVENÇÃO .....</b>	<b>21</b>
3.1 Comunicação de riscos em emergências ( <i>emergency risk communication</i> — ERC) .....	22
3.3 Construção de confiança e engajamento com populações atingidas.....	23
3.4 Integrar a comunicação de risco em emergências aos sistemas de saúde e de resposta a desastres.....	25
<b>4 PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO DE DANOS À SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>35</b>
4.1 Momentos do desastre e os impactos na saúde mental dos atingidos .....	36
4.2 Orientações para avaliação dos danos à saúde mental .....	37
4.3 Análise dos efeitos na saúde mental.....	39
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>44</b>

## SUMÁRIO EXECUTIVO

Este estudo tem por objetivo trazer as orientações presentes nos documentos internacionais de órgãos e agências especializados sobre as melhores práticas relacionadas à aferição de danos à saúde nos casos de desastres. O estudo compreende as principais recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial, Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e órgãos contidos na estrutura da Organização das Nações Unidas relacionadas à:

- I coleta de informações e procedimentos para a análise e avaliação das informações sobre danos à saúde; e
- II comunicação de riscos à saúde das populações atingidas.

Segundo os órgãos internacionais, a análise da saúde pós-desastre abrange um processo de coleta e análise de dados e informações para a compreensão dos impactos do desastre, de modo a identificar os impactos e a subsidiar a análise coordenada e tomadas de decisão relacionadas a eles. Por sua vez, a avaliação dos efeitos e impactos ocasionados à saúde tem por objetivo impedir a: (i) propagação de danos relacionados a desastres que possam pôr em risco a saúde pública; (ii) propagação de rumores infundados; e (iii) administração da velocidade com que esforços internacionais em assistência médica são mobilizados. Os órgãos internacionais recomendam que os relatórios de saúde dos efeitos do desastre sejam elaborados pelas áreas técnicas, compreendendo as seguintes informações:

- I a situação sociodemográfica e o *status* dos principais indicadores epidemiológicos, incluindo a taxa de morbidade e incidência de diferentes doenças relevantes para o tipo de desastre em questão;
- II descrição das características e localização dos serviços de saúde existentes;
- III os recursos humanos, equipamentos e suprimentos médicos existentes no setor de saúde e suas instalações;
- IV as gestões do setor da saúde nas regiões atingidas, a maneira como é financiado e seus recursos financeiros;
- V a cobertura e acesso dos serviços de saúde disponibilizados por região atingida; e

VI o custo de prestação dos serviços, incluindo os custos das visitas com médicos, diárias em hospitais e remuneração média dos profissionais da saúde, entre outros.

A comunicação de riscos à saúde é parte integral de toda resposta a desastres. Consiste na troca de informações, aconselhamentos e opiniões entre *experts*, líderes comunitários ou oficiais e as pessoas atingidas em tempo real, e deve ser implementada não apenas durante a fase de emergência, como também antes (como parte de atividades de prevenção a desastres) e depois (para apoiar a recuperação no médio e no longo prazo). A comunicação de riscos à saúde possui três objetivos principais:

- I construção de confiança para o engajamento com as comunidades e populações atingidas;
- II integração da comunicação de riscos em estruturas nacionais e locais existentes para a prevenção e a resposta a desastres, incluindo a capacitação dessas estruturas para a comunicação de riscos; e
- III métodos e práticas para a comunicação de riscos em emergências — desde o planejamento, a coordenação, a veiculação de mensagens, a canalização de métodos e abordagens variadas para comunicação e o engajamento, ao monitoramento e a avaliação posterior.

De acordo com os documentos internacionais, desastres são, ainda, um fator de risco para a saúde mental das populações atingidas, por três principais motivos:

- I maiores taxas de danos à saúde mental;
- II infraestrutura de saúde mental enfraquecida;
- III dificuldades em coordenar agências e órgãos que fornecem serviços de assistência à saúde mental.

Os desastres podem ter consequências na saúde mental de três formas:

- I impactos em transtornos mentais preexistentes (por ausência de medicamentos, de infraestrutura de cuidado com a saúde mental ou de agravamento por acumulação de situações de estresse);
- II surgimento de efeitos na saúde mental decorrentes do desastre;
- III surgimento de efeitos na saúde mental decorrentes da resposta ao desastre.

Por fim, é necessário considerar, transversalmente ao processo de aferição de danos à saúde da população atingida e de construção de respostas a esses danos, os

marcadores de vulnerabilidade e as situações que podem ter efeitos diferenciados na saúde de determinados grupos.

## INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objetivo trazer as orientações presentes nos documentos internacionais de órgãos e agências especializados sobre as melhores práticas relacionadas à aferição de danos à saúde nos casos de desastres. O estudo compreende as principais recomendações feitas pela Organização Mundial da Saúde, Banco Mundial, Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho e órgãos contidos na estrutura da Organização das Nações Unidas relacionadas à:

- I coleta de informações e procedimentos para a análise e avaliação das informações sobre danos à saúde; e
- II comunicação de riscos à saúde das populações atingidas.

O primeiro capítulo apresenta orientações e analisa os pressupostos para a coleta de informações e validação de dados, bem como as fontes de informações que servem de subsídio para a aferição e análise dos danos à saúde decorrentes de desastres.

O segundo capítulo apresenta os objetivos da avaliação dos efeitos e impactos ocasionados à saúde em decorrência do desastre. Busca disponibilizar orientações internacionais sobre o processo de planejamento para avaliação, assim como discorrer sobre os parâmetros internacionais estabelecidos para consolidação, processamento e análise das informações.

O terceiro capítulo compila as diretrizes internacionais existentes sobre o tratamento adequado na comunicação e divulgação de informações sobre danos à saúde e sobre os riscos epidemiológicos em contextos de pós-desastre, considerando a articulação com os diferentes atores presentes nos territórios e com os veículos midiáticos.

O quarto capítulo fornece orientações sobre a aferição de danos causados à saúde mental da população atingida em decorrência do desastre, com consideração aos motivos desses impactos, a como se subdividem, e métodos para coletar, avaliar e divulgar esses danos.

Ao final dessa análise, são consolidadas as conclusões relativas à aferição de danos à saúde e avaliação desses danos.



## METODOLOGIA

Este relatório foi elaborado com base em revisão documental de orientações e *guidelines* internacionais que abordam a aferição de danos à saúde em casos de desastre. Para tanto, foi realizado mapeamento dos documentos existentes nos setores de publicações dos principais órgãos internacionais que abordam os temas de desastres, saúde, ou que fornecem orientações e parâmetros amplamente reconhecidos e adotados. Em seguida, os documentos relevantes para o tópico abordado no presente estudo foram sistematizados e analisados, de modo a embasar esta pesquisa.

Foram utilizados documentos e *guidelines* publicados por agências e órgãos internacionais para o estabelecimento de metodologias e parâmetros internacionais de aferição de danos à saúde. Esses documentos incluem publicações da Organização Pan Americana da Saúde (PAHO), da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (ECLAC), do Banco Mundial, da Organização das Nações Unidas (ONU), da Cruz Vermelha Internacional e de ONGs internacionais envolvidas na assistência de desastres, como o Médicos Sem Fronteiras.

As recomendações analisadas no presente estudo foram elaboradas como resultado de pesquisas envolvendo coleta primária de dados, levando em consideração a experiência de atuação prática dos órgãos que as desenvolveram. Também resultaram de pesquisas envolvendo dados secundários, como a análise de publicações e produções acadêmicas, científicas e jornalísticas. Tais recomendações foram e seguem sendo utilizadas por diversos atores da comunidade internacional, servindo de fundamento para a determinação de um padrão internacional de aferição de danos à saúde em contexto de resposta a desastres.

Embora as referências adotadas não tenham pretensão prescritiva aos países que enfrentam uma situação de desastre, os referidos documentos servem como parâmetros para o desenvolvimento de estratégias de recuperação dos danos individuais e coletivos.

## 1 ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE INFORMAÇÕES

Desastres geram consequências adversas para o bem-estar físico, mental e social dos atingidos. De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, *desastres* na perspectiva da saúde pública são definidos “por seu efeito sobre as pessoas e sobre a infraestrutura dos serviços de saúde”.<sup>1</sup>

Na ocorrência de desastres, o processo de análise da situação de saúde é fundamental, tanto aquele que é realizado com base em informações anteriores à ocorrência do evento, com a finalidade de conhecer as dinâmicas anteriormente presentes no território; quanto o realizado posteriormente ao desastre, a fim de avaliar os danos e as necessidades imediatas dos atingidos.

A análise de situação de saúde pós-desastre abrange um processo de levantamento e análise de dados e informações para a compreensão dos impactos à saúde, de modo a identificar necessidades e subsidiar a priorização de ações. Nesse contexto, é importante observar algumas variáveis que possibilitam conhecer as características da população, suas condições de vida e seu perfil epidemiológico. Faz-se necessário, ainda, conhecer os recursos que a Secretaria de Saúde e demais órgãos de saúde têm disponíveis.

Essa análise contribui para conhecer a realidade presente no território e aferir as consequências do desastre em termos de danos (humanos, materiais e ambientais) e prejuízos (econômicos e sociais). Quanto mais conhecimento sobre as ameaças e as vulnerabilidades do território, mais condições de apontar as medidas necessárias para a redução do risco à saúde da população e as medidas de reparação.

Nesse contexto, o presente capítulo tem por objeto descrever as orientações internacionais existentes sobre o processo de levantamento e análise de dados e informações. Para isso, são analisados os pressupostos para a coleta de informações e validação de dados, bem como as fontes de informações que servem de subsídio para a análise.

---

<sup>1</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, p. 5.

## 1.1 Pressupostos para coleta de informações e validação de dados

Para compreender e avaliar os efeitos decorrentes do desastre, segundo o documento *Handbook for estimating the Socio-economic and Environmental Effects of Disaster*,<sup>2</sup> é necessário que seja disponibilizado acesso às informações que permitam determinar, em tempo razoável, o escopo dos danos aos diferentes componentes e funções do setor da saúde. Na ausência de tais informações, a avaliação deve ser realizada por meio de estudos ou projeções pontuais para mensurar o tempo e os requisitos para a recuperação dos danos. A coleta e análise de informações e, de maneira mais geral, a implementação de sistemas de informação em saúde, são componentes essenciais na prevenção e preparação para ocorrência de desastres.

A disponibilidade e qualidade das informações relacionadas ao setor da saúde são essenciais, tendo em vista que formam a base para compreensão dos fundamentos da política de saúde. As informações referentes às condições gerais pré-desastre — social, econômica, cultural, financeira e política — servem como parâmetro para comparação com as condições pós-desastre no país atingido.

Ainda, os documentos internacionais recomendam que os relatórios de saúde dos efeitos do desastre a serem elaborados pelas áreas técnicas, compreendam as seguintes informações:

- I a situação sociodemográfica e o *status* dos principais indicadores epidemiológicos, incluindo a taxa de morbidade e incidência de diferentes doenças relevantes para o tipo de desastre em questão;<sup>3</sup>
- II descrição das características e localização dos serviços de saúde existentes;
- III os recursos humanos, equipamentos e suprimentos médicos existentes no setor de saúde e suas instalações;
- IV as gestões do setor da saúde nas regiões atingidas, a maneira como é financiado e seus recursos financeiros;

---

<sup>2</sup> ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN (ECLAC); INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT (THE WORLD BANK). **Handbook for estimating the Socio-economic and environmental effects of disaster**. [s.l.]: ECLAC, 2003, p. 92.

<sup>3</sup> Nesse sentido, estudo realizado pela Fundação Getulio Vargas (FGV, 2019b) tem o propósito de analisar bancos de dados, por meio de uma análise comparativa com as informações pré e pós-desastre, a fim de identificar se houve aumento de doenças nos municípios atingidos.

- V a cobertura e acesso dos serviços de saúde disponibilizados por região atingida; e
- VI o custo de prestação dos serviços, incluindo os custos das visitas com médicos, diárias em hospitais e remuneração média dos profissionais da saúde, entre outros.

É fundamental conhecer as condições presentes no território que podem influenciar os efeitos do desastre sobre a saúde. Essa perspectiva deve ser adotada tanto em uma análise de situação prévia à ocorrência do desastre quanto para avaliar os impactos após seu acontecimento. Subsidiaria, ainda, o conhecimento sobre a dinâmica da área atingida, possibilitando a preparação e a resposta oportuna.

As intervenções devem ser precedidas de um planejamento cuidadoso e avaliação ampla do contexto local. Deve ser feita uma avaliação qualitativa do contexto em conjunto com uma avaliação quantitativa do funcionamento cotidiano. Quando a avaliação revelar uma ampla gama de necessidades que provavelmente não serão atendidas, os relatórios de avaliação deverão especificar a urgência das necessidades, a existência de recursos locais e os potenciais recursos externos.

Os documentos internacionais indicam que as avaliações devem, na medida do possível, ser um processo participativo e colaborativo com as partes interessadas, incluindo governos, ONGs e organizações comunitárias e religiosas, bem como as populações atingidas. A avaliação participativa é o primeiro passo no diálogo com as populações atingidas e, se bem executada, não apenas fornece informações, mas também pode ajudar as pessoas a assumir o controle da situação, identificando problemas, recursos e possíveis soluções de forma colaborativa. O *feedback* sobre os resultados e o processo de avaliação devem ser solicitados aos participantes para que se possam aprimorar os métodos empregados. A população atingida também deve estar envolvida na definição de bem-estar e sofrimento.

Os órgãos internacionais também indicam que as metodologias de avaliação (incluindo indicadores e instrumentos) devem ser cultural e contextualmente sensíveis e relevantes. A equipe de avaliação deve incluir indivíduos familiarizados com o contexto local e devem respeitar as tradições e práticas culturais locais. As avaliações devem ter como objetivo evitar o uso de terminologia que, no contexto cultural local, possa contribuir para a estigmatização.

## 1.2 Fontes de informações

As fontes de informações na ocorrência de desastres podem variar amplamente em tipo e origem. Nenhuma fonte deve ser descartada quando se trata da obtenção de informações que possam ajudar a mensurar os impactos e avaliar os efeitos no setor da saúde.

Como mencionado, é importante fazer uso das informações existentes, incluindo publicações disponíveis, material histórico pertinente e dados sobre a situação anterior ao desastre. Além disso, os órgãos internacionais recomendam entrevistar indivíduos diversos em respeito ao gênero. As discussões em grupo com membros da população atingida podem fornecer informações úteis sobre práticas e costumes locais, além dos danos ocasionados pelo desastre. Ressalte-se, ainda, a relevância da análise dos sistemas de aviso prévio de desastres, bem como planos nacionais e regionais para a preparação em caso de desastre.

Algumas das principais fontes de informação serão as entidades da administração pública responsáveis — o Ministério da Saúde e Previdência Social (atualmente abarcado pelo Ministério da Economia) —, tendo em vista que podem fornecer informações estatísticas e orçamentárias sobre os recursos e atividades do setor de saúde. São relevantes os documentos orçamentários anuais ou periódicos, os inventários das instituições relevantes (que contêm detalhes sobre seu pessoal e materiais), publicações estatísticas periódicas, relatórios sobre estruturas de saúde e boletins sobre a situação epidemiológica.

As instituições públicas e privadas do setor de saúde — clínicas, hospitais etc. — também são fontes importantes de informações, pois podem disponibilizar um inventário detalhado da infraestrutura e dos recursos humanos e financeiros, informações sobre os custos dos diferentes serviços prestados, taxas de frequência de visitas médicas a hospitais. Da mesma forma, os órgãos de treinamento e as associações médicas e paramédicas profissionais são fontes importantes para verificar as informações demográficas médicas no local da ocorrência do desastre.

## 1.3 Orientações para a realização de análise documental

A base informacional pré-desastre inclui dados nacionais, socioeconômicos, demográficos e geográficos relevantes sobre as áreas atingidas, incluindo indicadores de desenvolvimento, como taxas de alfabetização, desnutrição e insegurança alimentar, níveis de pobreza, acesso a instalações de água potável e saneamento, instalações

educacionais, matrículas escolares, incidência de doenças transmissíveis, entre outras. Sempre que possível, todos os dados relevantes devem ser desagregados por gênero, idade, raça, características étnicas ou culturais/religiosas, se relevantes para a identificação de vulnerabilidades e oportunidades específicas com que mulheres, meninas, meninos e homens e diferentes grupos étnicos e culturais/religiosos podem se deparar, e que requerem atenção após o desastre.

Esses dados podem ser relevantes para determinar o impacto geral do desastre no setor da saúde, além de contribuírem para a análise de vulnerabilidade e para o entendimento das causas subjacentes do desastre. Isso, por sua vez, contribui para o planejamento de uma recuperação eficaz e resiliente.

Nas situações em que os dados da base informacional pré-desastre não estiverem disponíveis, nas pesquisas setoriais ou locais ou nos relatórios setoriais e desagregados, pode ser necessária a análise por amostragem, ou seja, estimar os dados por meio de entrevistas com uma determinada amostra que consiga representar o conjunto de interesse. Também seria possível chegar aos dados da base informacional pré-desastre por meio das impressões visuais de áreas não atingidas e sua comparação com as áreas atingidas, desde que existam dados georreferenciados correspondentes às imagens. Em certas situações, as imagens de satélite de situações pré-desastre disponíveis podem ser utilizadas e interpretadas para desenvolver a base informacional.

Geralmente, as informações coletadas incluem o seguinte:

- I informações demográficas, socioeconômicas, geográficas, étnicas e culturais pré-desastre;
- II dados pré-desastre relacionados ao setor da saúde;
- III natureza e extensão dos perigos, vulnerabilidades e riscos pré-desastre; e
- IV planos nacionais, bem como regionais (ou locais) de desenvolvimento, metas socioeconômicas de curto prazo e estratégias de redução da pobreza.

## **1.4 Orientações para a realização de entrevistas e pesquisas de campo**

Entrevistas com os principais interessados por meio dessas pesquisas de campo nas áreas atingidas podem se mostrar relevantes para uma visão dos efeitos e dos impactos do desastre. As consultas devem ser amplas e diversas, incluindo homens e mulheres, pessoas de várias idades, de diferentes grupos étnicos e religiões, pessoas com

deficiência e outras necessidades especiais, além de outros grupos, para garantir que as necessidades de todas as pessoas atingidas sejam consideradas. As consultas realizadas com mulheres e com pessoas de diferentes origens e características tornam possível identificar suas necessidades específicas, bem como suas diferentes prioridades e interesses.

Vários métodos de coleta de informações são usados para avaliar o impacto de desastres. Em geral, os métodos de coleta de informações podem incluir um dos seguintes ou uma combinação destes:

- I discussões em grupos focais;
- II entrevistas com pessoas selecionadas para representarem sistemas diferentes de meios de subsistência e/ou grupos vulneráveis na comunidade;
- III entrevistas com informantes-chave;
- IV visitas domiciliares e entrevistas;
- V observação em campo;
- VI pesquisas domiciliares;
- VII mapas e imagens de satélite.

Embora o uso de um método ou de outro seja determinado pelo contexto e pelo setor que estão sendo avaliados, os seguintes princípios básicos da coleta de informações devem ser seguidos:

- I consultas diretas e representativas: a população atingida pelo desastre, as autoridades locais e a sociedade civil devem ser consultadas diretamente; e
- II confiabilidade: informações confiáveis devem diferenciar “fatos”, “opiniões” e “rumores”.

Deve-se garantir que os impactos sobre mulheres e homens sejam registrados, inclusive os impactos que se diferenciam, a fim de que suas necessidades particulares sejam incorporadas ao planejamento da fase de recuperação do desastre.

Como princípios éticos, os documentos internacionais elencam a privacidade, confidencialidade e os melhores interesses dos entrevistados. De acordo com o princípio de “não fazer mal”, deve-se tomar cuidado para evitar elevar expectativas irrealistas durante as avaliações. Questionamentos intrusivos devem ser evitados. As organizações devem fazer todos os esforços para garantir que a participação dos membros da comunidade na avaliação seja genuinamente voluntária. As pessoas que entrevistam crianças ou outros grupos com necessidades específicas (como



sobreviventes de violência de gênero) devem possuir habilidades e experiência adequadas.

Os órgãos internacionais recomendam que os avaliadores sejam treinados nos princípios éticos mencionados acima e possuam boas habilidades interpessoais. As equipes de avaliação devem ter um equilíbrio de gênero apropriado e devem ter conhecimento tanto da metodologia de avaliação quanto do contexto local.

Para a entrevista individual, os documentos analisados recomendam realizar uma entrevista familiar, de modo a complementar e esclarecer aspectos da informação fornecida e buscar cooperação familiar no manejo de um possível dano à saúde do atingido. Tais documentos recomendam resumir, no primeiro momento, o que já se sabe sobre a pessoa após o desastre, começando com os problemas atuais, a experiência do desastre, suas reações emocionais e o que está relacionado ao apoio social e comunitário, que será, obviamente, a maior preocupação do atingido.

As orientações internacionais recomendam garantir um ambiente adequado e silencioso; certificar-se de que ambos possam sentar-se confortavelmente e em uma posição em que o entrevistador possa olhar o entrevistado diretamente no rosto e este possa responder olhando-o nos olhos; se a pessoa estiver deitada por motivos de saúde, perguntar se ela pode se sentar e ajudar, certificando-se de que está confortável; adaptar o tempo da entrevista às condições de saúde do entrevistado. Embora seja importante ter certa ordem na entrevista, é possível modificar o plano de acordo com as circunstâncias; evitar interrupções frequentes; sempre que possível, é preferível esgotar um problema antes de passar para outro e passar do mais simples ao mais complexo. Anotar se houver um tópico específico que o entrevistado evite.

Uma vez que a pessoa tenha falado livremente, as *guidelines* internacionais recomendam começar com as perguntas pertinentes de acordo com o caso, tanto para esclarecer o que foi dito quanto para descobrir aspectos que não foram tratados espontaneamente. Aconselha-se não iniciar as perguntas em “Por que”, pois isso pode ser interpretado como uma intenção de crítica ou questionamento direto; é importante manter uma ordem lógica e consistente nas perguntas.

Às vezes, as pessoas relutam quando perguntadas sobre antecedentes ou aspectos mais íntimos ou que parecem não ter relação com o que está acontecendo atualmente com elas. Então, os documentos internacionais indicam ser útil comentar que o desejo é ajudá-la e que será mais fácil fazê-lo se os detalhes de sua vida forem mais conhecidos, por meio do que ela pode lhe dizer. Via de regra, as *guidelines* internacionais recomendam que os dados pessoais e familiares, bem como a existência



de problemas emocionais anteriores ao desastre, sejam coletados posteriormente. O entrevistador não deve forçar as respostas, respeitando os silêncios.

Na entrevista, a apresentação pessoal e a atitude do sujeito devem ser analisadas em referência ao seu histórico e situação atual e à maneira como ele reage à entrevista. Por fim, é recomendado sintetizar os elementos fundamentais do que foi dito, ordenando-os e depois, em uma pausa, explicando o que foi entendido, permitindo também que a pessoa corrija e complemente, e concluir a entrevista com um comentário positivo.

De acordo com a experiência das organizações internacionais, as pessoas podem responder perguntas sobre como estão indo com respostas fortemente negativas, porque acham que isso pode ajudá-las a ter acesso aos serviços. Ou as pessoas podem não descrever emoções negativas porque não querem parecer fracas aos olhos dos outros. Além disso, os entrevistadores podem ser tendenciosos, o que pode influenciar as respostas. É importante que as equipes de avaliação reflitam e relatem como as respostas às perguntas podem ser tendenciosas.

## **2 PARÂMETROS PARA ESTABELECIMENTO DE PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE E AVALIAÇÃO**

No contexto pós-desastre, faz-se necessário definir os parâmetros para análise e avaliação dos danos e prejuízos que o desastre provocou à saúde. Com isso, o que se pretende é analisar os objetivos da avaliação dos efeitos e impactos ocasionados à saúde em decorrência do desastre; disponibilizar orientações sobre o processo de planejamento para avaliação dos efeitos e impactos ocasionados à saúde em decorrência do desastre; discorrer sobre os parâmetros internacionais estabelecidos para consolidação, processamento e análise das informações; e por fim, discorrer sobre a necessidade da análise intersetorial.

### **2.1 Objetivos da avaliação dos efeitos e impactos ocasionados à saúde em decorrência do desastre**

A avaliação dos efeitos e impactos ocasionados à saúde tem por objetivo impedir a: (i) propagação de efeitos relacionados a desastres que possam pôr em risco a saúde pública; (ii) propagação de rumores infundados; e (iii) administração da velocidade com que esforços internacionais em assistência médica são mobilizados.

Dessa forma, compreender a dimensão dos danos ocasionados pelo desastre possibilita estruturar um plano de ação de atendimento e recuperação dos atingidos, levando em consideração a extensão do impacto no setor de saúde em decorrência do acontecimento do desastre.

### **2.2 Consolidação, processamento e análise das informações**

Assim que as pesquisas de campo e a revisão documental estiverem concluídas, a equipe de pesquisa precisará consolidar, analisar e interpretar todos os dados coletados. Essa análise é de suma importância para elaboração de relatórios e análises elaboradas por equipes técnicas, pois converte dados em evidências confiáveis e convincentes, que informam as decisões tomadas pelas autoridades governamentais e pela comunidade internacional em relação à recuperação do país após a ocorrência do desastre. Gerenciar dados produzidos por muitas organizações diferentes e de diferentes locais é uma tarefa complexa e que requer muito planejamento e eficiência.

O primeiro passo indicado pelos documentos internacionais sobre o tema envolve a consolidação, o processamento e a análise dos dados coletados pelas equipes do setor.

Esses dados coletados podem ter vindo de vários atores e fontes, o que demanda uma análise de informações cruzadas para examinar inconsistências e confirmar descobertas. Quando são realizadas pesquisas domiciliares ou outros dados brutos semelhantes coletados por outros instrumentos, os enumeradores e outros funcionários devem processar um grande volume de dados para torná-los utilizáveis. Finalmente, as conclusões da avaliação são traduzidas pelas equipes do setor em necessidades e prioridades de recuperação sintetizadas em um relatório final.

- I Análise de dados no nível do setor: consolidação, processamento e análise de dados sobre perdas e danos coletados pelas equipes do setor.
- II Depois de compilados os danos e as perdas, identifique as necessidades e prioridades de recuperação do setor e sintetize nos Relatórios de Pesquisa do setor.
- III Análise de dados intersetoriais: verifique as descobertas entre os setores. Faça uma análise multissetorial para obter um entendimento comum do desastre; identifique prioridades comuns entre setores e áreas geográficas, grupos vulneráveis, questões transversais e estabeleça uma base comum para a programação de recuperação.
- IV Consulta: processo consultivo de engajamento com as partes interessadas locais nas áreas atingidas para chegar a acordo sobre necessidades prioritárias e estratégias de recuperação.
- V Verificação de necessidades/estratégias de recuperação entre setores e áreas geográficas.
- VI Análise de impacto no nível macro (projeção do impacto na economia e no desenvolvimento humano).

Com base nas entrevistas, nas pesquisas de campo, na revisão documental, nas consultas, as equipes técnicas responsáveis deverão elaborar um breve relatório de análise da situação como base para as discussões entre as partes envolvidas na tomada de decisões conjunta sobre ações e prioridades futuras em relação aos relatórios finais.

## **2.3 Análise intersetorial dos dados**

É sugerido por documentos internacionais que equipes técnicas do setor de saúde compartilhem e verifiquem as descobertas com demais setores. A análise intersetorial ajuda a identificar as conexões e os problemas que atravessam os setores. Isso pode ajudar bastante a alcançar um entendimento comum do efeito geral do desastre;

identificar prioridades comuns entre setores e áreas geográficas, grupos vulneráveis, questões transversais; e no estabelecimento de uma base comum para a programação de recuperação.

Para elaborar a estratégia de recuperação, os órgãos internacionais recomendam que os dados quantitativos e qualitativos obtidos dos estudos finais sejam processados, consultados nas áreas atingidas e apresentados de maneira a fornecer uma imagem global de todos os setores e das áreas atingidas. Também recomendam que os resultados da avaliação sejam apresentados por setor e área geográfica para facilitar a análise comparativa e a priorização.

### **3 DIRETRIZES PARA A COMUNICAÇÃO DE RISCOS E DANOS À SAÚDE E PREVENÇÃO**

O presente capítulo tem por objetivo compilar as diretrizes internacionais existentes sobre o tratamento adequado na divulgação de informações sobre danos à saúde e sobre os riscos epidemiológicos em contextos de pós-desastre.

### 3.1 Comunicação de riscos em emergências (*emergency risk communication* — ERC)

A comunicação de riscos é parte integral de toda resposta a desastres. Consiste na troca de informações, aconselhamentos e opiniões entre *experts*, líderes comunitários ou oficiais e as pessoas atingidas em tempo real e deve ser implementada não apenas durante a fase de emergência, como também antes (como parte de atividades de prevenção a desastres) e depois (para apoiar a recuperação no médio e longo prazo).

Durante desastres de saúde pública, as pessoas atingidas precisam saber quais riscos à saúde elas enfrentam e quais ações podem tomar para proteger sua saúde e suas vidas. Informações precisas fornecidas com rapidez, periodicamente e em linguagens e canais de comunicação acessíveis, confiáveis e efetivamente utilizados pela população atingida, permitem que todos em risco possam tomar decisões informadas para proteger a si, a suas famílias e comunidades contra ameaças à sobrevivência, à saúde e ao bem-estar. Além disso, possibilita que autoridades e *experts* obtenham conhecimento e reajam aos anseios e necessidades das pessoas atingidas, de modo que seus conselhos sejam relevantes, confiados e acatados.

### 3.2. Diretrizes internacionais

As recomendações listadas a seguir são direcionadas aos formuladores de políticas e tomadores de decisão responsáveis por gerenciar os desastres, particularmente no que diz respeito à saúde pública, e aos atores responsáveis pela comunicação antes, durante e depois de desastres de saúde. Outros grupos aos quais as recomendações se direcionam são: profissionais atuantes nos territórios atingidos; parceiros locais, nacionais e internacionais; sociedade civil; setor privado e todas as demais organizações, privadas e públicas, envolvidas na prevenção e na resposta a desastres.

As recomendações possuem três objetivos principais:

- I construção de confiança para o engajamento com as comunidades e populações atingidas;
- II integração da comunicação de riscos em estruturas nacionais e locais existentes para a prevenção e a resposta a desastres, incluindo a capacitação dessas estruturas para a comunicação de riscos; e
- III comunicação de riscos em emergências — desde o planejamento, a coordenação, a veiculação de mensagens, a canalização de métodos e

abordagens variadas para comunicação e engajamento, ao monitoramento e a avaliação posterior.

### **3.3 Construção de confiança e engajamento com populações atingidas**

Para que as pessoas em risco possam tomar decisões para proteger sua saúde, suas vidas e de suas famílias e comunidades, é necessário que confiem na fonte de informação. Portanto, estabelecer e manter a confiança da população atingida é o primeiro e mais importante passo para uma comunicação de riscos efetiva. A construção da confiança, por sua vez, está intrinsecamente relacionada ao engajamento comunitário e ao reconhecimento de incertezas.

#### **3.3.1 Confiança**

Para construir confiança, a comunicação de riscos deve estar ligada a serviços operantes e acessíveis, ser transparente, tempestiva, compreensível, reconhecer incertezas, dirigir-se às populações atingidas e ser disseminada em múltiplas plataformas, métodos e canais.

A confiança deriva das percepções da população acerca dos motivos (priorizar a segurança e a saúde dos atingidos), honestidade (não esconder fatos relevantes, mesmo os negativos) e competência (garantir que está no controle e é capaz de gerir a situação) das autoridades. É influenciada pela reputação organizacional; qualidade das relações entre *stakeholders*; entendimento e gestão das relações midiáticas; estratégias de informação de provisionamento de riscos; precisão, oportunidade e informação compreensiva; transparência sobre informação disponível; equidade no tratamento das populações; construção de confiança mediante diálogo participativo e envolvimento em planejamento, oficinas, exercícios e no desenvolvimento e verificação de planos de comunicação.

Danos podem ocorrer quando serviços estiverem indisponíveis, forem irresponsivos ou inacessíveis. A confiança nos sistemas de saúde é baseada nas percepções pessoais sobre esses sistemas e não em mensurações objetivas. Engajar membros comunitários ao envolvê-los em reuniões de entregas pode superar esse problema. Tratamento desrespeitoso por profissionais da saúde irá erodir a confiança.

Alguns fatores que podem contribuir para a construção de confiança são: reconhecer as incertezas relacionadas aos riscos envolvidos, incluindo-as em previsões e

advertências; ser transparente e não ocultar informações negativas, como taxas de causalidades; rapidez na disseminação de informação e na intervenção; utilizar métodos de fácil compreensão para comunicar conhecimento científico; buscar contribuições do público e encorajar o diálogo; garantir a coordenação entre diferentes autoridades de saúde e a mídia com uma mensagem uniforme e informada; evitar mudanças rápidas na informação divulgada e prevenir a divulgação de informações contraditórias por agências e órgãos distintos; disseminar informações mediante múltiplas plataformas.

Algumas estratégias para comunicar mensagens que veiculem e gerem confiança são: citar terceiros que tenham credibilidade; citar fontes confiáveis para mais informações sobre algum assunto; reconhecer que existem outros pontos de vista, quando couber; indicar disposição para ser responsabilizado; descrever conquistas e avanços; indicar conformidade com os mais altos padrões profissionais, científicos e éticos; citar pesquisas científicas e estudos específicos; descrever os processos de revisão, aprovação e consultoria; identificar parceiros que estejam colaborando; indicar disposição para compartilhar os riscos.

### **3.3.2 Comunicação de incertezas**

Comunicação pelas autoridades ao público deve incluir informação explícita sobre as incertezas associadas aos riscos, eventos e intervenções, e indicar, naquele momento, o que é conhecido e o que não é. Contudo, a informação fornecida deve ser consistente e não contraditória e apresentada de modo claro e compreensível.

Informações ausentes ou contraditórias e inconsistentes fornecidas pelas autoridades levam a incertezas na prática de profissionais da saúde e formuladores de políticas e na tomada de decisão em relação à comunicação ao público.

A cobertura midiática de um evento com informações contraditórias e inconsistentes, especialmente que se diferenciem das informações de autoridades, aumenta as incertezas do público, o que pode levar à falta de confiança nas autoridades e nas ações que elas recomendam. A forma como a mensagem é comunicada também é relevante.

### **3.3.3 Engajamento comunitário**

Identificar pessoas nas quais a comunidade confia e construir relações com elas. Envolvê-las nos processos decisórios para garantir que as intervenções sejam colaborativas, contextualmente apropriadas e que a comunicação pertença à comunidade.



Providenciar devolutivas à comunidade também é uma parte essencial de um bom esforço de comunicação.

Alguns métodos de engajamento comunitário são: engajar líderes locais e pessoas-chave para as relações comunitárias; personalizar intervenções para populações, gênero, circunstâncias e linguagem; incluir pessoas locais como mobilizadoras; a comunidade construir suas próprias intervenções; engajar grupos locais; escutar as demandas locais e operar formas de comunicação bidirecionais; incluir a mídia local; monitoramento e avaliação contínuos (com devolutivas); utilizar avaliações antropológicas; iniciar a comunicação precocemente; utilizar assistência visual, simulações e contação de histórias como recursos; a comunidade conduzir sua própria análise de epidemias; decisões serem tomadas a nível local.

Contudo, é fundamental ressaltar que, apesar de o envolvimento de líderes locais ser essencial para que o engajamento comunitário seja bem-sucedido, nem todos os “locais” possuem o mesmo efeito de construção de confiança. Esse é um aprendizado do caso do surto do vírus Ebola, no qual as pessoas não confiavam em alguns dos líderes ou indivíduos que foram pagos para realizar o trabalho durante a resposta à epidemia. Voluntários foram utilizados posteriormente para abordar esse problema. Portanto, é necessário identificar quais líderes devem ser envolvidos nas atividades de comunicação, de modo a alcançar efetivo engajamento comunitário.

### **3.4 Integrar a comunicação de risco em emergências aos sistemas de saúde e de resposta a desastres**

A comunicação de risco para a proteção à saúde precisa funcionar dentro dos sistemas de saúde e de prevenção e resposta a desastres.

#### **3.4.1 Governança e liderança**

De modo a facilitar a incorporação de comunicação de riscos como um pilar da prevenção e resposta a desastres, é fundamental capacitar os profissionais envolvidos na comunicação de riscos. Nesse sentido, é necessário atentar para a governança envolvida no contexto de pós-desastre, para que seja possível atribuir papel estratégico à comunicação de riscos. Algumas funções da governança nesse processo são: (i) incluir as funções de comunicação de riscos em desastres nas estruturas de liderança nacional; (ii) criar proximidade organizacional dos profissionais de comunicação de riscos com as lideranças nacionais de resposta a desastres; (iii) desenvolver leis,

regulações, políticas públicas e diretrizes em apoio à comunicação de riscos em desastres.

A Assembleia Geral das Nações Unidas solidificou o entendimento de que o estabelecimento de mecanismos de prevenção e resposta a desastres humanitários deve incluir o engajamento com as comunidades atingidas e o estabelecimento de métodos de comunicação culturalmente apropriados, isto é, levando em consideração as especificidades dos atores e grupos locais. Ainda segundo esse órgão, a comunicação de riscos deve ser implementada de maneira integrada aos planos nacionais de saúde, o que se traduz, entre outras medidas, no treinamento de funcionários para servir como porta-vozes e no planejamento para garantir uma oferta adequada de pessoal treinado na comunicação de risco, com o estabelecimento de cargos específicos, com o intuito de prover a rápida divulgação de informações relevantes sobre doenças, epidemias e métodos de prevenção.

### **3.4.2 Sistemas de informação e coordenação**

A Organização Mundial da Saúde considera ser essencial, para disciplinar a coordenação e o fluxo de informações sobre os riscos à saúde decorrentes de um desastre, a criação de redes operacionais e de *stakeholders*. Isso implica a adaptação de sistemas de informação e de comunicação para as necessidades dos usuários e o envolvimento de atores locais para garantir o fluxo de informações através de diferentes setores e áreas do conhecimento. Para tanto, profissionais de comunicação de risco podem necessitar de apoio normativo, político e institucional, para evitar que a disseminação de informações seja limitada de alguma maneira e, assim, não chegue aos principais interessados.

Essas redes operacionais podem ser construídas e adaptadas de três principais maneiras, de acordo com a literatura e a experiência de campo consideradas pela Organização Mundial da Saúde.

Em primeiro lugar, é fundamental a consolidação de forças-tarefas e comitês envolvendo os atores interessados ao longo de todo o território relevante para facilitar a interação, o diálogo e o intercâmbio de informações entre autoridades nacionais, subnacionais e agências, equipes de resposta a desastres e unidades tomadoras de decisão.

Para tanto, revelou-se importante a existência de relações formadas antes do desastre e o uso de gestores da informação para coordenar o diálogo entre instâncias e de

profissionais voltados para o contato com o público para aprimorar a disseminação de informações.

Em segundo lugar, sistemas e plataformas de informação podem ser utilizados para impulsionar a comunicação sobre os riscos à saúde.

Por fim, o engajamento de atores locais é fundamental para uma estratégia de comunicação de riscos efetiva. Nesse sentido, o objetivo é utilizar redes sociais existentes em contextos municipais e locais para atividades de redução de riscos de desastres e disseminação de informação relevante sobre prevenção: centralizar recursos para facilitar a comunicação com comunidades culturalmente diversas; identificar e designar uma agência ou órgão que tenha o melhor alcance geográfico e comunitário para liderar o processo de disseminação de informações; mitigar lacunas tecnológicas em áreas de poucos recursos; promover a integração de organizações não governamentais (ONGs) com atuação local no sistema de gestão de informações; desenvolver capacidades para mobilizar redes sociais relevantes.

Também se mostraram relevantes: o alinhamento entre avaliadores de riscos e comunicadores de riscos, que em certas experiências demonstraram dificuldade no diálogo; a coordenação com a imprensa antes e durante um incidente, considerando suas necessidades e permanecendo disponível a ela, tendo em vista que muitas pessoas atingidas dependem da mídia para obter informações sobre os riscos que correm.

### **3.4.3 *Capacity building***

A preparação e o treinamento de profissionais para a comunicação de riscos em desastres devem ser organizados regularmente. Esses exercícios devem focar no alinhamento entre atores e agências, na construção de habilidades para lidar com a mídia e no desenvolvimento de mensagens que sejam sensíveis às necessidades e à compreensão do público.<sup>4</sup>

A falha em desenvolver capacidades locais de comunicação de riscos levou à dependência de especialistas externos, que tiveram de ser engajados em momentos de crise. Em vez de depender de assistência externa, a capacitação para comunicação de risco deve ser integrada em cada nível — local, nacional, regional e global — com papéis

---

<sup>4</sup> Treinamentos *online* sobre comunicação de riscos à saúde em emergências disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde podem ser encontrados em: <[www.who.int/risk-communication/training/moduleb/en/](http://www.who.int/risk-communication/training/moduleb/en/)> e <[www.who.int/risk-communication/training/module-c/en/](http://www.who.int/risk-communication/training/module-c/en/)>. Acesso em: nov. 2019.

e responsabilidades claramente definidos e a infraestrutura necessária. Uma parcela de profissionais deve ser treinada para a comunicação de riscos em crises de saúde e epidemias — incluindo profissionais da mídia — e treinamentos de atualização devem ser fornecidos ao menos anualmente.

Algumas capacidades que podem necessitar de maior investimento são: o desenvolvimento de habilidades interpessoais e de comunicação sensível, em conjunto com a construção de consenso; análise e documentação; monitoramento e avaliação; reconhecimento de variáveis que provoquem descontentamento, como percepções de injustiças, indiferença moral e impactos em populações vulneráveis; desenvolvimento de estratégias, planos e diretrizes de atuação para a comunicação; comunicações com *stakeholders* e parceiros; engajamento comunitário; análise sociopolítica, econômica e social de comunicação de riscos; tradução de comunicações técnicas em material acessível, compreensível e contextualizado; construção da confiabilidade de técnicos e *experts*.

A comunicação de riscos requer, ainda, um orçamento bem definido, que deve compor de modo central a alocação de recursos da prevenção e resposta a desastres.

### **3.5 Prática da comunicação de riscos em emergências**

A implementação das melhores práticas de comunicação de riscos à saúde em casos de desastres demanda um planejamento estratégico, com a consolidação de ferramentas de monitoramento e avaliação, incorporando o uso de redes sociais e adaptando o envio das mensagens e informações para a realidade das comunidades atingidas. Tais práticas devem levar em consideração a evolução de novos veículos midiáticos, além de eventuais mudanças sociais e demográficas nos territórios atingidos pelo desastre em questão.

#### **3.5.1 Planejamento estratégico de comunicação de riscos**

Um planejamento estratégico para a comunicação de riscos visa promover a implementação coordenada de intervenções direcionadas e o monitoramento e a avaliação dessas intervenções, com o intuito de aprimorar a conscientização pública e influenciar o comportamento antes, durante e depois de um desastre. Para isso, deve analisar as necessidades locais e definir objetivos gerais e específicos. Abaixo, encontram-se algumas das melhores práticas para o planejamento da comunicação de riscos, segundo a Organização Mundial de Saúde.

Com relação às práticas recomendadas para o momento de realização do planejamento, a OMS afirma ser ideal realizar o planejamento com antecedência e de modo contínuo. Nesse momento deve haver colaboração entre grupos de atores, envolvendo agências, atores locais e sistemas governamentais em atuação interativa.

Ainda na fase de construção do plano de comunicação, um fator que se mostra essencial, permeando diversas das recomendações da OMS, é o envolvimento das comunidades e populações em risco potencial no estágio de planejamento da comunicação de riscos. Por meio do engajamento de atores e populações potencialmente atingidos, tanto na construção do plano quanto na previsão das atividades a serem implementadas em caso de um eventual desastre, objetiva-se o desenvolvimento e a implementação dos planos em consideração às estruturas sociais, culturais e aos modos de vida dos diferentes grupos envolvidos. Com isso, é possível construir um plano sensível às necessidades dos atingidos e demais atores locais, e obter a convergência de conhecimento científico e técnico com o conhecimento local (experiência direta) das comunidades atingidas.

Além de incorporar as comunidades e populações potencialmente atingidas no momento de formulação do plano de comunicação de riscos, também se mostrou essencial, para a OMS, prever a inclusão desses atores nas atividades planejadas. Isso inclui utilizar formas locais, menos tradicionais, de comunicação em massa, como: a inclusão da comunidade, de líderes locais e de membros familiares para veicular mensagens de prevenção, programas de intervenção, campanhas de conscientização; a publicização de informações por meio de centros comunitários, religiosos ou outros canais utilizados pela população atingida. Para identificar os canais de comunicação preferidos pelas comunidades, obstáculos ou potenciais problemas, assim como possíveis soluções, os órgãos internacionais recomendam conduzir avaliações contínuas com líderes comunitários.

Os fundamentos que devem ser incorporados em um bom planejamento de comunicação de riscos à saúde em desastres são: confiança e credibilidade; realizar declarações com antecedência; transparência; escutar; planos que se traduzam em ações concretas.

### **3.5.2 Ferramentas de monitoramento e avaliação**

O planejamento deve incorporar mecanismos de revisão e avaliação das atividades de comunicação previstas, de modo a fornecer o ferramental para sua constante adaptação às novas demandas e à realidade da eventual crise em questão. Para isso, os órgãos

internacionais recomendam o estabelecimento de mecanismos para a verificação da incorporação de lições aprendidas com limitações passadas, o que só pode ser feito a partir da criação e implementação de mecanismos de monitoramento e avaliação da efetividade das mensagens e da possibilidade de realização de eventuais ajustes nos métodos de comunicação, quando necessário.

Nesse sentido, o foco deve ser monitorar e influenciar a percepção dos riscos, e não os riscos em si, pois esse é o indicador primário sobre o comportamento da população atingida. Para tanto, é necessário estabelecer um circuito de retorno, permitindo a incorporação de descobertas feitas em avaliações nas atividades de comunicação de riscos.

### 3.5.3 Redes sociais

Redes sociais e mídia tradicional devem ser parte de uma estratégia integrada com outras formas de comunicação para alcançar convergência de informações verificadas e precisas. Podem ser utilizadas para disseminar informações verdadeiras e confiáveis e combater a desinformação, engajar o público, facilitar a comunicação horizontal entre atores, criar conscientização situacional, monitorar e responder a rumores, reações públicas e preocupações durante um desastre e para facilitar respostas a nível local. Contudo, pode haver limitações relacionadas a recursos, acesso e preocupações culturais no uso de redes sociais para comunicação de riscos, motivo pelo qual essas recomendações devem ser lidas em relação ao contexto específico de aplicação.

As redes sociais abarcam uma gama abrangente de atividades e ferramentas, como o estabelecimento de redes, compartilhamento de fotos/vídeos, transmissão direta e ao vivo de acontecimentos, relatos pontuais e objetivos (*micro-blogging*), cada qual com funções e limitações específicas dependendo das circunstâncias de aplicação.

Agências governamentais e parceiros devem treinar, empregar e pagar profissionais de redes sociais dedicados a construir relacionamentos com os *stakeholders*, e utilizar as redes sociais consistentemente para construir confiança e credibilidade, e combater informações falaciosas conforme surgirem. Nesse sentido, o uso de *hashtags* pode ser útil, mas foi comprovado que há maior aderência às campanhas por *hashtags* se a movimentação não for fabricada pelos canais de comunicação governamentais, mas sim aderida por eles. A utilização de SMS ou serviços de mensagem também foi eficaz para combater rumores em cenários de desastres.

### 3.5.4 Envio de mensagens

As estratégias e escolhas envolvendo o desenvolvimento das mensagens que irão comunicar os riscos à saúde em momentos de desastre são cruciais para um efetivo plano de comunicação. Desde seu formato, estrutura, à linguagem que será utilizada, seu conteúdo e os canais de comunicação e atores pelos quais serão veiculadas podem influenciar de maneira definitiva na eficácia da comunicação de riscos.

Tendo isso em vista, algumas atividades relacionadas às mensagens que irão comunicar os riscos à saúde em momentos de crise devem estar presentes desde o desenvolvimento dos planos de comunicação desses riscos. São elas: desenvolver mensagens básicas para questões propensas a virem à tona durante uma crise; desenvolver um sistema para revisão e aprovação célere de mensagens; realizar avaliações médicas e antropológicas; distinguir mensagens empiricamente embasadas de informações incertas; identificar e envolver múltiplos canais e métodos de comunicação de mensagens.

A preparação das mensagens deve focar em elaborar peças claras, concisas e bem direcionadas ao público interessado. Para tanto, é recomendado utilizar um mapa de mensagem, composto pelos seguintes elementos: *stakeholder*; questão ou preocupação; mensagens; e as correspondentes informações que as fundamentam.

Cabe ainda: identificar o que o público-alvo deve saber; quais eventuais equívocos ou mal-entendidos devem ser prevenidos ou corrigidos; desenvolver material de apoio para cada mensagem veiculada, com o auxílio de tabelas, quadros explicativos, imagens, ilustrações, citações, analogias etc.; e manter as mensagens simples e curtas. A preparação das mensagens também inclui o mapeamento dos *stakeholders*, assim como suas principais preocupações. Nesse sentido, devem também ser redigidas mensagens para grupos específicos, como trabalhadores da saúde, atingidos, atores locais, ONGs, etc., visando encorajar as pessoas a criar sistemas de apoio de modo suplementar à assistência institucional, a canalizar reações negativas em ações positivas; construir relações de confiança e credibilidade.

Também é recomendada a construção e adaptação das mensagens, utilizando testes prévios com grupos focais, assim como a revisão periódica das mensagens conforme o desenrolar do desastre, ambas medidas que visam avaliar sua adequação e efetividade. As mensagens devem ser veiculadas em linguagem não técnica e por mais de uma fonte confiável, de modo consistente e antecipado, para aumentar as chances de compreensão da mitigação de risco que deve ser feita por potenciais atingidos e de



obediência das recomendações médicas, evitando a proliferação de rumores prejudiciais.

Além disso, as mensagens e as ações recomendadas devem ser culturalmente e contextualmente específicas, considerando grupos diferentemente vulneráveis e adaptadas conforme a necessidade dessas populações. Nesse sentido, devem ser desenvolvidas de maneira *bottom-up*, de modo a considerar questões culturais e políticas que só podem ser observadas a partir do contato local direto.

A entrega das mensagens, por sua vez, também deve ser considerada, de modo que seja clara, tempestiva e bem direcionada, além de promover a visibilidade e credibilidade dos comunicadores. Nesse sentido, é preferível dar declarações precipitadas afirmando que o conhecimento ainda é preliminar do que demorar para se pronunciar, uma vez que isso permite fontes pouco confiáveis de se apoderarem do vácuo de informações. Promover conferências e eventos midiáticos regulares auxilia a gerar previsibilidade e engajamento da imprensa.

Por fim, a avaliação do conteúdo e da performance das mensagens enviadas deve ser realizada. Essa análise e o monitoramento devem abordar a entrega das mensagens e sua cobertura na mídia, com base na acessibilidade e transparência das comunicações, no uso de técnicas de escuta e na clareza das mensagens; na adaptação e no aprimoramento com base em devolutivas, verificando as lacunas e deficiências que devem ser corrigidas; e na reação do público, avaliando os impactos da mensagem no comportamento do público-alvo.

### 3.5.5 Alinhamento com a mídia

Um dos grandes obstáculos à adoção de medidas preventivas de riscos à saúde em casos de desastres, conforme observado a partir da experiência de campo da OMS, é a desinformação. Os rumores, as informações contraditórias, mal fundamentadas ou oriundas de fontes não confiáveis podem representar verdadeiros impedimentos à mitigação de riscos à saúde das populações atingidas.

Por outro lado, a mídia pode contribuir fundamentalmente em momentos de pós-desastre, ajudando a informar e educar a população de modo rápido e com amplo alcance, atingindo o público-alvo das mensagens. Pode fornecer as informações necessárias e precisas e corrigir informações incorretas. Além disso, pode ajudar a prevenir medos e ansiedade ilegítimos e acalmar o público. Com isso tudo, contribuem para o apoio do público em relação às medidas que devem ser adotadas, encorajando o comportamento adequado para a efetiva prevenção dos riscos à saúde. Em razão



disso, é fundamental promover uma série de atividades para o alinhamento com a mídia, como explorado a seguir.

Em primeiro lugar, deve ser feita uma avaliação para averiguar as necessidades e limitações da mídia, assim como as capacidades existentes de relação dos órgãos em atuação no desastre com a mídia. Nesse sentido, é importante compreender o que a imprensa quer com uma história de notícia e o que os profissionais do ramo estão propensos a perguntar em momentos de desastre, para que seja possível definir o que irá melhor atender às suas necessidades. Suas limitações, por sua vez, decorrem de questões organizacionais, jurídicas e profissionais, e afetam a habilidade dos jornalistas de se informarem e cobrirem um acontecimento com eficácia. Para se estabelecer como contato primário dos veículos midiáticos em momentos de desastre, é crucial desenvolver capacidade de fornecer respostas rápidas e precisas.

Nesse sentido, a OMS estabelece uma ferramenta de avaliação da capacidade interna de relação com a mídia que consiste nas seguintes atividades, entre outras: procedimentos para a verificação da veracidade de informações, para a liberação de informações à imprensa e ao público, para coordenação com parceiros visando à precisão, tempestividade e consistência das mensagens divulgadas; cartilhas para repórteres com informações, manuais, guias, principais contatos, políticas existentes; planejar e implementar métodos e canais de comunicação diretos com os atores interessados e as pessoas atingidas, como linha telefônica direta, *sites*, redes sociais, publicizar informações de contato; monitorar as preocupações públicas e desinformação para determinar as informações que precisam ser divulgadas e corrigidas e manter canais de disseminação de informações atualizados; coordenar comunicações com organizações parceiras e atores locais, com responsividade a suas dúvidas e demandas; promover *media training* para seus funcionários e demais interessados, inclusive da imprensa, quando couber; suplementar a comunicação feita em jornais, rádio e televisão com pôsteres, *sites*, linhas telefônicas gratuitas, encontros abertos ao público, serviços de mensagem telefônica, *newsletters*, quadros de avisos e painéis informativos em locais públicos frequentados pela população atingida; preparar material de antemão, se necessário (como informativos com esclarecimentos sobre doenças e tratamentos relevantes ou sobre as próprias organizações com atuação local, com definição de papéis, estrutura interna e atividades, listas de perguntas mais frequentes; cartilhas para grupos interessados para lidar com solicitações da mídia ou estresse pós-traumático, listas com organizações, locais, *sites* contendo informações relevantes, informativos com recomendações para os atingidos por danos à saúde e vídeos de treinamento, apresentações de *slides* informativas).

Em segundo lugar, é necessário desenvolver metas, objetivos e um plano de comunicação com a mídia que envolva estratégias com atores interessados e parceiros. Como metas, comumente são estabelecidas: manter, aumentar e restaurar a confiança na organização; informar e educar autoridades públicas, profissionais locais e a mídia; aumentar a conscientização sobre as doenças em evidência, sua transmissão, prevenção e tratamentos entre provedores de saúde locais e pessoas em risco; comunicar informações sobre controle de doenças a autoridades do governo, oficiais locais, o público e a mídia. Um plano de comunicação tipicamente inclui: papéis e responsabilidades delimitados; procedimentos para verificação de informações e para coordenação com parceiros, interessados e atingidos; listas de contatos relevantes atualizadas (imprensa, parceiros, atingidos, atores locais); planos de contingência para cenários variados; procedimentos para postar material informativo em *sites* e redes sociais.

Além disso, os documentos internacionais recomendam treinar os comunicadores, incluindo profissionais da mídia, assessores de imprensa e porta-vozes designados para a disseminação de informações. Os treinamentos devem incluir noções básicas de saúde pública, conhecimento sobre os demais "passos" destacados pela OMS e o desenvolvimento de habilidades e métodos de comunicação, inclusive não verbais. Assessores de imprensa devem desenvolver, além dessas, outras habilidades, como: negociar e resolver conflitos; operar equipamentos e plataformas de comunicação; transmitir calma e confiança em momentos de estresse e pressão. O porta-voz escolhido deve, ainda, possuir excelentes habilidades midiáticas, boas relações com figuras relevantes da imprensa e demais órgãos relevantes; ter autoridade e credibilidade na percepção pelos grupos interessados e atingidos; demonstrar ter profundo conhecimento sobre a desastre em questão; ser adaptável, flexível e justo ao lidar com perguntas difíceis e situações sensíveis.

Por fim, conforme mencionado, os principais veículos midiáticos e métodos de comunicação deverão ser identificados, considerando sua disponibilidade no território atingido e sua efetividade na promoção de mudanças comportamentais, como a confiabilidade e o alcance às pessoas atingidas. Alguns fatores que podem auxiliar nessa identificação são: público-alvo, complexidade da mensagem a ser veiculada, grau de urgência, tempestividade, custo, necessidade de envolver outros profissionais, interesses da mídia, a mensagem em si e como será utilizada. Essa escolha deverá ser revisitada, pois as preferências dos atingidos podem se alterar ao longo do pós-desastre.

## 4 PARÂMETROS PARA AFERIÇÃO DE DANOS À SAÚDE MENTAL

Desastres são um fator de risco para a saúde mental das populações atingidas. Quase a totalidade de pessoas atingidas sofrerão repercussões psicológicas, as quais, em sua maioria, progredirão com o tempo. Durante desastres, a saúde mental requer considerações especiais em razão de três fatores frequentemente presentes nesses cenários:

- I Maiores taxas de danos à saúde mental — As taxas de diversos tipos de efeitos na saúde mental aumentam após desastres. Uma variedade de problemas na saúde mental — não apenas o estresse pós-traumático — é preocupante: as necessidades e vulnerabilidades contínuas de pessoas com transtornos mentais preexistentes, como a esquizofrenia ou o transtorno bipolar; aqueles com ansiedade, uso abusivo de drogas ou álcool, preexistente ou induzido pelo desastre; e um vasto número de pessoas que não possuem transtornos mentais propriamente ditos, mas vivenciam estresse psicológico. O aumento das taxas de transtornos mentais significa uma maior necessidade de serviços de saúde. Além disso, a demanda por cuidados de saúde mental pode aumentar como resultado de esses cuidados estarem introduzidos pela primeira vez como resposta aos danos sofridos em decorrência do desastre.
- II Infraestrutura de saúde mental enfraquecida — A infraestrutura existente para cuidados da saúde mental pode ser enfraquecida como resultado de desastres. Edificações podem ser danificadas, eletricidade e abastecimento de água podem ser atingidos e rotas de transporte de medicamentos essenciais podem ser interrompidas. Profissionais da saúde ou seus familiares também podem ser feridos, mortos ou forçadamente deslocados, gerando carência de profissionais de saúde qualificados para atender às demandas da população.
- III Dificuldades em coordenar agências e órgãos que fornecem serviços de assistência à saúde mental — Durante grandes desastres, um aumento repentino de agentes e órgãos de assistência pode resultar em uma situação caótica, na qual pode ser quase impossível acompanhar quem está prestando apoio e o que está fazendo. A coordenação dos atores de ajuda requer recursos, mas a falta de coordenação dos serviços cria duplicação de esforços, enquanto segmentos da população permanecem mal atendidos. Outros riscos associados ao rápido influxo de serviços de saúde mental e

assistência psicossocial na fase aguda de desastres incluem: um foco excessivo no transtorno de estresse pós-traumático, enquanto outros efeitos na saúde mental são subtratados; a realização de tratamentos sem apoio empírico ou culturalmente inadequados, que podem agravar danos psicológicos; programas independentes fazem pouco para fortalecer os sistemas de saúde mental existentes e, de fato, podem danificar a infraestrutura de saúde pública por meio da drenagem de profissionais de saúde e outros recursos para essas estruturas paralelas. Por conta disso, a coordenação entre os atores em campo se faz essencial.

#### **4.1 Momentos do desastre e os impactos na saúde mental dos atingidos**

Alguns dos transtornos psiquiátricos mais frequentes entre as populações atingidas por desastres são o transtorno de ansiedade, a crise de pânico, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, consumo excessivo de álcool ou outras substâncias psicoativas e condutas violentas. Em relação ao desastre, esses transtornos podem ser:

- I Pré-existentes — Pessoas com transtornos mentais graves podem ser especialmente vulneráveis durante e após desastres e precisam ter acesso ao atendimento de necessidades básicas e cuidados clínicos, uma vez que desastres podem perturbar gravemente as estruturas sociais e o atendimento, formal e informal, contínuo de pessoas com distúrbios preexistentes. Entre outros, se encontram: transtornos mentais severos, depressão, esquizofrenia, abuso alcoólico, pobreza e discriminação de grupos marginalizados.
- II Decorrentes do desastre — A exposição a situações de estresse extremas é um fator de risco para a saúde social e mental, incluindo transtornos mentais. Saúde mental e problemas sociais em desastres estão interligados. O bem-estar psicológico é influenciado por uma variedade de fatores sociais, como a prestação digna e segura de assistência de modo geral, a segurança social reduzida, a separação de membros da família, a destruição dos meios de subsistência, a destruição das estruturas da comunidade e o deslocamento forçado. Exemplos de efeitos psicológicos são: luto; sofrimento não patológico; transtornos de depressão e ansiedade, incluindo transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); separação familiar; falta de segurança; estigma; interrupção de vínculos sociais; destruição de meios de subsistência, estruturas comunitárias, recursos e confiança nas instituições; reações agudas ao estresse, como o uso nocivo de álcool e psicoativos.

III Decorrentes da resposta ao desastre — Muitos fatores que afetam adversamente a saúde psicológica e o bem-estar estão relacionados à maneira como a reparação é implementada no pós-desastre, por exemplo, assistência médica, segurança alimentar, abrigo, água e saneamento. Alguns dos impactos da resposta ao desastre na saúde mental das pessoas atingidas podem ser: superlotação ou falta de privacidade nos locais de reassentamento; dependência do auxílio e das políticas de reparação; comprometimento de estruturas comunitárias ou mecanismos preexistentes de apoio; ansiedade devido à falta de informações sobre distribuição de alimentos ou sobre como obter acesso aos programas de reparação.<sup>5</sup>

## 4.2 Orientações para avaliação dos danos à saúde mental

Na experiência internacional, mostrou-se relevante estabelecer um grupo de coordenação sobre saúde mental e apoio psicossocial, de modo a construir uma resposta coordenada, com reuniões de coordenação e em complementaridade ao trabalho de outros atores locais.

Algumas informações demográficas e contextuais relevantes que podem influenciar nos efeitos à saúde mental são: tamanho da população; mortalidade e ameaças de mortalidade; acesso a necessidades físicas básicas (por exemplo, comida, abrigo, água e saneamento, cuidados de saúde) e educação; violações de direitos humanos e estruturas de proteção; estruturas e dinâmicas social, política, religiosa e econômica; mudanças nos modos de subsistência e na vida cotidiana da comunidade; informações etnográficas básicas.

Também são relevantes informações sobre experiências de desastre da população local (percepções de eventos e sua importância, causas percebidas, consequências esperadas), assim como sinais de sofrimento psicológico e social, incluindo problemas comportamentais e emocionais; sinais de funcionamento cotidiano prejudicado; interrupção da solidariedade social e de mecanismos de apoio; informações sobre pessoas com transtornos mentais graves.

Para construir caminhos de resposta, algumas fontes existentes de bem-estar psicossocial e saúde mental devem ser mapeadas, como: maneiras como as pessoas

---

<sup>5</sup> Nesse sentido, conferir: FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (FGV). **A Situação das Mulheres Atingidas pelo Desastre do Rio Doce a partir dos Dados da Ouvidoria da Fundação Renova**. São Paulo: FGV, 2019a e FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (FGV). **Análise do Cadastro Socioeconômico**. São Paulo: FGV, 2019c.

ajudam a si mesmas e aos outros; maneiras como a população pode ter lidado anteriormente com as adversidades; tipos de apoio social e fontes de solidariedade comunitárias. Além disso, devem ser mapeadas as capacidades e atividades organizacionais para lidar com questões de saúde mental, como: estrutura, localizações, pessoal e recursos existentes para os cuidados de saúde mental e o impacto do desastre nos serviços; habilidades psicossociais dos atores comunitários; e possíveis parceiros. Deve ser empregada atenção para as recomendações das partes interessadas e a efetiva funcionalidade dos sistemas de comunicação entre e dentro da saúde e outros setores sociais, educacionais, comunitários e religiosos.

As avaliações representam um fardo significativo para os participantes, pois ocupam tempo e energia importantes e podem lembrar as pessoas de dificuldades que vivenciaram, geralmente em situações que já são desafiadoras. É importante que os atingidos participem de avaliações apenas voluntariamente e entendam o que os avaliadores esperam deles. Em um desastre, isso geralmente é mais difícil, porque as pessoas podem participar das avaliações porque esperam assistência dessas agências. É importante que os avaliadores sejam completamente honestos com os participantes em potencial; se não tiverem certeza de que a avaliação será vinculada à ação, devem deixar isso claro. As falsas promessas comprometem a participação da comunidade e a reparação eficaz.

Os participantes podem discutir saúde mental e problemas psicossociais de várias maneiras. Os transtornos mentais podem facilmente ser confundidos com outros impactos psicológicos. A mesma palavra pode significar algo diferente em diferentes culturas ou regiões. Além disso, culturas diferentes terão maneiras diferentes de distinguir danos à saúde mental de outros impactos. A linguagem leiga sobre transtornos mentais pode ser estigmatizante, portanto as palavras devem ser escolhidas com muito cuidado para não estigmatizar os participantes. É crucial que o avaliador traduza com cuidado os termos técnicos em quaisquer ferramentas de entrevista.

A identificação e qualificação do risco psicossocial de uma pessoa atingida por uma situação de desastre envolve uma avaliação cuidadosa, considerando: as circunstâncias em que o evento traumático ocorreu; antecedentes pessoais, a evolução dos sintomas e sinais, a maneira pela qual o atingido responde às várias modalidades de reparação e assistência psicossocial e o comportamento na vida cotidiana.

### 4.3 Análise dos efeitos na saúde mental

É imprescindível adaptar as ferramentas de avaliação ao contexto local e reconhecer que as pessoas são psicologicamente atingidas pelo desastre de diferentes maneiras.

A existência de uma patologia psiquiátrica implica uma condição de risco em si. Portanto, é necessário detectar os sintomas, bem como definir se a pessoa deve ser encaminhada para tratamento médico especializado ou se deve ser encaminhada para um serviço hospitalar com mais recursos.

É importante destacar os seguintes elementos: (i) dados da família, como antecedentes psiquiátricos e neurológicos, funcionamento familiar, presença de comportamento violento ou abuso de álcool no ambiente familiar; (ii) dados pessoais, como características importantes do desenvolvimento infantil, incluindo o desempenho escolar, adaptação social em diferentes estágios da vida, informações sobre traços de personalidade (sociabilidade, conflitos interpessoais, padrões de reação a conflitos e estabilidade nos relacionamentos e empregos), hábitos para recreação e uso do tempo livre, histórico patológico (doença física ou mental), com menção especial de doenças crônicas ou de longo prazo, para avaliar o estado anterior de saúde e a existência de sequelas ou distúrbios e histórico de uso de álcool ou drogas.

A equipe técnica responsável deve compartilhar os resultados de suas avaliações, de maneira oportuna e acessível, com os entrevistados, a comunidade, as instituições integrantes da governança do desastre e outras organizações e atores relevantes. As informações privadas, que possam identificar indivíduos ou comunidades específicas, ou que possam colocar em risco membros da população atingida não devem ser divulgadas publicamente. Essas informações devem ser compartilhadas apenas no interesse de proteger as pessoas atingidas e, em seguida, apenas com os atores relevantes.

É necessário considerar transversalmente ao processo de aferição de danos à saúde mental da população atingida e de construção de respostas a esses danos os marcadores de vulnerabilidade e as situações que podem ter efeitos diferenciados na saúde mental de determinados grupos. Por exemplo, a depressão tende a ser mais frequente entre mulheres do que entre homens e se torna mais comum à medida que as pessoas envelhecem. Além disso, o deslocamento forçado também traz impactos específicos que podem causar situações de estresse e afetar a saúde mental das pessoas deslocadas de modo diferenciado.



## CONCLUSÕES

O presente estudo buscou apresentar as orientações fornecidas pelos documentos internacionais de órgãos e agências especializados sobre as melhores práticas relacionadas à aferição de danos à saúde nos casos de desastres. Conforme discutido no decorrer deste relatório, tais órgãos recomendam um processo de levantamento e análise de dados e informações para a compreensão dos problemas de saúde decorrentes do desastre.

Com relação à realização de entrevistas e pesquisas de campo, os documentos internacionais recomendam que as consultas sejam amplas e diversas, incluindo homens e mulheres, pessoas de várias idades, de diferentes grupos étnicos e religiões, pessoas com deficiência e outras necessidades especiais, além de outros grupos, para garantir que as necessidades de todas as pessoas atingidas sejam consideradas. As consultas realizadas com pessoas de diferentes origens e características tornam possível identificar suas necessidades específicas, bem como suas diferentes prioridades e diversos interesses.

Considerando que informações precisas fornecidas com rapidez, periodicamente e em linguagens e canais de comunicação acessíveis, confiáveis e efetivamente utilizados pela população atingida permitem que todos em risco possam tomar decisões informadas para proteger a si, a suas famílias e comunidades, os órgãos internacionais recomendam que seja elaborado de maneira coordenada um plano de comunicação de riscos à saúde.

Os documentos internacionais recomendam que esse plano envolva a construção de confiança com as populações e comunidades atingidas, o que inclui:

- I reconhecer as incertezas relacionadas aos riscos envolvidos, incluindo-as em previsões e advertências;
- II ser transparente e não ocultar informações negativas, como taxas de causalidades; ter rapidez na disseminação de informação e na intervenção;
- III utilizar métodos de fácil compreensão para comunicar conhecimento científico;
- IV buscar contribuições do público e encorajar o diálogo;
- V garantir a coordenação entre diferentes autoridades de saúde e a mídia com uma mensagem uniforme e informada;
- VI evitar mudanças rápidas na informação divulgada e prevenir a divulgação de informações contraditórias por agências e órgãos distintos; e



VII disseminar informações mediante múltiplas plataformas.

Nesse sentido, as orientações internacionais indicam ser relevante utilizar estratégias para comunicar mensagens que veiculem e gerem confiança, como:

- I citar terceiros que tenham credibilidade;
- II citar fontes confiáveis para mais informações sobre algum assunto;
- III reconhecer que existem outros pontos de vista, quando couber;
- IV indicar disposição para ser responsabilizado;
- V descrever conquistas e avanços; indicar conformidade com os mais altos padrões profissionais, científicos e éticos; citar pesquisas científicas e estudos específicos; e
- VI descrever os processos de revisão, aprovação e consultoria; identificar parceiros que estejam colaborando; indicar disposição para compartilhar os riscos.

Os documentos internacionais priorizam o engajamento comunitário como fundamental para uma estratégia de comunicação de riscos efetiva. Nesse sentido, tais documentos recomendam:

- I engajar líderes locais e pessoas-chave para as relações comunitárias;
- II personalizar intervenções para populações, gênero, circunstâncias e linguagem;
- III incluir pessoas locais como mobilizadoras; a comunidade construir suas próprias intervenções; engajar grupos locais;
- IV escutar as demandas locais e operar formas de comunicação bidirecionais;
- V incluir a mídia local; monitoramento e avaliação contínuos (com devolutivas);
- VI utilizar avaliações antropológicas;
- VII iniciar a comunicação precocemente;
- VIII utilizar assistência visual, simulações e contação de histórias como recursos;
- IX a comunidade conduzir sua própria análise de epidemias; decisões serem tomadas em nível local.

Também se mostrou relevante o alinhamento entre avaliadores de riscos e comunicadores de riscos, que em certas experiências demonstraram dificuldade no

diálogo e coordenação com a imprensa antes e durante um incidente, considerando suas necessidades e permanecendo disponível a ela, tendo em vista que muitas pessoas atingidas dependem da mídia para obter informações sobre os riscos que correm.

Para construir as mensagens que irão comunicar os riscos à saúde para a população, os órgãos internacionais recomendam identificar: o que o público-alvo deve saber; quais eventuais equívocos ou mal-entendidos devem ser prevenidos ou corrigidos; desenvolver material de apoio para cada mensagem veiculada, com o auxílio de tabelas, quadros explicativos, imagens, ilustrações, citações, analogias etc.; e manter as mensagens simples e curtas. A preparação das mensagens também inclui o mapeamento dos *stakeholders*, assim como suas principais preocupações. Nesse sentido, devem também ser redigidas mensagens para grupos específicos como trabalhadores da saúde, atingidos, atores locais, ONGs etc., visando encorajar as pessoas a criar sistemas de apoio de modo suplementar à assistência institucional, a canalizar reações negativas em ações positivas; construir relações de confiança e credibilidade.

Tais órgãos também recomendam a construção e adaptação das mensagens, utilizando testes prévios com grupos focais, assim como a revisão periódica das mensagens conforme o desenrolar do desastre, ambas medidas que visam avaliar sua adequação e efetividade. As mensagens devem ser, ainda, veiculadas em linguagem não técnica e por mais de uma fonte confiável, de modo consistente e antecipado, para aumentar as chances de compreensão da mitigação de risco que deve ser feita por potenciais atingidos e de obediência às recomendações médicas, evitando a proliferação de rumores prejudiciais.

No que diz respeito aos danos à saúde mental, as organizações internacionais recomendam, para que os governos e as comunidades possam garantir que a saúde mental e o bem-estar psicossocial sejam protegidos e promovidos:

- I garantir que a saúde mental esteja incorporada nos serviços básicos de cuidado e de atendimento comunitário;
- II identificar e proteger grupos e populações especialmente atingidos, como pessoas socialmente marginalizadas;
- III envolver-se com as comunidades para facilitar a autossuficiência em saúde mental;
- IV fornecer primeiros socorros psicológicos e intervenções psicológicas;

- V garantir atendimento clínico de saúde mental e medicamentos;
- VI garantir resiliência para que os serviços básicos continuem operando e dando conta da maior demanda decorrente do desastre;
- VII usar a fase de recuperação como uma oportunidade para melhorar os serviços de linha de base;
- VIII disseminar informações oportunas à população atingida sobre o desastre, esforços de socorro, direitos envolvidos e mecanismos de enfrentamento;
- IX assessorar indivíduos e prestadores de cuidados no desenvolvimento de estratégias de gestão pessoal;
- X facilitar o desenvolvimento de programas administrados pela comunidade;
- XI procurar integrar considerações psicossociais relevantes de modo transversal.

Os órgãos internacionais recomendam, ainda, promover o treinamento de outros profissionais atuantes no território e líderes comunitários (por exemplo, chefes de aldeia, professores etc.) em habilidades básicas de atendimento psicológico (por exemplo, “primeiros socorros psicológicos”, apoio emocional, fornecimento de informações, garantia de simpatia, reconhecimento dos principais problemas de saúde mental), conscientizar e apoiar a comunidade e encaminhar as pessoas para os serviços especializados quando necessário.

Por fim, os documentos internacionais recomendam que a equipe técnica responsável compartilhe os resultados de suas avaliações, de maneira oportuna e acessível, com os entrevistados, a comunidade, as instituições integrantes da governança do desastre e outras organizações e atores relevantes. Essas informações devem ser compartilhadas apenas no interesse de proteger as pessoas atingidas e apenas com os atores relevantes.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN (ECLAC); INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT (THE WORLD BANK). **Handbook for estimating the Socio-economic and environmental effects of disaster**. [s.l.]: ECLAC, 2003.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (FGV). **A Situação das Mulheres Atingidas pelo Desastre do Rio Doce a Partir dos Dados da Ouvidoria da Fundação Renova**. São Paulo: FGV, 2019a.

\_\_\_\_\_. **Análise de Agravos Notificados às Bases do DATASUS – Parte 1**. São Paulo: FGV Ed., 2019b.

\_\_\_\_\_. **Análise do Cadastro Socioeconômico**. São Paulo: FGV, 2019c.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Iasc guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings**. Genebra: IASC, 2007.

\_\_\_\_\_. **Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies: what should humanitarian health actors know**. Genebra: IASC, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Mental health in emergencies: mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors**. Genebra: OMS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Outbreak communication: best practices for communicating with the public during an outbreak**. Genebra: OMS, 2004. (Report of the WHO Expert Consultation on Outbreak Communications held in Singapore).

\_\_\_\_\_. **Effective media communication during public health emergencies: a WHO handbook**. Genebra: OMS, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Effective media communication during public health emergencies: a WHO field guide**. Genebra: OMS, 2005b.

\_\_\_\_\_. **WHO outbreak communication guidelines**. Genebra: OMS, 2005c.

\_\_\_\_\_. **World Health Organization outbreak communication planning guide**. Genebra: OMS, 2008.

\_\_\_\_\_. **Communication for behavioural impact (COMBI): a toolkit for behavioural and social communication in outbreak response**. Genebra: OMS, 2012.

\_\_\_\_\_. **Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice**. Genebra: OMS, 2017a.

\_\_\_\_\_ **Health emergencies:** WHO response in severe, large-scale emergencies. Geneva: OMS, 2017b. (Report by the director-general Health Emergency and Disaster Risk Management: mental health and psychosocial support).

POLONSKY, Jonathan et al. Public health surveillance after the 2010 Haiti earthquake: the experience of Médecins Sans Frontières. **PLoS Currents**, Paris, jan. 2013.