

Comunicação de riscos em emergências de saúde pública

Um guia da OMS para políticas e práticas em
comunicação de risco de emergência



Comunicação de riscos em emergências de saúde pública

Um guia da OMS para políticas e práticas em
comunicação de risco de emergência



World Health
Organization

Comunicação de riscos em emergências de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência [Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice]
ISBN 978-92-4-855020-1

© **Organização Mundial da Saúde 2018**

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OMS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logótipo da OMS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: "Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável, nem pelo conteúdo, nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa".

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida. Comunicação de riscos em emergências de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência [Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris/>.

Vendas, direitos e licenças. Para comprar as publicações da OMS, ver <http://apps.who.int/bookorders>. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiais de partes terceiras. Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao utilizador determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indemnização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

Isenção geral de responsabilidade. As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Índice

Agradecimentos	v
Siglas e acrónimos	vi
Glossário	vii
Resumo	ix
1. Introdução e antecedentes	1
2. Por que foram elaboradas estas diretrizes?	2
3. Objetivos e âmbito das diretrizes	3
4. Quem deve usar estas diretrizes?	3
5. Diretrizes relevantes já existentes	4
6. Como foram elaboradas estas diretrizes (metodologia)	4
6.1 Evidências para as recomendações	7
6.2 Tipos de recomendações	9
7. Recomendações	10
A: Conquistar a confiança e a participação das populações afectadas	10
A1: Confiança	11
A2: Comunicar as incertezas	13
A3: Participação das comunidades	14
B: Integrar a ERC nos sistemas de saúde e de resposta às emergências	16
B1: Governação e liderança	17
B2: Sistemas de informação e coordenação	18
B3: Formação de capacidades	20
B4: Finanças	23
C: Prática da ERC	24
C1: Planeamento estratégico da comunicação	25
C2: Instrumentos de monitorização e avaliação	27
C3: Redes sociais	28
C4: Elaboração de mensagens	29
7.1 Prioridades e lacunas na investigação	32
7.2 Composição dos grupos de elaboração das diretrizes	34
7.3 Grupo de elaboração das diretrizes	34
8. Planos para divulgar e avaliar o impacto destas recomendações	37
8.1 Monitorização e avaliação	38
8.2 Revisão por data	38

Referências	39
Anexos	43
Anexo 1. Composição dos grupos das diretrizes	43
Anexo 2. Métodos de elaboração das diretrizes	46
Anexo 3. Perguntas SPICE	53
Lista de quadros	
Quadro 1. Orientações da OMS para a comunicação dos riscos	4
Quadro 2. Perguntas para orientar a análise das evidências	5
Quadro 3. Métodos usados para melhorar o envolvimento das comunidades	15
Quadro 4. Instrumentos de recolha de dados	27
Quadro 5. Prioridades e lacunas na investigação	32
Quadro 6. Membros do Grupo Diretivo Interno	43
Quadro 7. Membros do Grupo de Elaboração das Orientações	44
Quadro 8. Membros do Grupo Externo de Revisão	45
Lista das Figuras	
Figura 1. Resumo dos métodos que os revisores usaram para elaborar a síntese das evidências	6

Agradecimentos

O Departamento de Gestão dos Perigos Infecciosos, da Organização Mundial da Saúde (OMS), produziu estas diretrizes em colaboração com o Departamento de Comunicações. A sua elaboração foi liderada por Gaya M. Gamhewage, sob a direção de Sylvie Briand, Diretora do Departamento de Gestão dos Perigos Infecciosos, com o significativo contributo e orientação da antiga e da atual Diretora para as Comunicações da OMS, respectivamente, Christy Feig e Marsha Vanderford. Todo o processo contou com o apoio de um grupo diretivo interno constituído por representantes de departamentos da Sede da OMS e dos Escritórios Regionais (ver a lista completa dos nomes no Anexo 1).

A OMS agradece o trabalho e os contributos de peritos de todo o mundo que participaram no processo de elaboração das presentes diretrizes e que foram os seguintes:

Membros do Grupo de Elaboração das Diretrizes que trabalharam inicialmente, durante a fase de definição do âmbito, sob a presidência de Marsha Vanderford que foi, posteriormente, coadjuvada por Amrita Gill Bailey e Peter Banga. Outros membros do grupo foram: Mesafint Alebachew; Ombretta Baggio; Claudine Burton-Jeangros; Bishakha Datta; Frode Forland; Natasha Howard; Akram Khayatzaheh-Mahani; Nombulelo Leburu; Sovann Ly; Jenny Moberg; Mohamed Nour; Nobuhiko Okabe; Patrícia Lima Pereira; Ortwin Renn; Maria-Isabel Rivero; Lisa Robinson; Caroline Rudisill; Matthew Seeger; Luechai Sringernyuang; Karen Tan; Chadin Tephaval; Teresa Thompson; Marika Valtier; Sophia Wilkinson; e Xie Ruiqian.

Jane Noyes, a metodologista da Classificação da Análise, Elaboração e Avaliação das Recomendações (GRADE), que apoiou a fase de definição do âmbito e supervisionou a elaboração das perguntas, a recolha de evidências e a avaliação, assim como a elaboração das recomendações.

Peritos externos que fizeram a revisão das recomendações finais e apresentaram sugestões ponderadas e práticas, que foram incorporadas no documento final: Christopher Colvin; Joshua Greenberg; Marwa Kamel; Lucy Knight; Li Richun; Erma Manoncourt; Ki Soo Park; Anton Schneider; e Thomas Tufte (ver afiliações no Anexo 1).

Funcionários da OMS, especialmente Susan Norris, diretora da Comissão de Revisão das Diretrizes da OMS (aconselhamento e apoio durante todo o processo de elaboração das diretrizes), Alma Alic, do Departamento de Conformidade e Gestão dos Riscos e Ética da OMS (aconselhamento sobre a gestão dos conflitos de interesses), Nyka Alexander (elaboração das perguntas da investigação e supervisão da recolha de evidências), Albeno Arnaudova, Oliver Stucke e Heini Utunen (gestão de projetos), Margaret Harris (evidências para a metodologia da decisão sobre as recomendações, gestão da revisão das recomendações e redação do documento final das diretrizes), Aphaluck Bhatiasavi (gestor da revisão por pares), Melissa Attias e Michael Farzi (referências), Zerthun Alemu Belay, Mara Frigo, Anna-Karin Heedh e Margaret Kahuthia (coordenação das reuniões para a elaboração das diretrizes).

Equipa auxiliar para as evidências, dirigida por Mike Clarke, que realizou uma revisão rápida da literatura sobre definição do âmbito; equipas de revisão sistemática de: Escola de Saúde Pública T.H. de Harvard, Programa de Preparação para as Emergências, Investigação, Avaliação e Programa de Prática, Boston, MA, USA – Giorgia Argentini (consultora do projeto para a América Latina e o Brasil), Ayan Jha, Noah Klein (editor), Leesa Lin, Elena Savoia (chefe) e Sarah Short; Escola de Comunicação de Nicholson, Universidade da Flórida Central, Cidade da Flórida, FL, USA – Rebecca Freihaut (pesquisa de literatura cinzenta), Lindsay Neuberger, Ann Neville Miller, Timothy Sellnow (chefe) e Andrew Todd; Universidade Estadual de Wayne, Detroit, MI, USA – Ashleigh Day, Stine Eckert, Julie Novak, Donyale Padgett, Pradeep Sopory e Lillian Lee Wilkins (chefe); e Deborah Toppenberg-Pejcic, consultora independente, que realizou uma revisão sistemática e uma rápida actualização da literatura cinzenta.

Apoio financeiro

Os fundos mais significativos da OMS foram utilizados para financiar 70% do custo total do projeto, tendo sido complementados com os fundos do projeto de formação de capacidades para a comunicação de riscos da Preparação para as Pandemias de Gripe (PIP) e fundos não canalizados fornecidos ao Programa da OMS para as Emergências Sanitárias pelo Governo do Japão e o Governo do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte.

Siglas e acrónimos

CCB	Unidade da OMS para a Formação de Capacidades em Comunicação
CI	Conflito de Interesses
DI	Declaração de Interesses
ERC	Comunicação dos Riscos em Situações de Emergência
EUA	Estados Unidos da América
GDG	Grupo de Elaboração das Diretrizes
GRADE	Classificação da Análise, Elaboração e Avaliação das Recomendações
GRADE-CERQual	GRADE Confiança nas Evidências das Revisões da Investigação Qualitativa
ISG	Grupo Diretivo Interno
PBR	País de Baixos Rendimentos
ONG	Organização Não Governamental
PICO	Perguntas sobre População, Intervenção, Comparador, Resultados
SPICE	Contexto, Perspetiva, Fenómenos de interesse, Comparação, Avaliação do Impacto
OMS	Organização Mundial da Saúde
RSI (2005)	Regulamento Sanitário Internacional (2005)

Glossário

AACODS (Autoridade, Rigor, Objetividade, Cobertura, Data, Significado) – um instrumento usado para avaliar a qualidade das evidências nos documentos da chamada literatura cinzenta.

CERQual (Confiança nas Evidências das Revisões da Investigação Qualitativa) – um método transparente para avaliar a qualidade das revisões das evidências qualitativas.

DECIDE (Evidências para Decisões) – um projeto de cinco anos do Grupo de Trabalho GRADE (2011–2015), co-financiado pela Comissão Europeia, que visa melhorar a divulgação das recomendações baseadas em evidências, através da elaboração de instrumentos, incluindo o quadro Evidências para Decisões (ED).

Comunicação dos riscos em emergências – uma intervenção executada não apenas durante, mas também antes (como parte das atividades de preparação) e depois (como apoio à recuperação) da fase de emergência, para permitir a todas as pessoas de risco tomarem decisões informadas para se protegerem a si próprias, às suas famílias e às suas comunidades contra as ameaças à sua sobrevivência, saúde e bem-estar.

GRADE (Classificação da Análise, Elaboração e Avaliação das Recomendações) – um sistema desenvolvido pelo grupo de trabalho da GRADE para permitir uma elaboração transparente de recomendações baseadas em evidências.

PICO (População, Intervenção, Comparador, Resultado) – uma pergunta que orienta a revisão sistemática das evidências.

Comunicação dos riscos – troca de informações, aconselhamento e opiniões em tempo real entre peritos, líderes comunitários ou responsáveis e as pessoas em risco, o que constitui parte integrante de qualquer resposta de emergência.

SPICE (Contexto, Perspetiva, Fenómenos de interesse, Comparação, Avaliação do Impacto) – perguntas da investigação usando um formato mais aplicável a uma pesquisa de evidências qualitativas e de método misto.



Motorisa

MONTERO

MITSUBISHI

MITSUBISHI

ES-051
LOS PATIOS



ALCALDÍA DE MONTERO



La salud es nuestro recurso más valioso

Representación en Argentina



Resumo

Durante as emergências de saúde pública, as pessoas precisam de saber quais os riscos sanitários que correm e que medidas podem tomar para proteger a sua saúde e as suas vidas. Uma informação rigorosa fornecida em devido tempo, com frequência e nas línguas e canais que as pessoas possam entender, confiar e usar, permite-lhes fazerem escolhas e tomar medidas para se protegerem a si próprias, às suas famílias e às comunidades contra os perigos e as ameaças à sua saúde.

A comunicação dos riscos é parte integrante de qualquer resposta a emergências e consiste na troca de informação, aconselhamento e pareceres em tempo real entre peritos, líderes comunitários ou oficiais e as pessoas que se encontram em risco. Durante as epidemias, pandemias, crises humanitárias e catástrofes naturais, uma comunicação eficaz dos riscos permite às pessoas que se encontram em maior perigo compreenderem e adoptarem comportamentos de protecção. Permite às autoridades e aos peritos auscultarem as populações e responderem às suas preocupações e necessidades, para que o seu aconselhamento seja relevante, confiável e aceitável.

A OMS tem manuais, módulos de formação e outras formas de orientação relacionadas com as emergências e a comunicação dos riscos, que se baseiam nos pareceres dos peritos ou nas lições retiradas de grandes catástrofes naturais ou surtos de doenças, tais como o surto de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) de 2003 e a pandemia de gripe H1N1 de 2009, mais do que nas revisões sistemáticas das evidências.

Recentes emergências de saúde pública, tais como o surto da doença do vírus do Ébola na África Ocidental (2014–2015), a emergência da síndrome do vírus Zika em 2015–16 e os surtos de febre amarela em vários países africanos, em 2016, evidenciaram os principais desafios e lacunas na forma como os riscos são comunicados durante as epidemias e outras emergências sanitárias. Esses desafios incluem a rápida transformação das tecnologias das comunicações, incluindo a disseminação quase universal dos telemóveis, o uso generalizado e a influência cada vez mais poderosa dos meios digitais, todos eles com forte impacto nos média “tradicional” (jornais, rádio e televisão) e grandes mudanças na forma como as pessoas acedem e confiam na informação sanitária. Lacunas importantes são as considerações sobre o contexto: factores sociais, económicos, políticos e culturais, que influenciam a percepção que as pessoas têm dos riscos e os seus comportamentos para a redução dos riscos. Por fim, são necessárias orientações sobre as melhores abordagens para reforçar as capacidades de comunicação dos riscos em situações de emergência (ERC) e a sua manutenção para potenciais emergências sanitárias.

As recomendações contidas nestas diretrizes fornecem orientações abrangentes e baseadas em evidências sobre a forma como se deve praticar a comunicação dos riscos em situações de emergência. As recomendações também orientam os países na formação de capacidades para a comunicação dos riscos durante as emergências sanitárias.

Estas diretrizes não contemplam instruções pormenorizadas. No entanto, elas serão fornecidas em devido tempo em manuais mais específicos, procedimentos operacionais padrão, guias de bolso, listas de verificação, módulos de formação e outros instrumentos que serão elaborados para desenvolver as recomendações.

Por que foram elaboradas estas diretrizes (objetivos e âmbito)

Estas diretrizes destinam-se a fornecer aos Estados-Membros da OMS, bem como aos seus parceiros e partes interessadas envolvidas na preparação e resposta às emergências, orientações baseadas em evidências, actualizadas e centradas nos sistemas sobre:

- Abordagens para conquistar a confiança e envolver as comunidades e as populações afectadas;
- Abordagens para integrar a comunicação dos riscos nas actuais estruturas nacionais e locais de preparação e resposta às emergências, incluindo a formação de capacidades para a comunicação dos riscos, tal como o Regulamento Sanitário Internacional (2005) exige a todos os Estados-Membros da OMS (2005) (1); e
- Prática da ERC – desde a formulação de estratégias, planeamento, coordenação, elaboração de mensagens, canalização de diferentes métodos e abordagens de comunicação e envolvimento, até à monitorização e avaliação, com base numa avaliação sistemática das evidências sobre aquilo que funcionou e o que não funcionou durante as recentes emergências.

A quem se destinam estas diretrizes?

Estas diretrizes foram elaboradas tendo em mente os decisores políticos responsáveis pela gestão das emergências, em particular os aspectos das emergências relacionados com a saúde pública, e os agentes responsáveis pela comunicação dos riscos antes, durante e após as emergências sanitárias.

Outros grupos que deverão seguir estas diretrizes são: os socorristas, os parceiros do desenvolvimento a nível local, nacional e internacional, a sociedade civil, o sector privado e todas as organizações, privadas e públicas, envolvidas na preparação e resposta às emergências.

Como foram elaboradas estas diretrizes (métodos)

A elaboração destas diretrizes começou em Outubro de 2014, com a criação de um Grupo Diretivo Interno (ISG) e a encomenda de uma rápida revisão da literatura (2) que pudesse oferecer uma panorâmica das orientações existentes para a ERC e potenciais áreas de ação ou melhoria. Essa revisão rápida encontrou algumas áreas para as quais não existiam orientações, incluindo tecnologias móveis, pesquisa sobre avaliação, estudo dos obstáculos à preparação, ERC durante as catástrofes em países de muito baixos rendimentos (PBR), formação de capacidades durante a fase de preparação e aplicação das evidências e da experiência passada para uma melhor ERC.

No início de 2015, foi criado um Grupo de Elaboração das Diretrizes (GDG) constituído por peritos em comunicação de riscos, preparação e resposta às catástrofes e emergências sanitárias. O GDG realizou a sua primeira reunião em Genebra, na Suíça, em 22 e 23 de Junho de 2015, para discutir o uso dos resultados da revisão rápida da literatura com vista a: definir o âmbito das diretrizes; identificar as áreas de prática da comunicação dos riscos que exigissem mais pesquisa; e conceber perguntas para orientar uma busca sistemática das evidências. Foram formuladas doze perguntas que foram utilizadas para orientar as análises das evidências, que foram encomendadas em 2016, completadas até ao final de Janeiro de 2017 e depois apresentadas ao GDG.

Em Fevereiro de 2017, o GDG reuniu-se para formular recomendações, usando tabelas de evidências para decisão em que são estudadas as evidências das análises sobre o que funcionou, o que não funcionou, valores, preferências, uso de recursos e equidade. Foi feita uma votação electrónica secreta (ver mais informações no texto principal) para determinar a posição inicial do grupo. As recomendações foram formuladas e acabaram por ser aprovadas por uma esmagadora maioria do grupo, sem que tenham sido registadas nas observações quaisquer opiniões divergentes, nem propostas modificações ao texto. As recomendações da reunião foram analisadas por um grupo externo constituído por agentes da ERC no terreno, socorristas e académicos e decisores políticos. Os comentários, alterações e aditamentos sugeridos foram também analisados pelo GDG, que os usou para finalizar as recomendações.

Recomendações

Tipos de recomendações

Recomendações são declarações sobre intervenções ou práticas que as evidências indicam serem a melhor escolha. Em algumas circunstâncias, quando, por exemplo, a investigação numa determinada área tivesse sido inadequada, o GDG fez uma “recomendação de investigação”. Noutros casos, quando era evidente o uso de melhores práticas com base em princípios aceites, o GDG enquadrou as suas declarações como uma “declaração de melhor prática”.

A força da recomendação – quer “firme”, quer “condicional” – foi determinada tendo em consideração a qualidade das evidências, juntamente com considerações sobre danos, benefícios, viabilidade, valores, preferências, uso de recursos e equidade envolvidas na recomendação. Uma recomendação firme é uma recomendação que deve ser implementada em todos os contextos, ao passo que uma recomendação condicional poderá ser implementada em contextos específicos e/ou em circunstâncias específicas.

Foi difícil avaliar a qualidade das evidências, pois foram usados diferentes instrumentos para a sua avaliação, conforme o tipo de estudo que as forneceu (ver a explicação integral dos instrumentos usados, na secção de métodos do Anexo 2). Contudo, recolheram-se “sinais” claros de diferentes conjuntos de estudos, tendo a confiança nesses “sinais” sido transmitida pelos instrumentos aplicáveis sobre a qualidade das evidências. Isso foi usado pelo GDG para chegar a acordo sobre a qualidade das evidências e a força das recomendações. Embora as evidências em causa fossem avaliadas como moderadas ou baixas relativamente a muitas das recomendações, o painel decidiu fazer uma recomendação firme, uma vez que a experiência reportada (literatura cinzenta) e os exemplos de casos mostravam que a ação recomendada seria claramente benéfica, era exequível e satisfazia as considerações de equidade.

À medida que as recomendações eram desenvolvidas “questão a questão”, tornou-se evidente que havia agrupamentos naturais e lógicos de temas e áreas de prática, pelo que as recomendações foram agrupadas nas seguintes três categorias:

A

Conquistar a confiança
e a participação
das populações afectadas

B

Integrar a ERC nos sistemas de
saúde e de resposta
às emergências

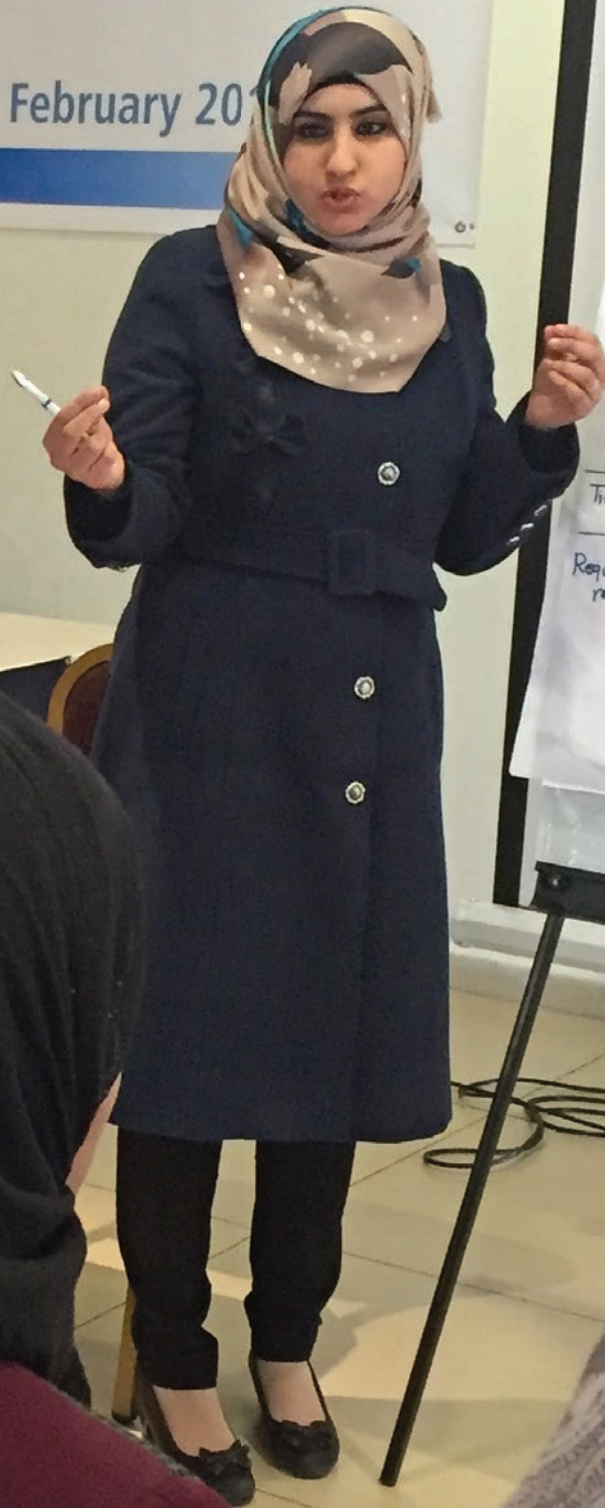
C

Prática da ERC



Workshop on Risk Communication for Pandemic Influenza Preparedness

Palestine, 22-24 February 2016



INGI	
Soco	To gain for Technical & Implementation Plan
Activities	<ul style="list-style-type: none">- Identify A NGOs & their information- Conduct active meetings with persons to explore priorities of CoPIR opportunities- E-mail newsletters updating them- Proposals for funding materials / training resources
Time Frame	April 2016
Required resources	<ul style="list-style-type: none">- Staff / human resources- Halls for meetings- Stationary

A. Conquistar a confiança e a participação das populações afectadas

A1: Confiança

Recomendação

Para conquistar confiança, as intervenções sobre a comunicação dos riscos devem estar ligadas a serviços funcionais e acessíveis, ser transparentes, oportunas, de fácil compreensão, admitir as incertezas, dirigir-se às populações afectadas, ligar-se à auto-eficácia e ser divulgadas através de várias plataformas, métodos e canais.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

A2: Comunicação das incertezas

Recomendação

A comunicação das autoridades com o público deve incluir informação explícita sobre as incertezas associadas aos riscos, eventos e intervenções e apontar aquilo que se conhece e o que não se conhece num determinado momento.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

A3: Participação das comunidades

Recomendação

Identificar as pessoas em quem a comunidade confia e estabelecer relações com elas. Envolvê-las na tomada de decisões para garantir que as intervenções são participadas, apropriadas ao contexto e que a comunicação é pertença da comunidade.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

B. Integrar a ERC nos sistemas de saúde e de resposta às emergências

A comunicação dos riscos para a protecção da saúde terá de operar no seio dos sistemas de saúde e de preparação e resposta às emergências. Por esta razão, o GDG adoptou o foco nos sistemas ao seleccionar algumas das questões prioritárias. Os “pilares” dos sistemas de saúde – governação, sistemas de informação, formação de capacidades, finanças – sublinharam e constituíram a base das questões que forneciam evidências e conduziram às recomendações de integração da ERC nos sistemas de saúde.

B1: Governação e liderança

Recomendação

A ERC deve ser uma função estratégica designada das equipas mundiais e nacionais de liderança da preparação e resposta às emergências.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada



B2: Sistemas de informação e coordenação

Recomendação



B.2.1 Desenvolver e inspirar-se nas redes de agências e organizações em todas as fronteiras geográficas, disciplinares e, quando se justifique, também nacionais.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

B.2.2 Ajustar os sistemas de informação e comunicação às necessidades dos utilizadores e envolver as partes interessadas locais para garantir o fluxo da informação em todos os sectores.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Consideração sobre a implementação: os profissionais da ERC precisam de suporte legislativo e político. A publicação da informação pode ser proibida e o seu fluxo pode ser muito limitado por nível de autoridade em alguns contextos.

B3: Formação de capacidades

Recomendação



A preparação e a formação dos agentes de ERC devem ser regularmente organizadas e centrar-se na coordenação entre agências.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Consideração sobre a implementação: Ao planear a formação, incorporá-la nos média e, quando se justifique, incluir representantes dos média nos exercícios de formação.

B4: Finanças

Recomendação



A ERC requer um orçamento definido e sustentado que deve fazer parte da orçamentação principal para a preparação e resposta às emergências.

Recomendação firme

Evidências de qualidade muito baixa *

* Uma extensa pesquisa de evidências encontrou muito poucas discussões sobre políticas, mecanismos ou considerações acerca da importância de um orçamento definido e sustentado para a comunicação dos riscos. O GDG decidiu que as evidências da literatura cinzenta, de que a falta de financiamento dificultou a ERC durante as recentes crises, eram um indicador da importância de recomendar o desenvolvimento dessas políticas e mecanismos.

C. Prática da ERC

C1: Planeamento estratégico da comunicação

O planeamento estratégico implica, em primeiro lugar, a avaliação das necessidades, a definição de objetivos, a implementação de intervenções específicas de forma coordenada e a monitorização e avaliação das actividades das intervenções, para promover a sensibilização do público e influenciar comportamentos antes, durante e depois de um evento ou emergência de saúde pública. A análise das evidências indicou que não existe nenhuma estratégia singular que garanta o êxito na comunicação em tais situações. O GDG concluiu que o planeamento é uma melhor prática abrangente que deve ser apresentada antes das recomendações sobre novas práticas.

Declaração sobre novas práticas

O planeamento da ERC deve ser feito com muita antecedência e ser um processo contínuo centrado na preparação e na resposta. O planeamento deve ser sensível às necessidades das partes interessadas, participativo, responder ao contexto e incorporar o *feedback* dos grupos afectados.

Melhores práticas de planeamento:

- Melhor planeamento das funções através da colaboração entre os grupos constitutivos; as agências de resposta sanitária às emergências, os sistemas de emergência e outros serviços públicos terão de colaborar e estabelecer redes de comunicação para preparar os eventos;
- O planeamento da comunicação deverá considerar as estruturas comunitárias, as culturas e os estilos de vida dos diferentes segmentos da população e também planificar a educação e a preparação para as catástrofes em torno dessas estruturas sociais;
- O planeamento deverá identificar e envolver vários canais e meios de comunicação das mensagens durante as catástrofes e as emergências;
- Sempre que possível, as comunidade e as populações em risco potencial devem ser envolvidas na fase de planeamento para a obtenção de melhores resultados;
- O planeamento deve incluir a criação de mecanismos de monitorização e avaliar a eficácia das mensagens, ajustando-as conforme necessário.

C2: Monitorização e avaliação

A revisão sistemática não encontrou evidências indicando que instrumentos/abordagens para a monitorização e avaliação são mais eficazes para aperfeiçoar e adaptar as intervenções. Por essa razão, o GDG recomendou que esta área fosse uma área prioritária da investigação sobre a comunicação dos riscos.

Recomendação para a investigação

A investigação deverá criar os melhores mecanismos e métodos para avaliar rapidamente as intervenções da ERC e incorporar os resultados da avaliação e o *feedback* das partes interessadas e das comunidades para informar e melhorar as respostas actuais e futuras.

**C3: Redes sociais:
recomendações**

Recomendação

C3.1 As redes sociais podem ser usadas para apelar à participação do público, facilitar a comunicação entre pares, transmitir conhecimentos sobre a situação, monitorizar e responder a rumores, reacções e preocupações do público durante uma emergência e para facilitar respostas a nível local.

Recomendação condicional
Evidências de qualidade moderada

C3.2 As redes sociais e os média tradicionais devem fazer parte de uma estratégia integrada com outras formas de comunicação, para conseguir a convergência da informação verificada e rigorosa.

Recomendação firme
Evidências de qualidade moderada

Considerações sobre a implementação (aplica-se à implementação de ambas as recomendações acima mencionadas): as agências governamentais e os parceiros da implementação deverão formar, empregar e pagar a técnicos dedicados das redes sociais, para estabelecerem relações com as partes interessadas e para usarem as redes sociais sistematicamente, a fim de conquistarem confiança e credibilidade, antes, durante e depois de uma emergência.

**C4: Mensagens:
recomendações**

Recomendação

C4.1 O risco não deve ser explicado em termos técnicos, pois isso não ajuda a promover comportamentos de redução dos riscos.

Recomendação firme
Evidências de qualidade moderada

C4.2 As mensagens consistentes devem ser provenientes de diferentes fontes de informação e ser divulgadas logo no início dos surtos.

Recomendação firme
Evidências de qualidade moderada

C4.3 As mensagens devem promover as medidas específicas que as pessoas possam realisticamente tomar para promoverem a sua saúde.

Recomendação firme
Evidências de qualidade moderada

Considerações sobre a implementação de todas as recomendações sobre mensagens:

- As mensagens devem surgir e ser adaptadas aos contextos culturais, usando testes prévios com o público-alvo;
 - As mensagens devem ser revistas e periodicamente reformuladas, à medida que a emergência evolui
-



¿Qué es?

La enfermedad causada por el virus del mismo nombre, el cual se le atribuye haber sido transmitido por el mosquito Zika en Uganda, en el año 1947. Durante un estudio de fiebre amarilla, se demostró por estudios serológicos realizados en 1952 en Uganda y Tanzania, solo hasta 1968 se descubrió estar el virus el parto de mujeres humanas en Nigeria.

El virus del Zika pertenece a la familia Flaviviridae, muy cercano filogenéticamente al virus del Dengue, la Fiebre Amarilla, la Encefalitis equina y el virus del Nilo Occidental.

Síntomas

Son síntomas típicos de día a siete días:

- Fiebre, conjuntivitis, no purulenta, dolor de cabeza, dolor en el cuerpo y articulaciones, erupción maculopapular, rash (brote), edema (hinchazón) en extremidades inferiores.
- Con menor frecuencia se puede presentar falta de apetito, vómito, diarrea y dolor abdominal.
- Las manifestaciones clínicas graves son muy poco frecuentes comprenden alteraciones del sistema neurológico e inmunológico.

Secretaría de Salud
Alcaldía de San José de Cucuta

¿Cómo prevenirlo?

Control del vector: manteniendo limpios el patio y los depósitos de agua y eliminando los criaderos.

- Medidas de prevención personal: dormir bajo toldillos o mosquiteros, en lo posible impregnados de insecticida. Usar ropa que cubra las extremidades, usar repelentes que contenga Icaridinba (DEET o IR3535) para aplicar a la parte expuesta de la piel o en la ropa, usar anteojos en puertas y ventanas.
- Medidas de prevención para viajeros: las autoridades sanitarias deben informar a los viajeros sobre las medidas necesarias para protegerse de las picaduras de los mosquitos, acerca de los síntomas producidos por el dengue, chikunguña y virus Zika, con el fin de identificarlos y diferenciarlos durante el viaje; esta información debe estar en las oficinas de turismo, las páginas del Ministerio de Salud y Protección Social, IPS, EPS y ONG; durante la estadía se deben evitar los sitios infestados con mosquitos.

Secretaría de Salud
Alcaldía de San José de Cucuta



1. Introdução e antecedentes

Durante as emergências de saúde pública, as pessoas devem saber que riscos sanitários correm e que medidas podem tomar para protegerem a sua vida e a sua saúde. Uma informação rigorosa divulgada em devido tempo e nas línguas e canais que as pessoas possam entender, confiar e usar, permite-lhes fazer escolhas e tomar medidas para se protegerem a si próprias, às suas famílias e às comunidades contra os perigos sanitários que ameaçam as suas vidas e o seu bem-estar.

As recomendações das presentes diretrizes formam um quadro dos elementos de uma ERC eficaz

Comunicação dos riscos é a troca de informação, aconselhamento e opiniões em tempo real entre peritos, líderes comunitários, funcionários e as pessoas que estão em risco, sendo parte integrante de qualquer resposta de emergência. Nas epidemias e pandemias, nas crises humanitárias e nas catástrofes naturais, uma comunicação dos riscos eficaz permite às pessoas em risco compreenderem e adoptarem comportamentos de proteção. Permite também às autoridades e peritos auscultarem e darem resposta às preocupações e necessidades das pessoas, para que o aconselhamento que prestam seja relevante, confiável e aceitável.

O Regulamento Sanitário Internacional (2005) ou RSI (2005) (1), sublinha a importância da comunicação dos riscos como intervenção sanitária. Pede a todos os Estados-Membros da OMS que desenvolvam capacidades de comunicação dos riscos, como capacidades essenciais. Nos termos do RSI (2005), os Estados-Membros devem avaliar as suas capacidades de comunicação dos riscos e avaliar regularmente essas capacidades mediante avaliações externas, através do instrumento de Avaliação Externa Conjunta da OMS (AEC) (3).

Embora a comunicação dos riscos seja uma intervenção usada em todas as áreas da saúde pública, estas orientações foram especificamente elaboradas para apresentarem as recomendações mais actualizadas e baseadas em evidências para a comunicação dos riscos em situações de emergência sanitária. Para efeitos destas orientações, **a comunicação dos riscos em situações de emergência (ERC)** é uma intervenção executada antes (como parte das actividades de preparação), durante e depois (para ajudar na recuperação) de uma emergência, com vista a permitir a todas as pessoas em risco tomarem decisões informadas para se protegerem a si próprias, às suas famílias e às comunidades contra as ameaças à sua sobrevivência, saúde e bem-estar.

Embora existam muitas diretrizes sobre comunicação em geral e comunicação dos riscos em particular, estas são as primeiras a basear-se numa análise sistemática das evidências sobre o que funcionou ou não durante os recentes grandes surtos e emergências, designadamente o surto da doença do vírus Ébola na África Ocidental em 2014–15 e o surto mundial do vírus Zika em 2015–2016. Foram feitas revisões sistemáticas das evidências quantitativas e qualitativas e a qualidade das evidências foi analisada através de vários instrumentos validados. Para garantir que as evidências das recentes experiências não escapariam a uma análise, fez-se igualmente uma rápida revisão da literatura cinzenta mais recente.

As recomendações das presentes diretrizes formam um quadro dos elementos de uma ERC eficaz. Não pretendem constituir um guia passo-a-passo para a prática da comunicação dos riscos. Para isso, serão preparados produtos derivados, nomeadamente guias de implementação, listas de verificação, manuais práticos e cursos de formação.

2.

Por que foram elaboradas estas diretrizes?

A OMS tem manuais, módulos de formação e outras formas de comunicação em situações de emergência, bem como orientações para a comunicação dos riscos, que se baseiam mais em pareceres de peritos ou em lições retiradas de grandes catástrofes ambientais, tais como o surto de SARS de 2003 e a pandemia de gripe H1N1 de 2009, do que em análises sistemáticas das evidências.

Recentes emergências de saúde pública revelaram os principais desafios e as lacunas no modo como os riscos são comunicados durante as epidemias e outras emergências sanitárias

Recentes emergências de saúde pública, tais como o surto da doença do vírus Ébola na África Ocidental em 2014–2015, a emergência da síndrome do vírus Zika em 2015–2016 e surtos de febre amarela em vários países africanos em 2016, revelaram os principais desafios e as lacunas no modo como os riscos são comunicados durante as epidemias e outras emergências sanitárias. Os principais desafios são o novo papel dos média tradicionais (jornais, rádio e televisão) e a rápida transformação das tecnologias da informação, incluindo a penetração quase universal dos telemóveis e o uso generalizado e a forte influência crescente dos meios digitais. As principais lacunas incluem considerações do contexto: os factores sociais, económicos, políticos e culturais que influenciam a percepção das pessoas sobre os riscos e os seus comportamentos para os minimizar. São necessárias orientações sobre as melhores abordagens para reforçar as capacidades da ERC e de as manter para qualquer emergência sanitária futura.

Em Janeiro de 2015, o Conselho Executivo da OMS convocou uma sessão extraordinária para recomendar acções destinadas a gerir da melhor forma o surto da doença do vírus Ébola em curso na África Ocidental e aprovou uma resolução reconhecendo a urgente necessidade de os países construírem sistemas de saúde fortes, resilientes e integrados, capazes de implementar integralmente o RSI (2005) (1). Essa resolução solicita explicitamente ao "Diretor-Geral que continue a elaborar e implementar uma estratégia de comunicações em toda a Organização, para melhorar as comunicações de rotina, a elaboração de mensagens sobre medidas preventivas, a comunicação dos riscos e as comunicações em situações de emergência, garantindo que a nova política implicará uma correspondência entre o conteúdo, forma e estilo da comunicação com os média e a rapidez e frequência com que ela chega ao público-alvo e serve a finalidade a que se destina..." (4).

Os signatários do RSI (2005) pediram o apoio da OMS para formarem e manterem as suas capacidades de comunicação dos riscos. Essas capacidades são: envolvimento dos parceiros e partes interessadas na comunicação dos riscos; um plano atualizado de comunicação dos riscos que tenha sido implementado e testado durante uma emergência real ou um exercício de simulação; políticas, procedimentos operacionais padrão e orientações que abranjam a autorização e a divulgação da informação durante uma emergência de saúde pública; fontes de informação regularmente actualizadas que sejam acessíveis aos média e ao público, para divulgação da informação; informação acessível e relevante, materiais de educação e comunicação adaptados às necessidades das populações; e uso da avaliação, para informar o planeamento da comunicação dos riscos.

3.

Objetivos e âmbito das diretrizes

Estas diretrizes destinam-se a fornecer orientações baseadas em evidências e actualizadas aos Estados-Membros da OMS, seus parceiros e partes interessadas que participam na preparação e resposta às emergências:

- abordagens para conquistar a confiança e a participação das comunidades e das populações afectadas;
- abordagens para integrar a comunicação dos riscos nas atuais estruturas nacionais e locais de preparação e resposta às emergências, incluindo a formação de capacidades para a comunicação dos riscos;
- prática da ERC– desde o planeamento, elaboração de mensagens, canais e métodos de comunicação e envolvimento, até à monitorização e avaliação – com base numa avaliação sistemática das evidências sobre aquilo que funcionou e o que não funcionou durante as recentes emergências.

4.

Quem deve usar estas diretrizes?

As presentes diretrizes foram elaboradas tendo em vista os decisores e responsáveis políticos pela gestão das emergências, particularmente os aspectos da saúde pública relacionados com as emergências, e os agentes responsáveis pela comunicação dos riscos antes, durante e depois de uma emergência sanitária.

Outros grupos que devem usar estas diretrizes são: socorristas; parceiros do desenvolvimento a nível local, nacional e internacional; sociedade civil; sector privado; e todas as organizações, privadas e públicas, envolvidas na preparação e resposta às emergências.

5.

Diretrizes relevantes já existentes

A OMS e os seus parceiros desenvolveram vários tipos de orientações para a comunicação dos riscos nas duas últimas décadas (Quadro 1).

Quadro 1.
Orientações da OMS para a comunicação dos riscos

Comunicação com impacto nos comportamentos (COMBI). Um conjunto de instrumentos para a comunicação comportamental e social na resposta aos surtos (5)

Comunicação eficaz dos média durante emergências de saúde pública – um manual da OMS (6)

Comunicação eficaz dos média durante emergências de saúde pública – um guia prático da OMS (7) com conselhos sobre práticas a adoptar

Comunicação dos surtos: melhores práticas de comunicação com o público durante um surto. Relatório da reunião consultiva de peritos da OMS sobre Comunicações durante os Surtos, realizada em Singapura, de 21 a 23 de Setembro de 2004 (8)

Diretrizes da OMS para a comunicação dos surtos (9), com base nos resultados da reunião consultiva de peritos acima mencionada sobre comunicações durante os surtos

Guia da Organização Mundial da Saúde para planeamento da comunicação durante os surtos, edição de 2008 (10), manual baseado nas orientações para as comunicações durante os surtos, elaborado através de uma reunião consultiva na cidade do México, em 2008

6.

Como foram elaboradas estas diretrizes (metodologia)

Definição do âmbito das diretrizes

A elaboração das diretrizes começou em Outubro de 2014, com a criação de um Grupo Diretivo Interno (ISG) e a encomenda de uma revisão rápida da literatura (2) (relatório integral disponível neste [link](#) apresentando uma panorâmica das actuais orientações para a ERC e potenciais áreas de ação ou aperfeiçoamento). A revisão rápida encontrou algumas áreas para as quais não havia orientações, incluindo: tecnologias móveis; investigação sobre avaliação; análise dos obstáculos à preparação; ERC durante as catástrofes nos países de rendimentos muito baixos (PBR); formação de capacidades durante a fase de preparação; e a aplicação de evidências e experiências anteriores para uma melhor ERC.

No início de 2015, foi criado um Grupo de Elaboração das Diretrizes (GDG) constituído por peritos em comunicação de riscos, preparação e resposta às catástrofes e emergências sanitárias (ver Anexo 1 para a lista completa de nomes, especialidades e afiliação). O GDG realizou a sua primeira reunião em Genebra, na Suíça, de 22 a 23 de Junho de 2015, com a finalidade de usar os resultados da revisão rápida da literatura para estabelecer o âmbito das diretrizes, identificar áreas de prática da comunicação dos riscos que precisassem de mais investigação e conceber perguntas para dirigir uma busca sistemática de evidências.

As 12 perguntas seguintes foram concebidas e usadas para orientar a análise das evidências (Quadro 2).

Quadro 2.
Perguntas para orientar a análise das evidências

P1: Liderança e governação: Qual a melhor forma de integrar a comunicação dos riscos em situações de emergência no planeamento e execução da liderança a nível nacional para eventos e emergências com implicações na saúde pública?

P2: Sistemas de informação: Quais os melhores tipos de mecanismos para criar ligações eficazes e transjurisdicionais para a partilha de informações sobre a comunicação dos riscos em emergências e a coordenação interna?

P3: Recursos humanos: Qual a melhor forma de desenvolver e manter as capacidades do pessoal para a comunicação dos riscos em emergências com vista à preparação e resposta?

P4: Financiamento: Como garantir financiamento suficiente e sustentável para a comunicação dos riscos em situações de emergência ?

P5: Confiança: Quais são as melhores e mais generalizáveis actividades de comunicação dos riscos em situações de emergência que podem inspirar confiança nas autoridades sanitárias como fonte de informação para a protecção da saúde das comunidades afectadas e outras partes interessadas?

P6: Coordenação: Quais as melhores formas de garantir a coordenação das actividades de comunicação dos riscos entre as agências de resposta em todas as organizações e níveis de resposta?

P7: Planeamento da comunicação estratégica: Quais são os elementos e os passos para o planeamento de uma comunicação eficaz e estratégica?

P8: Monitorização e avaliação: Quais as melhores formas e os instrumentos mais apropriados para recolher, analisar e interpretar os dados e o *feedback* da comunicação dos riscos em emergências e de integrar os resultados no planeamento, formulação, execução e avaliação das estratégias de comunicação desses riscos?

P9: Participação das comunidades: Quais as melhores formas de envolver as comunidades nas actividades de comunicação dos riscos em emergências, para dar resposta a eventos/contextos?

P10: Redes sociais: Quais os melhores canais e práticas das redes sociais para promover medidas de protecção da saúde e afastar os rumores e as informações deturpadas durante eventos e emergências com implicações sobre a saúde?

P11: Comunicação das incertezas: Quais as melhores formas de comunicar as incertezas ao público-alvo, às comunidades de risco e às partes interessadas?

P12: Elaboração de mensagens: Que elementos e que momentos são os mais indicados para que as mensagens sejam mais eficazes para influenciarem os níveis público/comunitário de preocupação, de modo a motivar a tomada de medidas relevantes de protecção da saúde?

Procurar e analisar as evidências

As perguntas relativas à pesquisa foram agrupadas em Contexto, Perspetiva, Fenómenos de Interesse, Comparação, Avaliação do Impacto ou formato SPICE por Jane Noyes, a metodologista das orientações que apoiou o GDG, juntamente com o secretariado das diretrizes e o presidente do GDG. O formato SPICE foi escolhido em detrimento do formato mais vulgarmente usado de Intervenção da População, Comparação, Resultado (PICO), porque o SPICE é considerado mais adequado para uma pesquisa de evidências qualitativas e de métodos mistos, esperando-se que este tipo de evidências seria predominante.

As perguntas SPICE foram usadas para oferecer termos de pesquisa para as revisões sistemáticas encomendadas em 2016 e concluídas no final de Janeiro de 2017 (ver todos os termos das perguntas SPICE no Anexo 3). Os relatórios de todas as revisões sistemáticas estão disponíveis neste [link](#). A informação completa sobre os métodos de pesquisa e a avaliação da qualidade das evidências estão disponíveis no Anexo 2. Na síntese das evidências estiveram presentes quatro diferentes correntes metodológicas:

1. Quantitativas com grupos de comparação
2. Quantitativa, em que se usaram métodos de inquéritos descritivos
3. Métodos qualitativos
4. Métodos mistos e estudos de casos.

Os revisores sintetizaram os resultados dos estudos de cada corrente metodológica e depois classificaram a confiança/certeza dos resultados (atribuindo uma classificação de “muito baixa”, “baixa”, “moderada” ou “alta”), usando os seguintes instrumentos.

- Quantitativos – grupos de comparação (aleatórios, não aleatórios) – Classificação da Análise, Elaboração e Avaliação das Recomendações (GRADE).
- Quantitativos – inquérito descritivo – foram aplicados os princípios da GRADE.
- Qualitativos – Confiança da GRADE nas Evidências dos Estudos de Investigação Qualitativa (CERQual).
- Método misto e estudo de casos – foram aplicados os princípios da GRADE e Confiança da GRADE nas Evidências dos Estudos de Investigação Qualitativa (CERQual).

Os métodos usados pelos grupos de revisão sistemática para elaborarem a síntese das evidências estão resumidos na Figura 1 infra.

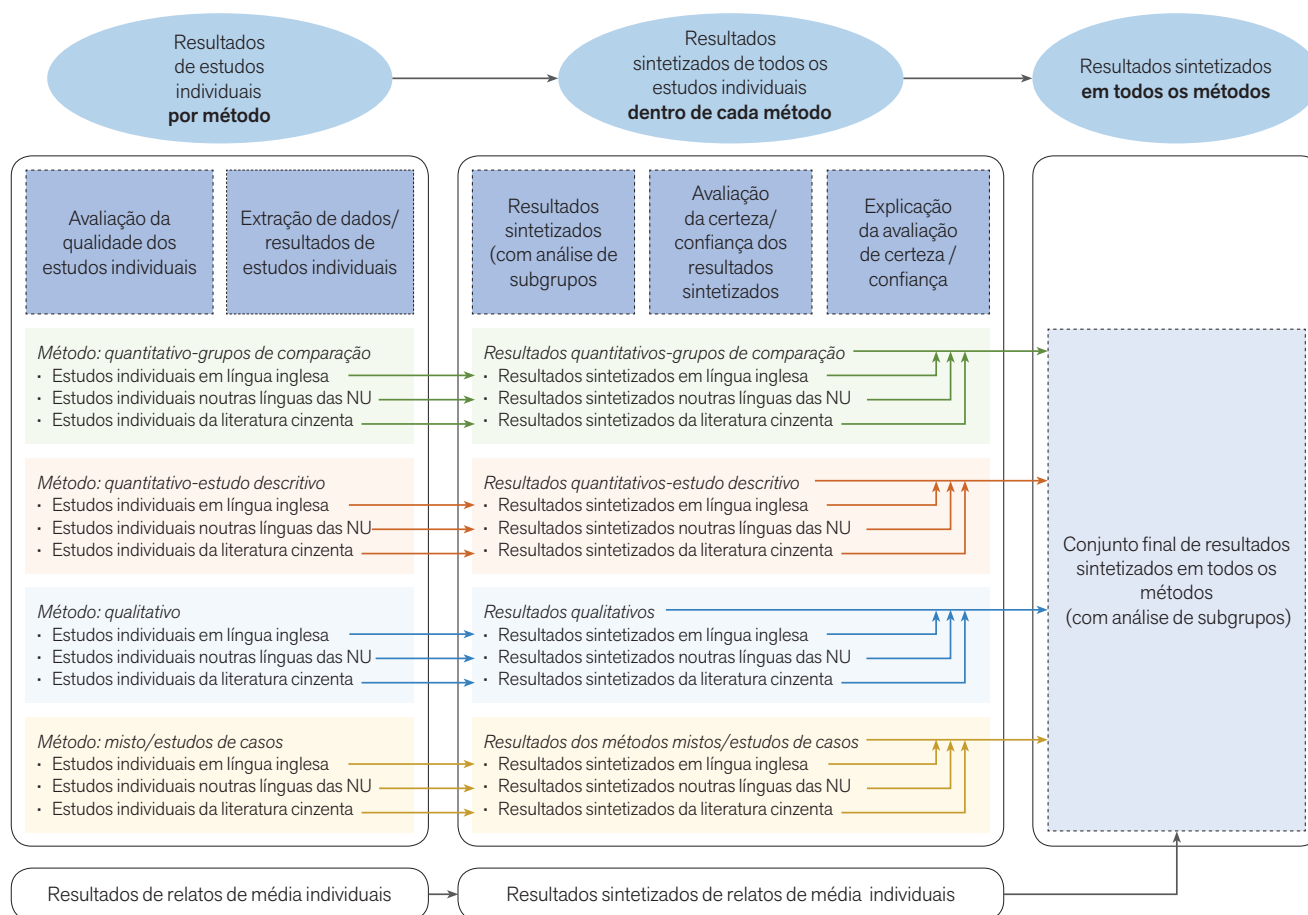


Figura 1. Resumo dos métodos que os revisores usaram para elaborar a síntese das evidências

Enquanto as revisões sistemáticas decorriam, o surto da doença do vírus Ébola na África Ocidental, a emergência da síndrome do vírus Ébola e outras graves emergências de saúde pública deram origem a um grande número de publicações cinzentas sobre comunicação dos riscos. Para as conhecer, realizou-se uma pesquisa rápida das evidências da literatura cinzenta que examinou os relatórios relevantes para as 12 perguntas do Quadro 2 e que terminou em 31 de Dezembro de 2016.

6.1 Evidências para as recomendações

A declaração resumindo as evidências encontradas foi elaborada e o GDG decidiu se estas poderiam ou não ser formuladas como recomendações

Depois de recebidas todas as revisões sistemáticas, o secretariado e a metodologista prepararam perfis de evidências, adaptando o quadro DECIDE para esse fim. O quadro DECIDE é um instrumento de Evidências para Decisão (ED) que permite a consideração explícita e sistemática das evidências sobre intervenções em seis domínios: efeitos, valores, recursos, equidade, aceitabilidade e viabilidade (11).

Como a pesquisa das evidências foi orientada pelas perguntas SPICE para recolher evidências sobre aquilo que funcionou e o que não funcionou, fez-se, para isso, a adaptação dos quadros DECIDE em vez do habitual formato PICO, que se centra nas evidências de efeito. Contudo, os outros domínios – efeitos, valores, recursos, equidade, aceitabilidade e viabilidade – permaneceram iguais no quadro adaptado.

Para cada pergunta, o GDG recebeu um resumo dos resultados da revisão sistemática, incluindo uma avaliação da qualidade dessas evidências, um resumo dos resultados da literatura cinzenta e os resultados tanto das revisões sistemáticas como das revisões da literatura cinzenta pertinentes para o uso dos valores, aceitabilidade, viabilidade, equidade e recursos. Durante a reunião de elaboração das diretrizes, as equipas de revisão sistemática apresentaram os seus resultados, a que se seguiu uma apresentação dos resultados da literatura cinzenta relativamente a cada pergunta. Depois, usando os quadros DECIDE como guia, o GDG discutiu as evidências relativas aos benefícios, danos, viabilidade, uso de recursos, valores, preferências e teceu considerações de equidade. As declarações que resumiam os resultados das evidências foram desenvolvidas e o GDG decidiu se estas poderiam ou não ser formuladas como recomendações. Se fosse decidido que se tratava de uma área que merecia uma recomendação, o GDG ajustaria a linguagem e estabeleceria a força da recomendação, de acordo com o equilíbrio das considerações sobre benefícios, danos, valores, preferências, viabilidade, recursos e equidade.

Todas as decisões acabaram por ser tomadas por consenso. No entanto, dada a limitação de tempo disponível para a reunião e para se estabelecer rapidamente a posição do grupo, foi instituído um sistema secreto e instantâneo de votação por via electrónica. A cada membro do CDG foram distribuídos teclados portáteis e individuais, devendo a votação ser feita de acordo com várias opções – normalmente "sim" ou "não". O sistema apenas permitia um voto por pessoa e por pergunta. Depois de registados todos os votos, a decisão do grupo foi mostrada num ecrã. Isso permitiu ao grupo prosseguir nos pontos em que havia um consenso claro ou pôr a questão em debate, caso houvesse divergências significativas. Em várias ocasiões, os membros que tinham opiniões divergentes tiveram a oportunidade de explicar as suas preocupações com tanta convicção que os restantes membros do grupo mudaram de opinião.



6.2 Tipos de recomendações

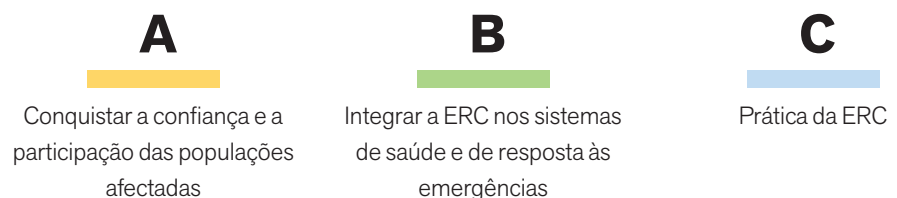
Recomendações são declarações sobre que intervenções ou práticas as evidências indicam que são as melhores escolhas. Nem todas as declarações feitas pelo GDG foram enquadradas como recomendações padrão. Num dos casos, em que uma importante área de prática tinha sido alvo de investigação inadequada, o GDG fez uma “recomendação de pesquisa”. Noutros casos, em que havia evidentes melhores práticas baseadas em princípios aceites, mas em que as evidências eram escassas ou indirectas, o GDG enquadrou a recomendação como uma “declaração de melhor prática”.

Como acima se descreve, a força da recomendação – quer seja “firme”, quer “condicional” – foi estabelecida considerando a qualidade das evidências, os danos, os benefícios, a viabilidade, os valores, as preferências, o uso de recursos e considerações de equidade em torno da recomendação. Uma recomendação firme é aquela que poderá ser implementada em qualquer contexto, ao passo que uma recomendação condicional é aquela que só pode ser implementada em determinados contextos e em circunstâncias específicas.

Relativamente à pergunta sobre a melhor forma de garantir um financiamento suficiente e sustentável para a ERC, uma pesquisa intensiva de evidências apenas encontrou um debate mínimo sobre políticas ou mecanismos, mas o GDG decidiu que as evidências da literatura cinzenta sobre o modo como a falta de financiamento dificultava a ERC exigiam uma recomendação firme (ver a recomendação B.4 abaixo: Finanças em debate).

A qualidade das evidências foi difícil de determinar, visto que se usaram diferentes instrumentos para a sua avaliação, conforme o tipo de estudos que forneceram as evidências (ver a secção de Métodos no Anexo 2, para uma explicação cabal dos instrumentos usados para avaliar as evidências). No entanto, as sínteses dos resultados forneceram “sinais” claros a partir da avaliação das evidências, que foram apreciados usando os diferentes instrumentos de avaliação da qualidade das evidências referidos na secção de Métodos supra. Esses resultados foram usados pelo GDG para decidir sobre a qualidade das evidências e a força das recomendações. Para muitas das recomendações, as evidências essenciais foram avaliadas como moderadas ou baixas, mas o painel decidiu fazer uma recomendação firme, uma vez que a experiência comunicada (literatura cinzenta) e os exemplos de casos indicavam fortes benefícios, viabilidade e considerações de equidade positivas para as acções propostas. Um resumo das evidências e outras considerações usadas para elaborar as recomendações é apresentado a seguir a cada uma das recomendações, na secção 7.

As recomendações foram elaboradas “pergunta a pergunta”, mas foi evidente que certos agrupamentos naturais e lógicos das questões e áreas de prática estavam a ser orientados por essas recomendações. Por conseguinte, as recomendações são agrupadas nas três seguintes categorias:



A. **Conquistar a confiança** e a participação das populações afectadas

Por muito bem planeadas e aplicadas que sejam, as intervenções de comunicação dos riscos não conseguirão que as pessoas de risco tomem decisões informadas para protegerem as suas vidas, a sua saúde, as suas famílias e as comunidades contra as ameaças, se não confiarem na fonte de informação. Por isso, o primeiro e mais importante passo para uma ERC eficaz é indiscutivelmente conquistar e manter a confiança das populações. A pesquisa de evidências confirmou que a conquista de confiança está intimamente ligada à participação das comunidades e ao reconhecimento franco das incertezas. Por isso, as recomendações que se basearam nas evidências recolhidas acerca das três questões, nomeadamente, a conquista da confiança, a participação da comunidades e a comunicação das incertezas foram agrupadas nesta secção.

A1: Confiança

Para conquistar a confiança, as intervenções de comunicação dos riscos devem estar ligadas a serviços funcionais e acessíveis, ser transparentes, oportunas, de fácil compreensão, reconhecer as incertezas, dirigir-se e envolver as populações afectadas, ligar-se à auto-eficácia e ser divulgadas usando várias plataformas, métodos e canais.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: o GDG notou que os resultados das revisões sistemáticas e da literatura cinzenta salientavam os benefícios da clareza, oportunidade, divulgação eficaz e transparência na comunicação sobre aquilo que se conhece, durante as emergências, assim como intervenções e experiência positiva anterior quando se usa a comunicação das autoridades para conquistar a confiança. Os danos ocorrem quando as acções promovidas pelas autoridades não podem ser executadas por não haver serviços disponíveis que deem a resposta necessária ou que sejam de difícil acesso.

Observações: "Autoridades" refere-se a pessoas responsáveis ao nível local, nacional, regional e internacional.

Resumo das evidências e considerações

Resultados das revisões sistemáticas (12)

As revisões sistemáticas revelaram que a maior parte dos estudos analisavam eventos em países de altos e médios rendimentos na Ásia, Europa, América do Norte e Oceânia. O evento mais frequentemente estudado eram as doenças infecciosas; outros eventos relativamente comuns incluíam as cheias, os sismos, as erupções vulcânicas, o bioterrorismo, as doenças de transmissão alimentar e as emergências radiológicas/radioativas. Foram abrangidas todas as quatro fases dos eventos, embora se tenha atribuído especial ênfase à fase de preparação, seguida das fases de início e de contenção, com muito menos cobertura da fase de recuperação.

A revisão mostrou que há vários factores, incluindo as mensagens e as acções das organizações, que podem prever um nível mais elevado de confiança, especialmente:

- reconhecer as incertezas nas mensagens, incluindo as previsões e os alertas;
- ser transparentes e não ocultar a informação negativa, tais como o número de vítimas;
- divulgar a informação e intervir rapidamente;
- criar comunicação científica numa forma fácil de compreender;
- procurar contributos no público e encorajar o diálogo;
- assegurar a coordenação entre as diferentes autoridades sanitárias e os média, juntamente com uma mensagem uniforme;
- evitar mudanças rápidas da informação e evitar a divulgação de informação divergente por parte de diferentes organismos; e
- divulgar a informação através de várias plataformas.

Os revisores sublinharam que é importante compreender que estas acções ocorrem num contexto mais amplo e que abrangem diversas componentes de confiança, história com as autoridades e circunstâncias de vida do público/pessoa. Tudo isso pode reforçar ou enfraquecer a relação mensagem-confiança.

Também se retiraram resultados de sete revisões da literatura já existentes e que foram avaliados como de qualidade alta e moderada. Essas revisões eram coincidentes com as da actual revisão sistemática e mostravam que a confiança é influenciada por: reputação das organizações; qualidade das relações com as partes interessadas; compreensão e gestão das relações com os média; estratégias de disponibilização de informação sobre os riscos; rigor, oportunidade e informação completa; transparência sobre a informação disponível; justiça no tratamento das populações; conquista da confiança e credibilidade através do diálogo participativo e do envolvimento no planeamento e exercícios anteriores ao evento e na concepção e testagem dos planos de comunicação. Quanto maior



a confiança nas capacidades dos responsáveis públicos e dos governos para responderem a uma emergência de saúde pública, tanto maior a probabilidade de se adoptarem as acções recomendadas.

Resultados da revisão da literatura cinzenta

Relatórios da literatura cinzenta indicavam que a participação das comunidades e a conquista da confiança estão relacionadas. Embora seja essencial a participação local para o envolvimento bem sucedido das comunidades, nem todos os “locais” têm igual efeito na conquista da confiança. Durante o surto da doença do vírus Ébola na África Ocidental, as pessoas não confiavam em alguns dos líderes ou nos indivíduos que eram pagos para fazerem o trabalho exigido pelo surto (13). Para resolver este último problema foi necessário recorrer a voluntários.

Os relatórios revelaram que a confiança nos sistemas de saúde se baseia na percepção que as pessoas têm desses sistemas e não em medidas objectivas. Se as pessoas pensarem que não é provável que o sistema as ajude, não o usarão. Envolver os membros da comunidade para que participem nas reuniões sobre prestação de serviços (14,15) poderá ajudar a ultrapassar essa questão. Um tratamento desrespeitoso por parte de profissionais de saúde pode prejudicar a confiança.

A2: Comunicar as incertezas

Recomendação

A comunicação das autoridades ao público deve incluir informação explícita acerca das incertezas associadas aos riscos, eventos e intervenções e indicar aquilo que se conhece e desconhece em determinado momento.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: O GDG considerou as evidências (classificadas pelos revisores de qualidade moderada a elevada) de danos causados por falhas para explicar claramente aquilo que se conhece e o que se desconhece durante as emergências. Algumas das questões colocadas na revisão das evidências coincidiam com a recomendação sobre a conquista de confiança e, por isso, a recomendação limitava-se à melhor forma de comunicar eficazmente, quando nem toda a informação é clara ou correta.

Resumo das evidências e considerações

Resultados da revisão sistemática (16)

Os peritos e investigadores concordam de modo geral, que a comunicação por parte das autoridades ao público deve incluir informação explícita acerca das incertezas associadas aos eventos. No entanto, é importante que a informação fornecida seja consistente e não contraditória e seja apresentada de modo claro e fácil de entender.

A incerteza dos dados e os conhecimentos influenciam de forma complexa as interações dentro e entre os grupos de peritos e entre os peritos e os responsáveis/decisores políticos e, conseqüentemente, a tomada de decisões. A falta de informação ou a informação contraditória e inconsistente por parte das autoridades gera incertezas nos profissionais de saúde e nos responsáveis políticos, bem como na tomada de decisões relativamente à comunicação ao público. As autoridades devem considerar cautelosamente estes e outros aspectos das incertezas, ao formularem as melhores formas de as comunicar ao público em geral, às populações de risco/vulneráveis e às partes interessadas.

Quando as autoridades fornecem informação acerca das incertezas, ela é geralmente associada aos resultados desejáveis, mas é preciso não esquecer a possibilidade de alguns resultados indesejáveis. O entendimento que o público tem da informação que descreve a probabilidade de um evento está sujeito a erro e isso também é válido para os peritos.

A cobertura de um evento pelos meios de comunicação que realce informação que muda rapidamente, seja contraditória e divergente, especialmente a que difere da informação oficial fornecida pelas autoridades, aumenta a incerteza no público, o que, por sua vez, pode levar a vários resultados indesejáveis, tais como a falta de confiança nas autoridades e nas acções que estas recomendam.





Resultados da revisão da literatura cinzenta

As análises da literatura cinzenta revelaram que o modo como a mensagem é transmitida é tão importante como o próprio conteúdo da mensagem. O pânico provocado pela transmissão da doença do vírus Ébola nos Estados Unidos da América (EUA) foi ampliado pela falha inicial na comunicação de todos os factos, por exemplo, por não haver qualquer referência à quebra dos protocolos sobre a prevenção e controlo da infecção. Os cientistas também não explicaram claramente os verdadeiros níveis de risco nos diferentes sectores, o que levou o público em geral a sobrestimar esse risco (17).

Recomendação

Resumo das evidências e considerações

A3: Participação das comunidades

Resultados da revisão sistemática (18)

Identificar as pessoas em quem a comunidade confia e estabelecer relações com elas, envolvendo-as na tomada de decisões, para garantir que as intervenções contam com a sua colaboração e são contextualmente adequadas e que a comunidade se apropriou do processo de comunicação.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: O GDG considerou que eram poucas as evidências que comparavam a eficácia das diferentes estratégias de envolvimento das comunidades. No entanto, havia evidências, avaliadas como de qualidade moderada, que indicavam que a inclusão de membros das comunidades no planeamento das actividades era benéfico para melhorar a preparação e a resposta a um evento. Um grande número de publicações da literatura cinzenta sobre as experiências com diferentes abordagens indicava o benefício de identificar pessoas confiáveis no seio das comunidades e de as envolver na tomada de decisões. Os danos identificados foram as falhas na compreensão do contexto e da cultura, ao desenhar as intervenções.

Observações: "Comunidade" abrange um vasto leque de agrupamentos.

Considerações sobre a implementação: apresentar *feedback* é uma parte essencial de uma boa participação comunitária.

Os investigadores raramente estudaram diretamente que estratégias ou táticas eram mais eficazes para conseguir a participação das comunidades.

Os estudos efetuados sobre a participação das comunidades nas actividades de preparação revelaram que a inclusão de membros das comunidades como planeadores, assim como assistentes nas actividades pré-evento, gerava um aumento nas actividades de preparação e resposta. As actividades específicas investigadas foram:

- concepção e desenvolvimento do planeamento
- divulgação da informação
- formação em funções, responsabilidades e tarefas
- condução de acções de preparação
- estabelecimento/fixação de relações.

A formação em funções e responsabilidades é benéfica, se incluir considerações de nível comunitário, o contexto local e a experiência anterior, o que não só ajuda à cooperação e colaboração, mas também pode resolver a questão do paradoxo de risco associado à percepção e à experiência.

O estabelecimento e a fixação de relações serve não só para criar confiança nos líderes, mas também para criar ligações sociais e redes.

Há indicações claras de que as actividades anteriores a um evento conseguem envolver melhor as comunidades do que as realizadas apenas no decurso do evento.

Resultados da revisão da literatura cinzenta

A maioria dos estudos e relatórios da literatura cinzenta revelou que o envolvimento das comunidades deverá desempenhar um papel central nas respostas às emergências. A ação local foi crucial para controlar o surto da doença do vírus Ébola de 2014–2015 na África Ocidental, porque o ponto de viragem foi alcançado antes da resposta estar completamente operacional (19). Esta revisão encontrou relatos dos diferentes métodos usados para melhorar o envolvimento das comunidades, mas nenhuma avaliação formal da sua eficácia. Os mais comuns são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3.
Métodos usados para melhorar o envolvimento das comunidades

Método de envolvimento	Número de documentos revistos
Envolver os líderes locais e as pessoas importantes	31
Adaptar as intervenções à população, género, circunstâncias e línguas	26
Usar as pessoas locais como mobilizadoras	16
A comunidade cria as suas próprias intervenções	15
Envolver os grupos locais	15
Auscultação e comunicação de duas vias	15
Usar os média locais	12
Monitorização e avaliação contínuas (<i>feedback</i>)	11
Usar avaliações antropológicas	10
Iniciar rapidamente a comunicação	8
Usar auxiliares visuais, dramatizações e narrativas	6
A comunidade conduz a sua própria análise dos surtos	3
Decisões tomadas a nível local	3

B. **Integrar a ERC** nos sistemas de saúde e de resposta às emergências

A comunicação dos riscos para a protecção da saúde terá de trabalhar com os sistemas de saúde. Por essa razão, o GDG adoptou o foco nos sistemas de saúde ao seleccionar algumas das questões prioritárias. Os “pilares” da governação dos sistemas de saúde, sistemas de informação, formação de capacidades e finanças fundamentaram as perguntas que forneceram evidências para as recomendações sobre a integração da ERC nos sistemas de saúde.

B1: Governança e liderança

Recomendação

A ERC deve desempenhar um papel estratégico específico na preparação mundial e nacional para as emergências e as equipas que lideram a resposta devem estabelecer funções e responsabilidades bem definidas para os responsáveis pela comunicação.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: O GDG concluiu que há evidências de benefícios na designação da ERC com funções estratégicas, porque isso facilita a incorporação da comunicação dos riscos como um “ pilar” funcional da preparação e resposta às emergências. Esta recomendação envolve considerações sobre recursos, pois designar essas funções implica dar formação e pagar a profissionais da comunicação de riscos. Contudo, o GDG concluiu que os benefícios superam consideravelmente as implicações em matéria de recursos.

Observações: o acima referido aplica-se às equipas de liderança da preparação e resposta a nível local, nacional, regional e internacional.

Resumo das evidências e considerações

Resultados da revisão sistemática (20)

Foram identificados seis artigos que apresentam exemplos de mecanismos que podem conduzir à integração das funções da ERC na estrutura de liderança. Esses mecanismos podem ser resumidos em três temas/resultados:

- colocar as funções da ERC na estrutura nacional de liderança;
- criar proximidade organizacional dos agentes da ERC à liderança da resposta nacional;
- formular leis, regulamentos, políticas e quadros de apoio à ERC.

Evidências das revisões em língua chinesa

As revisões sistemáticas examinaram a literatura em língua chinesa e os relatórios que descreviam a necessidade de mais formação, criação de quadros profissionais (e.g., pessoal e porta-vozes de monitorização dos média), e de permitir a publicação oportuna da informação relevante sobre surtos e prevenção de doenças.

Resultados da revisão da literatura cinzenta

Foram encontrados muito poucos relatórios na literatura cinzenta que tratassem desta questão. A Assembleia Geral das Nações Unidas declarou que a conformidade com o RSI (2005) inclui a criação de mecanismos de preparação e resposta. O envolvimento das comunidades e a comunicação culturalmente apropriada são parte integrantes desses mecanismos (21). Isso também implica a integração da comunicação dos riscos em planos nacionais de saúde. Para além disso, no seu plano de melhoria da resposta ao Ébola, o Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos sublinhou a importância de priorizar a comunicação dos riscos. Iria ser elaborada uma estratégia de ERC a nível de departamento, incluindo a formação de pessoal para desempenhar as funções de porta-vozes e planeamento para assegurar uma dotação adequada de pessoal de comunicação dos riscos com a devida formação (22).

B2: Sistemas de informação e coordenação

B2.1: Desenvolver e basear-se nas redes de partes interessadas e organizações relevantes em todas as fronteiras geográficas, disciplinares e, quando apropriado, nacionais.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: O GDG concordou que existem evidências de qualidade moderada que indicam que será possível alcançar uma melhor coordenação e fluxo de informação mediante a criação de grupos de ação e comissões que envolvam todas as partes interessadas, independentemente da sua localização geográfica, disciplina ou outras fronteiras. Esta recomendação tem implicações nos recursos – temporais, humanas e financeiras. No entanto, o GDG concordou que os benefícios de uma melhor coordenação e fluxo de informação superam consideravelmente os danos e as considerações sobre os recursos.

B2.2: Adaptar os sistemas de informação e comunicação às necessidades dos utilizadores e envolver as partes interessadas locais, para garantir o fluxo de informação em todos os sectores.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: o GDG considerou as evidências dos benefícios resultantes do envolvimento das partes interessadas locais no fluxo de informação. Um potencial dano era a preocupação acerca da divulgação da informação em todos os sectores, especialmente nos contextos em que as políticas e as leis proíbem esse fluxo. Isso está reflectido nas considerações sobre a implementação abaixo apresentadas.

Considerações sobre a implementação: os profissionais de ERC precisam de apoio legislativo e político. A divulgação da informação pode ser proibida e o fluxo da informação pode ser muito limitado, ao nível das autoridades de alguns contextos.

Observações: exemplos de "utilizadores" incluem funcionários governamentais, sociedade civil, comunidades locais, equipas de resposta às emergências, agências de ajuda humanitária, etc.

Resultados da revisão sistemática (20)

Da literatura emergiram três temas como mecanismos para melhorar a partilha de informação e a coordenação.

1. A criação de grupos de ação e de comissões com as principais partes interessadas foi descrita como um mecanismo para melhorar ou facilitar a partilha de informação entre as autoridades nacionais e subnacionais e entre as agências. Foram identificadas algumas das componentes para o funcionamento eficaz das redes, grupos de ação e comissões. Entre elas incluem-se: a importância das relações existentes entre os agentes no terreno antes de um incidente; o papel das equipas de rede, em oposição às equipas hierárquicas, para um melhor desempenho e tomada de decisões em matéria de resposta às emergências; e a importância da troca e distribuição de informações entre as unidades de decisão. Também estão incluídas: a utilização de gestores de informação para coordenar a informação entre as agências, com vista a reduzir o pedido de informações e a melhorar a prestação de informações essenciais; e a importância de um responsável público pela informação, para melhorar a divulgação da informação.
2. As plataformas e sistemas de informação existentes podem ser aperfeiçoados para melhorar a ERC. Gresham et al. (23) apresentaram o Consórcio do Médio Oriente para a Vigilância das Doenças Infecciosas (MECIDS), uma rede regional de vigilância das doenças, constituída por peritos em saúde pública e funcionários do ministério da saúde de Israel, Autoridade Palestiniana e Jordânia, como um exemplo de utilização das redes regionais de vigilância das doenças como mecanismo útil para a partilha de informação. O MECIDS reúne responsáveis de saúde pública de diferentes nacionalidades

do Médio Oriente e contribui para a saúde e estabilidade regional, participando em trocas de informação transfronteiriças regulares, conduzindo reuniões periódicas do conselho executivo, fornecendo formação em técnicas laboratoriais e comunicação dos riscos e implementando tecnologias de comunicação inovadoras. Inicialmente vocacionada para as doenças transmitidas pelos alimentos e pela água, a parceria desenvolveu uma rede de laboratórios, protocolos para a colheita de amostras e diagnóstico das doenças diarreicas, assim como a partilha de dados e capacidades de notificação para analisar e partilhar a informação sobre as ameaças de doenças.

3. O envolvimento das partes interessadas locais é importante para uma estratégia eficaz de ERC. Foram identificados os seguintes mecanismos para o envolvimento das partes interessadas locais nos esforços de comunicação:

- utilização das redes sociais existentes em pequenos municípios para as actividades de redução dos riscos durante as catástrofes (24);
- necessidade de centralizar recursos que possam ser utilizados para facilitar a comunicação com comunidades culturalmente diversas (25); e
- identificação e designação de uma agência (e.g., em Taiwan, a polícia) com o maior alcance geográfico e comunitário, para liderar o processo da partilha de informação da ERC (26).

Foi também importante abordar as lacunas no domínio das tecnologias em zonas de poucos recursos, integrar as organizações não governamentais (ONG) no sistema de informação para a gestão de emergências e desenvolver capacidades para monitorizar e usar os canais relevantes de redes sociais.

Resultados da revisão da literatura cinzenta

A literatura cinzenta ofereceu poucas evidências sobre as melhores formas de assegurar a coordenação e a partilha de informação. Foram identificados, no total, 33 documentos como potencialmente relevantes para a coordenação: 18 de fontes de credibilidade moderada e 15 de fontes de elevada credibilidade. No entanto, a maioria dos relatórios abordava a colaboração e a coordenação em geral e não a comunicação dos riscos, descrevendo actividades de colaboração mas não apresentando discussões nem medidas de eficácia. Um dos documentos registava o fraco entendimento entre os avaliadores e os comunicadores dos riscos, na medida em que era como se eles falassem línguas diferentes, e sugeria que isso talvez pudesse ser resolvido através de exercícios de simulação e da formação do pessoal de comunicação dos riscos em princípios de avaliação dos riscos (27). Dois dos documentos discutiam a importância de estabelecer coordenação com a imprensa antes e durante um incidente, satisfazendo as suas necessidades e mostrando disponibilidade. Este tipo de coordenação foi considerado especialmente importante, visto que muitas pessoas dependem dos média para obterem informação sobre saúde (28,29). Três documentos sublinhavam os esforços de colaboração local. No condado de Montserrado, na Libéria, a Comissão de Salvação Internacional (IRC)



liderou um consórcio de quatro ONG. Isso revelou-se mais eficaz do que o trabalho em separado, pois permitia às organizações centrarem-se e capitalizarem os seus pontos fortes, assim como exercerem uma advocacia mais eficaz junto dos governos. A partilha de informação entre os membros ajudou a construir confiança, tal como aconteceu com os contributos técnicos da OMS (19).

B3: Formação de capacidades

Recomendação

A preparação e a formação do pessoal para a ERC deve ser organizada com regularidade e incidir sobre a coordenação com todas as partes interessadas envolvidas.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: o GDG encontrou evidências de qualidade moderada indicando que a formação visando a coordenação entre todas as agências conduzia à melhoria da capacidade da ERC. Embora isso implicasse a alteração do foco dos exercícios de formação, foi considerado que tinha significativa viabilidade e implicações nos recursos ou danos. A revisão das evidências também identificou que era benéfico incorporar a formação dos média e envolver os respectivos profissionais na formação. Contudo, o GDG considerou evidências de potenciais danos, tais como preocupações acerca da viabilidade e utilização de recursos, o que levou o grupo a concordar que essa deveria ser uma questão a considerar na implementação.

Considerações sobre a implementação: ao planear a formação, considerar a incorporação da formação nos média e incluir representantes dos média nos exercícios da formação, se apropriado.

Observações: "Foco na coordenação" significa assegurar que os exercícios de formação testam a capacidade de partilhar informação e o desenvolvimento de intervenções coordenadas de comunicação dos riscos.

Resumo das evidências e considerações

Resultados da revisão sistemática (30)

A maioria dos estudos identificados baseava-se em exercícios teóricos, simulações e, em alguns casos, na frequência de cursos ou acções de formação. Os resultados sintetizados nas correntes metodológicas indicam que estes exercícios devem incidir na coordenação entre agências, formação de competências nas relações com os média e concepção de mensagens sensíveis às necessidades do público-alvo e à sua compreensão. O consenso geral na literatura é que os exercícios teóricos e de simulação podem e, muitas vezes, melhoram os conhecimentos e a compreensão. Estes resultados, porém, têm grandes inconvenientes. As limitações no rigor metodológico, a relevância e a adequação dos dados relativamente à maioria dos resultados eram moderadas a graves. Entre os resultados normativos identificados na revisão, podem ser retidas com um nível moderado de confiança apenas as sugestões de que os exercícios devem incidir sobre a coordenação entre agências e incorporar a formação nos média.

Pode ser depositada alguma confiança nos resultados descritivos acerca das actuais normas da formação em ERC. As sínteses de todas as correntes metodológicas indicam que os actuais exercícios de formação: não usam relatórios pós-acção de forma que possam promover uma aprendizagem generalizada; contêm poucas instruções sobre o uso das redes sociais; são de modo geral desastrosos; quase nunca usam formatos mistos *online* e presenciais; e raramente incluem formação em avaliação. Contudo, como estes resultados são descritivos, podem apenas sugerir orientações para investigação futura. Será necessário efectuar investigações separadas para determinar que influência cada um destes factores tem sobre as competências em ERC.

Os académicos identificaram uma falta generalizada de rigor nos estudos da formação em preparação para as emergências. Observaram que existem poucos instrumentos normalizados de avaliação. Isso torna difícil determinar se o êxito episódico dos exercícios, acções de formação, cursos e outros tipos de formação se traduz verdadeiramente em mais competências e mais conhecimentos (31). É igualmente preciso notar que as avaliações publicadas sobre a formação em preparação para as catástrofes e o desenvolvimento do pessoal estão, na sua maior parte, confinadas aos EUA, o que significa que, mesmo que o desenho da investigação fosse mais sólido, os resultados poderiam não ser necessariamente aplicáveis a outros contextos nacionais.



Resultados da revisão da literatura cinzenta

Os relatórios sobre este assunto concordam que a formação de capacidades em comunicação de riscos é necessária aos níveis nacional, provincial e local. A presença ou a ausência de um plano de comunicação dos riscos não indica necessariamente capacidade, nem os elementos da infraestrutura indicam capacidades operacionais. O não desenvolvimento de capacidades locais de comunicação dos riscos tem levado à dependência de peritos externos que são contratados nos momentos de crise. Em vez de dependerem da ajuda eterna, as capacidades de comunicação dos riscos devem basear-se em cada nível geográfico – local, nacional, regional e mundial – com funções, responsabilidades e infraestruturas claramente definidas, com particular atenção ao desenvolvimento de capacidades nacionais. Deve constituir-se um quadro de pessoal com formação em crises sanitárias e comunicação dos riscos, devendo ser realizadas acções de actualização, pelo menos, uma vez por ano. O pessoal dos média deve receber formação em comunicação de crises públicas (32,33,34).

Os relatórios focam capacidades que precisam de ser reforçadas, nomeadamente:

- comunicação mais suave e aptidões interpessoais, conjuntamente com a formação de consensos (incluindo a preparação de documentos);
- análise, documentação;
- monitorização e avaliação;
- reconhecimento de variáveis que provocam indignação, tais como a percepção de injustiça, indiferença moral e impactos sobre as populações mais vulneráveis;
- formulação de estratégias, planos e normas de prática em comunicação;
- comunicações com as partes interessadas e os parceiros;
- envolvimento das comunidades;
- análise sociopolítica, económica e cultural para a comunicação dos riscos; e
- tradução das comunicações técnicas em material compreensível e contextualizado.



B4: Finanças

A ERC requer um orçamento definido e sustentado que deverá ser uma componente do orçamento específico para a preparação e resposta às emergências e para a recuperação.

Recomendação firme

Evidências de muito baixa qualidade

Fundamentos: uma pesquisa intensiva de evidências encontrou muito poucas referências às políticas, mecanismos ou considerações sobre a importância de um orçamento definido e sustentado para a comunicação dos riscos. O GDG decidiu que as evidências da literatura cinzenta que revelavam que a falta de financiamento tinha dificultado a ERC durante as recentes crises eram indicativas da importância de recomendar a formulação dessas políticas e mecanismos.

Resumo das evidências e considerações

Resultados da revisão sistemática (35)

Existem poucas evidências que abordem a questão de forma útil. Embora tenham sido identificados 341 documentos potencialmente relevantes, a maioria não discute directamente o financiamento da comunicação dos riscos. Alguns mencionam mecanismos de financiamento, tais como microcrédito, seguros e fundos comuns a usar na gestão de riscos em catástrofes (DRM). Muitos mencionam a comunicação dos riscos ou a sensibilização/educação do público como parte da redução dos riscos em situações de catástrofe (DRR). Alguns referem que, mesmo quando existem materiais de sensibilização/educação para a DRR, as mensagens de prevenção não chegam ao nível local. Outros referem a necessidade de os governos atribuírem fundos (por exemplo, 1% do orçamento nacional) à DRR/DRM. Quase todos os documentos apresentam o financiamento como um grande desafio para a DRM/DRR, com alguns notando que o financiamento recai num hiato entre os programas de desenvolvimento e os programas de ajuda e, portanto, nenhum deles é contemplado. Outra mensagem frequente era a necessidade de combinar o financiamento e os esforços da DRM/DRR e da adaptação às alterações climáticas (CCA).

Resultados da revisão da literatura cinzenta

A literatura cinzenta continha muito pouco material relevante. Contudo, um dos temas consistentes era o de que a falta de financiamento tinha dificultado os esforços de comunicação dos riscos no início do surto da doença do vírus Ébola na África Ocidental em 2014–2015 (36,37,38,39).

C. Prática da ERC

Durante a primeira reunião de definição do âmbito das diretrizes, o GDG estabeleceu perguntas prioritárias destinadas a obter evidências sobre as melhores formas de praticar a comunicação dos riscos, considerando a evolução dos novos média e as grandes mudanças a nível social e demográfico. As seguintes declarações e recomendações sobre as melhores práticas baseiam-se nas evidências encontradas para essas perguntas.

C1:

Planeamento estratégico da comunicação

O planeamento estratégico envolve, em primeiro lugar, a determinação e a avaliação das actividades de intervenção, para melhorar a sensibilização do público e influenciar os comportamentos antes, durante e depois de um evento de saúde pública numa situação de emergência. A análise das evidências indicava que não havia nenhuma estratégia específica para garantir o êxito da comunicação em tais situações. O GDG concordou que o planeamento é uma melhor prática abrangente que deve ser apresentada antes das recomendações específicas sobre a prática da ERC.

O planeamento da ERC deve ser feito com muita antecedência e ser um processo contínuo centrado na preparação e na resposta. O planeamento deve ser sensível às necessidades das partes interessadas, participativo, adequado ao contexto e incorporar feedback dos grupos afectados.

Observações:

- O planeamento funciona melhor através da colaboração entre os grupos constitutivos com funções e responsabilidades claramente definidas. As agências de saúde, os sistemas de emergência e outros serviços públicos deverão colaborar e criar redes de comunicação como preparação para os eventos.
 - O planeamento da comunicação deve ter em consideração as comunidades, culturas e estilos de vida dos diferentes segmentos da população e também planear a educação e preparação para as catástrofes em torno dessas estruturas sociais.
 - Devem ser identificados e usados vários canais e meios de comunicação das mensagens sobre catástrofes.
 - O planeamento deve incluir atualizações da formação/informação para o pessoal das comunicações e mecanismos para obter uma avaliação inicial rápida da situação.
 - O planeamento deve incluir o pré-posicionamento dos recursos/materiais da comunicação, incluindo mensagens essenciais, informação (e.g., fichas descritivas) e o conteúdo a discutir.
 - O planeamento deve incluir a criação de mecanismos para a monitorização e avaliação da eficácia das mensagens e ajustá-los conforme necessário.
 - O planeamento deve ser um processo inclusivo em que todos os grupos afectados são procurados, incorporados, auscultados e envolvidos, para que dele se possam apropriar. As comunidades potencialmente afectadas devem ser envolvidas na fase de planeamento.
-

Resultados da revisão sistemática (40)

Os estudos revistos demonstram a importância de combinar os conhecimentos científicos com os conhecimentos locais (experiência em primeira mão) das comunidades afectadas por um evento de saúde pública de emergência. Os esforços de planeamento estratégico devem ter em consideração o papel da cultura na preparação e resposta, com vista a contextualizar os esforços destinados a satisfazer as necessidades das diversas populações. Os esforços desenvolvidos em todas as fases do evento deverão envolver as partes interessadas locais, que desempenham um importante papel na comunicação das mensagens-chave e no transporte das populações dos conhecimentos para a acção.

A investigação tem sido centrada na resposta às catástrofes, ajudando a compreender os passos necessários para minimizar as situações de catástrofe. Contudo, os estudos da presente revisão encorajam esforços mais pró-ativos dedicados à preparação para as catástrofes. Isso é especialmente verdadeiro para as regiões e comunidades que possam não estar sensibilizadas para as ameaças e danos causados pelas catástrofes, porque a sua experiência anterior com situações de catástrofe poderá ter atenuado a sua percepção de risco. Por isso, uma maior informação não conduz automaticamente a uma mudança de comportamentos, sendo importante usar vários canais e meios de comunicação para chegar a essas populações. Isso implica passar das formas tradicionais da comunicação de massas para formas mais localizadas, incluindo, mas não só, o uso dos membros da comunidade e da família para divulgarem as mensagens-chave, programas de intervenção, campanhas de sensibilização de longo prazo e disponibilização da informação através dos centros comunitários, centros religiosos e outros canais usados para aceder à informação durante uma catástrofe.

Os achados da presente revisão estão em grande medida alinhados com as conclusões das revisões existentes e que são as seguintes.

- É necessário que as várias agências sanitárias, sistemas de emergência e outros serviços públicos colaborem entre si e criem redes de comunicação como preparação para os eventos.
- As estratégias de comunicação devem ter em consideração as comunidades, culturas e estilos de vida dos diferentes segmentos da população e também planejar a educação e preparação para as catástrofes em torno dessas estruturas sociais.
- A percepção dos riscos é o principal determinante da prevenção contra as catástrofes e de comportamentos de mitigação.
- A percepção dos riscos é, ela própria, determinada por vários factores, incluindo o conhecimento sobre as catástrofes, a confiança nas autoridades e as características demográficas.

Resultados da revisão da literatura cinzenta

De acordo com a literatura cinzenta, o planeamento da comunicação estratégica eficaz começa muito antes de uma crise e envolve certos passos: criar uma estratégia e quadro para comunicar com todas as partes interessadas; elaborar e verificar as mensagens básicas para os problemas que possam surgir durante uma crise; formar os agentes das comunicações; e desenvolver um sistema para uma revisão e aprovação rápidas das mensagens (22,28,41). As funções e as responsabilidades devem ser estabelecidas e claramente definidas (28), devendo criar-se e manter-se uma rede de parceiros da comunicação. Deve ser elaborado um plano para trabalhar com os média (42,43), assim como um conjunto de instrumentos de comunicação (29). Deve ser assegurado um financiamento adequado e rápido (44).

Um segundo achado foi que o processo de comunicação deverá iniciar-se rapidamente (38) e um primeiro passo essencial é fazer uma avaliação com os chefes e membros das comunidades, para identificar os canais de comunicação preferenciais, os obstáculos e os potenciais problemas, assim como as potenciais soluções (32,45). Um dos estudos referiu que se deve usar uma avaliação antropológica médica no início de uma resposta, para que as mensagens e intervenções possam ser coerentemente desenhadas (46). Essa avaliação deverá incluir a auscultação das queixas e ter em conta os costumes e as culturas de todos os grupos envolvidos (28,47).

Um exemplo desses passos foi apresentado pela abordagem de Gestão e Erradicação do Ébola Dirigido pelas Comunidades (CLEME) (48), que começou com uma avaliação da situação, mapeamento das comunidades e recolha de informação sobre os cuidados a dispensar aos doentes e aos mortos e por uma visita às comunidades. A comunidade tomou uma decisão sobre as intervenções conjuntas, adaptou-as a grupos específicos e implementou-as. Foi feita uma análise contextual, com *feedback*, e fizeram-se visitas de seguimento para ajustar as intervenções.

Outros elementos de um bom planeamento das comunicações eram: distinguir as mensagens baseadas em evidências das mensagens incertas (36); verificar que as lições aprendidas eram adoptadas e aplicadas (44); e formar capacidades locais para a comunicação (42).

C2: Instrumentos de monitorização e avaliação

Recomendação sobre investigação

É necessário fazer investigação para criar os melhores mecanismos e métodos para avaliar rapidamente as intervenções da ERC e incorporar os resultados da avaliação e as reacções das partes interessadas e das comunidades para fundamentar e melhorar as respostas atuais e futuras.

Fundamentos: O GDG concordou que é essencial a criação de um "circuito de retorno" eficaz que permita incorporar os resultados da avaliação na ERC, mas a revisão sistemática não encontrou evidências que comprovem a eficácia de nenhum dos actuais instrumentos de avaliação. O GDG, decidiu, portanto, recomendar que os instrumentos usados para criar circuitos de retorno, que estão actualmente a ser todos usados (ver lista abaixo sobre "Resultados"), mas não estão a ser sistematicamente estudados para encontrar evidências de eficácia, deve ser uma área prioritária da investigação sobre comunicação dos riscos. Embora todas as áreas de prática da comunicação dos riscos exijam mais investigação (ver a secção abaixo sobre "Falhas e prioridades da investigação"), isso foi considerado uma falha tão crucial que o GDG fez esta recomendação autónoma.



Resumo das evidências e considerações

Embora não se tivessem encontrado evidências indicando quais os instrumentos que funcionavam melhor, o Quadro 4 enumera os instrumentos usados para recolher e categorizar os dados da literatura por fase de resposta, o que pode ser tido em consideração para a investigação criar os melhores mecanismos para desenvolver um circuito de retorno.

Quadro 4.
Instrumentos de recolha de dados

Preparação (instrumentos para fins de exploração e envolvimento na elaboração das estratégias da ERC)	Resposta/recuperação (instrumentos para avaliar e monitorizar a eficácia das estratégias da ERC)
Grupos de discussão	Grupos de discussão
Entrevistas	Entrevistas
Inquéritos	Inquéritos
Abordagens participativas	Monitorização dos média/redes sociais Monitorização do website Estudos de casos

C3: Redes sociais

Recomendações

C3.1 As redes sociais podem ser usadas para envolver o público, facilitar a comunicação entre os pares, fornecer conhecimentos sobre a situação, monitorizar e dar resposta aos rumores, reacções públicas e preocupações durante uma emergência e para facilitar respostas a nível local.

Recomendação condicional

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: encontraram-se evidências de qualidade moderada indicando que as redes sociais envolvem o público e são um meio de: despertar interesse para as situações; monitorizar e responder aos rumores; abordar as preocupações e reacções do público; e facilitar a comunicação entre pares e as respostas a nível local. Contudo, o GDG, tendo feito a avaliação das necessidades em recursos, a viabilidade e os danos, tais como a má utilização, as preocupações e limitações culturais, decidiu que esta recomendação deve ser condicional, devido à natureza contextual do uso e aplicação das redes sociais. As redes sociais abrangem uma vasta gama de actividades e instrumentos, tais como o trabalho social em rede, a partilha de fotos e vídeos, transmissões em directo e produção de microblogues, cada um dos quais tem diferentes limitações, diferentes interesses em diferentes circunstâncias e diferentes níveis de acessibilidade.

C3.2 As redes sociais e os média tradicionais devem ser parte de uma estratégia integrada com outras formas de comunicação para conseguir a convergência de informação verificada e rigorosa.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: foram encontradas evidências de qualidade moderada indicando que a integração das redes sociais com as intervenções dos média tradicionais oferece o benefício da convergência da informação e confiança nessa informação. As implicações sobre os recursos são mínimas e não foram identificados danos significativos nem preocupações de viabilidade. Assim, o GDG concordou que esta deve ser uma recomendação firme.

Considerações sobre a implementação (aplica-se à implementação de ambas as recomendações acima mencionadas): as agências governamentais e os parceiros da implementação terão de formar, empregar e pagar a técnicos dedicados das redes sociais, para estabelecer relações com as partes interessadas e usar as redes sociais sistematicamente para conquistar confiança e credibilidade antes, durante e depois das emergências.

Resultados da revisão sistemática (49)

A maioria dos estudos realizou-se na Austrália, Japão, República Popular da China e EUA, assim como na Europa. Os eventos mais estudados foram os sismos, os tufões, as doenças infecciosas e as cheias. A maior parte dos estudos sobre as redes sociais na comunicação dos riscos centra-se em publicações colocadas por agências públicas e governamentais no Twitter, Sina Weibo (o equivalente chinês do Twitter) e no Facebook. Há uma minoria de estudos que se centram em *sites* de outras redes sociais, tais como o Flickr, SMS, blogues, YouTube e aplicações de mapeamento. As fases mais frequentemente analisadas são a fase de contenção ou a fase de contenção em combinação com as fases de preparação e de início e/ou recuperação. A maior parte dos estudos incide sobre a população em geral ou em responsáveis por agências sanitárias; apenas uma pequena maioria revelou uma amostragem demográfica centrada em grupos vulneráveis.

A revisão verificou que as redes sociais, especialmente o Twitter e o Facebook, podem ser usadas para divulgar informação verdadeira e verificar a informação para descartar rumores e informação deturpada durante as crises de saúde pública. Isso é especialmente importante para redes sociais alternativas que não sejam imediatamente controláveis pelos governos nos países em que as pessoas são descrentes das mensagens e campanhas governamentais oficiais e recorrem aos pares *online* para encontrar mais informação.

Os estudos demonstram que os utilizadores das plataformas das redes sociais, especialmente o Twitter e o Facebook, verificam a grande maioria das mensagens através da auto-regulação. As agências usam activamente mensagens que desfazem os mitos, para dissipar os rumores e divulgar informação verdadeira. Embora a monitorização e a correção por pares mantenham, em grande parte, o

Resumo das evidências e considerações

rigor das mensagens transmitidas pelas redes sociais, verificou-se que as agências governamentais e os parceiros da implementação precisavam de formar, empregar e pagar a técnicos dedicados das redes sociais, para estabelecer relações com as comunidades de risco e as partes interessadas, usar as redes sociais sistematicamente para conquistar confiança e credibilidade e dissipar os rumores e a falsa informação logo que estes surgem.

Verificou-se que o uso de *hashtags* é útil para desfazer os mitos. Isso foi apresentado numa série de estudos feitos na Austrália durante uma cheia em que a informação fornecida pela polícia local nas redes sociais foi elogiada por ter desfeito rapidamente os mitos e pela fiabilidade na prestação de informação coerente, rigorosa e rápida. Concluiu-se que as agências governamentais devem usar *hashtags* que se tenham desenvolvido “organicamente” nas redes sociais, que já sejam usadas pela maioria das pessoas e tenham grande circulação, em vez de se criar e insistir noutras que usam as suas próprias *hashtags* expressamente registadas para um evento.

Resultados da revisão da literatura cinzenta

Um dos estudos revelou que 87% dos médicos no Brasil usam o WhatsApp para comunicar com os doentes e que o uso dos telemóveis tinha superado a televisão como a principal forma de consumo dos média (50). Na África Ocidental, as aplicações de comunicação, especialmente o WhatsApp, foram consideradas melhores do que os serviços de mensagens curtas ou SMS, porque eram mais baratas. O WhatsApp revelou-se igualmente útil para detectar os rumores (36). Outros novos instrumentos de média incluem o RapidPro e os sistemas SMS (51). Verificou-se que as redes sociais estão ser cada vez mais usadas para monitorizar o que as pessoas pensam das questões de saúde pública (27).

Os SMS ou mensagens de texto foram usadas com êxito para acompanhar e combater os rumores e para comunicar com as pessoas que se encontravam em zonas sob quarentena durante o surto da doença do vírus Ébola na África Ocidental (38,39,43). Um esforço de colaboração entre a BBC (British Broadcasting Corporation) e a aplicação WhatsApp permitiu que a transmissão de mensagens da OMS, da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e dos CDC (Centros de Controlo e Prevenção das Doenças) nos EUA, fosse canalizada directamente para 20 000 subscritores, a maioria dos quais na África Ocidental. Na Serra Leoa, a versão local deste canal tinha 15 000 subscritores no final do surto (44). As mensagens de texto foram também usadas para a monitorização em tempo real (34). A Nigéria usou os telemóveis para divulgar as mensagens sobre o Ébola (52) e o governo da Serra Leoa escolheu o WhatsApp como um dos canais oficiais de resposta. As redes sociais permitiram à diáspora da Serra Leoa desempenhar um papel importante na mobilização social, apesar de viver no estrangeiro, usando o Skype, Facebook, WhatsApp e telemóveis inteligentes para partilhar informação sobre o surto. Os membros da diáspora que tinham profissões na área da saúde usaram as redes sociais para mobilizar os seus contactos profissionais, empresariais e políticos e as suas famílias (53).

C4: Elaboração de mensagens

Recomendação

C.4.1 O risco não deve ser explicado em termos técnicos, pois isso não ajuda a promover comportamentos de mitigação dos riscos.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: O GDG concluiu que havia evidências de danos, quando a linguagem técnica confundia ou impedia as pessoas de adoptarem medidas e comportamentos de protecção. Foi unânime a convicção de que evitar o uso de linguagem técnica contribuiria para a mitigação dos riscos e que isso era possível e não tinha grandes implicações sobre os recursos.

C.4.2 As mensagens consistentes devem ser oriundas de diferentes fontes de informação e ser transmitidas logo no início de uma emergência.

Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: Esta análise e outras sobre confiança e incertezas fornecem evidências de que o uso de mensagens consistentes através de diferentes fontes de informação numa situação de emergência aumenta a probabilidade de que as mensagens serão credíveis e respeitadas. O GDG concordou que esta é uma importante prática de elaboração de mensagens. Realçaram igualmente os potenciais danos da transmissão tardia das mensagens, o que permite a propagação dos rumores e a aceitação destes como verdades estabelecidas.

C.4.3 As mensagens devem promover medidas específicas que as pessoas possam tomar realisticamente para protegerem a sua saúde.

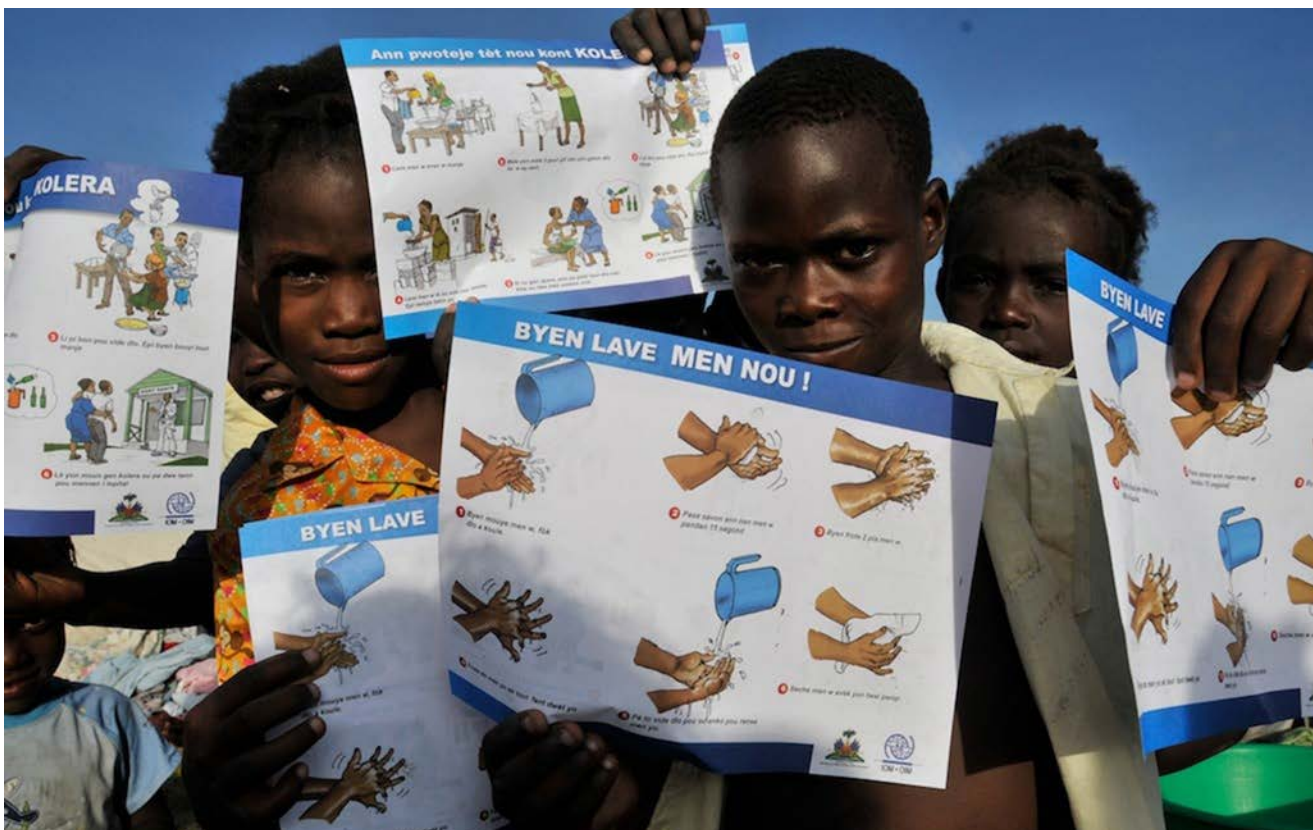
Recomendação firme

Evidências de qualidade moderada

Fundamentos: O benefício de medidas específicas, cultural e contextualmente apropriadas, que as pessoas possam tomar para se protegerem durante uma emergência, foi realçado nesta análise das evidências e noutras análises sobre a confiança. Os danos causados por mensagens vagas ou muito gerais, que têm pouco significado e confundem as pessoas, foram notados pelo GDG. A equidade – apresentando acções realistas aos grupos vulneráveis, tais como as pessoas com incapacidades – foi um importante elemento de decisão para fazer desta uma recomendação firme.

Observações

Considerações acerca da implementação de todas as recomendações para a elaboração de mensagens: (i) as mensagens devem ter origem e ser adaptadas aos contextos culturais, usando testes prévios com públicos-alvo; (ii) as mensagens devem ser revistas e reformuladas periodicamente, à medida que a emergência evolui.



Resultados da revisão sistemática (54)

Os resultados da revisão dos 34 estudos em língua inglesa e dos 33 estudos em outras línguas das Nações Unidas são os seguintes:

- As autoridades de saúde pública surgem como a fonte mais credível da informação sobre os riscos. Conforme a cultura e, em alguns outros casos, as autoridades governamentais e as fontes de informação não locais têm, de modo geral, menos credibilidade.
- Embora os *mass media* tradicionais, em particular a rádio e a televisão, sejam reconhecidos como os meios que exercem maior impacto, as redes de comunicação interpessoal tornam-se importantes quando os eventos causam falhas ou perdas de energia eléctrica.
- As mensagens devem ser oriundas de diferentes fontes de informação e ser divulgadas logo no início do surto; as mensagens divulgadas tardiamente permitem que os rumores se espalhem.
- As mensagens devem ser comunicadas em linguagem não técnica.
- As mensagens de um determinado conjunto de fontes deverão ser integradas em mensagens de outras fontes, quer tenham origem nos *mass media*, quer na família ou nos amigos. Em virtude dessa integração das mensagens a nível individual, elas devem ser elaboradas da base para o topo, para que se possa considerar a cultura e as políticas.
- A consideração da compreensão da cultura local permitirá que as mensagens recomendem comportamentos específicos de protecção da saúde que sejam apropriados a essa cultura.
- É importante notar que as pessoas e, por vezes, as comunidades dispensarão muitos tipos de mensagens por uma série de razões, que algumas vezes são partilhadas mas não são fáceis de generalizar.
- Por exemplo, pedir a evacuação das pessoas ou que estas obedeçam às restrições de quarentena é difícil em todas as culturas e sistemas políticos, mas as razões subjacentes a essa dificuldade variam consideravelmente.

Resultados da revisão da literatura cinzenta

A revisão da literatura cinzenta revelou que é essencial saber como as pessoas obtêm a sua informação sobre saúde (55). Sem isso, mesmo as mensagens mais bem elaboradas podem ser desperdiçadas, se forem colocadas em locais onde não sejam notadas. O grupo-alvo deve avaliar esse facto, uma vez que o consumo dos média varia consideravelmente.

A credibilidade e a confiança nas fontes afecta a adopção de mudanças de comportamentos. Vários estudos mostram que a invocação de fontes credíveis (28,43,56), ou a confiança nas opiniões de líderes comunitários, familiares ou amigos pode influenciar a mudança de comportamentos (13). O uso de mensagens que informam sobre o número e a história de sobreviventes também encorajam a adoção desses comportamentos (50). Um dos relatórios aponta que, se forem usados peritos, deve também ser feita referência à sua credibilidade (43).

7.1 Prioridades e lacunas na investigação

Quadro 5.
Prioridades e lacunas na investigação

Domínio	Lacunas identificadas
A1: Confiança	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura insuficiente dos PBR • Falta de um estudo abrangente das várias componentes da confiança, juntamente com conceitos que se sobrepõem consideravelmente à confiança mas que se podem comportar de modo algo diferente, tais como a credibilidade • Ausência de estudos longitudinais • Investigação insuficiente sobre o modo como os <i>mass media</i> e as redes pessoais interagem durante os eventos
A2: Comunicação das incertezas	<ul style="list-style-type: none"> • É necessário investigar o impacto dos meios digitais e das fracturas no panorama informativo sobre o modo como as populações avaliam e confiam naquilo que veem, ouvem e leem • Falta de um exame abrangente das várias conceptualizações e componentes da incerteza • Escassez de estudos que examinem a concepção das mensagens e possam aumentar a compreensão da informação sobre as incertezas • Insuficiente investigação comparativa nos países, especialmente nos países de baixos e altos rendimentos • Insuficiente atenção dada às populações mais vulneráveis, que, muitas vezes, têm menos acesso aos recursos informativos e menos exposição à informação oficial • Ausência de estudos longitudinais
A3: Participação das comunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de estudos sobre as formas mais eficazes de envolver as comunidades nas actividades de planeamento e nas actividades destinadas à adopção de medidas de preparação e resposta; isso aplica-se a actividades realizadas antes, durante e depois da ocorrência de catástrofes ou emergências aos diferentes níveis da comunidade, às comunidades em geral, sectores comunitários e indivíduos/famílias das comunidades. • A ausência de distinção entre a participação durante a preparação e a resposta na literatura revela lacunas que requerem uma atenção especial; embora as catástrofes/emergências ocorram sempre localmente, existe a possibilidade de as actividades envolverem as comunidades ao nível estadual, regional, nacional e internacional • Nenhum estudo examinou o modo como as comunidades (nas suas várias definições) podem desempenhar um papel nas actividades realizadas a um nível mais distante
B1: Governança e liderança	<ul style="list-style-type: none"> • Investigação necessária em contextos de baixos e médios rendimentos • Investigação que avalie o efeito de uma intervenção/actividade e não se limite a afirmar que é necessária
B2: Sistemas de informação e coordenação	<ul style="list-style-type: none"> • Investigação necessária em contextos de baixos e médios rendimentos • Investigação que avalie o efeito de uma intervenção/actividade e não se limite a afirmar que é necessária
B3: Formação de capacidades	<ul style="list-style-type: none"> • As evidências existentes sobre a melhor forma de elaborar e manter as capacidades do pessoal de ERC são escassas e é difícil evitar concluir que tem havido falta de interesse em determinar os factores que contribuem para a eficácia da formação
B4: Finanças	<ul style="list-style-type: none"> • Uma pesquisa intensiva de evidências não encontrou discussão sobre políticas, mecanismos ou considerações sobre a importância de um orçamento definido e sustentado para a comunicação dos riscos • Há urgente necessidade de uma investigação/análise de meios eficazes para se estabelecer financiamento sustentado para a ERC

Domínio	Lacunas identificadas
C1: Planeamento	<ul style="list-style-type: none"> Geografia: os estudos incidem esmagadoramente sobre as populações dos EUA, com alguns estudos na África e na Austrália, em alguns países asiáticos, tais como a China e o Japão, e na Europa de Leste; aproximadamente, metade dos estudos centram-se na fase inicial e pouco mais de metade na fase de avaliação Tipo de emergência: os tipos de eventos/catástrofes no domínio da saúde pública estudados com mais frequência foram: os sismos e os maremotos; os fenómenos meteorológicos, como as tempestades e as cheias; e as doenças infecciosas emergentes. A maior parte deles baseia-se em dados de amostras de pequeno tamanho, o que torna improvável que os investigadores tenham recolhido amostras completamente representativas das populações afectadas Fase: poucos estudos se debruçaram sobre estratégias específicas que tenham estabelecido uma relação clara entre o aumento da informação durante a fase de planeamento/preparação e a mudança de acções durante as fases de início, contenção e recuperação
C2: Monitorização e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> A revisão sistemática e da literatura cinzenta não encontrou evidências que indicassem se algum dos actuais instrumentos de avaliação efectivamente conseguia um círculo de <i>feedback</i> capaz de informar melhor a actual e futura resposta da comunicação dos riscos O GDG fez a recomendação de que a investigação fosse realizada em círculos de <i>feedback</i> eficazes, incluindo o momento da avaliação, quando e como ela deve ser feita, o problema que impediu que ela fosse feita, a necessidade de compreender que instrumentos permitem uma avaliação rápida e as capacidades necessárias para uma avaliação rápida
C3: Redes sociais	<ul style="list-style-type: none"> Poucos estudos focam o uso das redes sociais durante as fases de recuperação e preparação. Geograficamente, a África, a América Central e do Sul, a Ásia Central, o Sudeste Asiático e o subcontinente indiano, assim como a Europa de Leste, continuaram a ser muito pouco estudadas Quando as redes sociais eram estudadas, a demografia dos utilizadores das redes sociais raramente era analisada para além da sua localização geográfica, quer estejam dentro ou fora da zona da catástrofe, e da frequência e conteúdo das suas publicações A demografia socioeconómica não é recolhida nem analisada para explorar melhor as implicações de usar as redes sociais para chegar às populações mais vulneráveis Outras áreas pouco estudadas foram as de saber quem é alcançado através das campanhas das redes sociais e quem tem necessidade de ser alcançado por outros meios; o impacto das redes sociais como uma das partes da estratégia de comunicação multimodal continua também a ser relativamente pouco estudada Os estudos apontam para uma sobrecarga e uma confusão da informação que pode ser causada pela utilização das redes sociais durante os eventos/catástrofes; contudo, continuam a ser mal compreendidas as formas pelas quais as pessoas podem usar correctamente as redes sociais e podem equilibrar a busca de informação <i>online</i> com fontes <i>offline</i>
C4: Mensagens	<ul style="list-style-type: none"> Não existem dados sobre o impacto da transmissão de mensagens no início dos riscos durante os primeiros dias – o início precoce do risco de uma emergência – nem existe investigação sobre o modo de promover a preparação individual para doenças infecciosas em situações de emergência A vulnerabilidade é normalmente definida por localização geográfica, idade, género e incapacidades físicas; a nova investigação deveria analisar a vulnerabilidade através de aspectos psicossociais ou socioeconómicos Não existem estudos empíricos sobre o modo como a informação sobre os riscos deve ser alterada no decurso de um evento (ligados à recomendação de investigação sobre avaliação) Criar “novas normas”, e.g., lavar as mãos, pode ser mais útil do que simplesmente fornecer informação, a qual tem de ser estudada e avaliada

7.2

Composição dos grupos de elaboração das diretrizes

Grupo Diretivo Interno (ISG)

Criado em 2014, o ISG é constituído por funcionários envolvidos na preparação e resposta às emergências e nas comunicações. Em Outubro de 2014, realizou-se um debate informal inicial, ao qual se seguiu uma reunião formal, em Março de 2015. O ISG supervisionou a definição do âmbito das diretrizes, a seleção dos membros do GDG, gestão das revisões sistemáticas e a produção final das diretrizes. A lista completa dos membros do ISG é apresentada no Anexo 1, Quadro 6.

7.3

Grupo de elaboração das diretrizes

O secretariado consultou os principais parceiros, partes interessadas e o ISG para identificar pessoas com os conhecimentos adequados em áreas de trabalho como as emergências, pandemias e epidemias, gestão dos riscos de catástrofes, comunicações e outras matérias relevantes, tais como a antropologia, sociologia e sistemas de saúde. Essa seleção foi também orientada pela necessidade de encontrar um equilíbrio de género e regional. O Anexo 1, Quadro 7 fornece a lista completa dos membros da GDG, sua afiliação, especialidades e interesses declarados.



Presidentes do GDG

Marsha Vanderford, que na altura era Diretora Associada para as Comunicações dos Centros de Controlo e Prevenção das Doenças, Centro da Saúde Mundial, de Atlanta, na Geórgia, EUA, foi a primeira presidente do GDG, tendo dirigido a primeira reunião para definição do âmbito e a fase de formulação das perguntas e pesquisa de evidências. No entanto, em Janeiro de 2016, a Dr.^a Vanderford passou a ser funcionária da OMS, deixando de ser elegível para dirigir o GDG, e foi substituída por dois presidentes: Amrita Gill Bailey, dos Programas de Comunicação Estratégica, da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, Maryland, EUA, e Peter Banga, da Escola Politécnica de Jornalismo e Estudos de Comunicação Social, de Bulawayo, Zimbabwe. A Sr.^a Bailey e o Sr. Banga presidiram conjuntamente à reunião de elaboração das diretrizes, que se realizou em Genebra, de 16 a 17 de Fevereiro de 2017, durante a qual o GDG usou as evidências recolhidas para fazer recomendações.

Grupo de Estudo Externo (ERG)

O ERG era constituído por peritos em comunicação dos riscos e agentes com experiência em emergências, interesse académico nas estratégias e experiência na análise da comunicação dos riscos, trabalhando em regiões do mundo propensas a surtos e emergências. O seu papel foi rever a clareza do projeto das diretrizes, comentar a utilidade e a capacidade de aplicação das recomendações e identificar questões contextuais, implicações na implementação, questões para os utilizadores finais e outras áreas ou questões consideradas importantes (Anexo 1, Quadro 8 apresenta a lista dos membros do ERG, respectiva afiliação e conflitos de interesses, se existirem).

Gestão dos conflitos de interesses

Todos os peritos que participam na elaboração destas diretrizes – membros do GDG, membros do ERG, revisores sistemáticos, metodologistas e outros consultores – tiveram de preencher um formulário de declaração de interesses (DI), informando sobre qualquer interesse relevante para o assunto em discussão, antes da sua participação.

O secretariado também realizou uma pesquisa *online* das actividades e publicações de potenciais membros do GDG e membros do ERG, para determinar se eles tinham interesses concorrentes que impedissem a sua participação na elaboração das diretrizes. Pediu-se também aos membros do GDG que apresentassem curtas biografias, que foram divulgadas publicamente para serem comentadas, antes da confirmação da sua aceitação como membros.

O secretariado analisou e avaliou todos os interesses declarados antes de cada reunião, para determinar se havia participantes com interesses concorrentes que pudessem impedir ou limitar a sua participação no processo. Todos os interesses declarados que pudessem ser considerados interesses concorrentes foram enviados para avaliação ao Escritório da OMS para a Conformidade, Gestão dos Riscos e Ética. Antes de cada reunião do GDG, pediu-se aos participantes que atualizassem os seus formulários de declaração de interesses. Estes foram sintetizados e apresentados a todo o grupo, para que este tomasse conhecimento de quaisquer interesses concorrentes que pudessem existir.

Durante cada reunião do GDG, foi apresentada uma explicação clara sobre o que era considerado ou definido como conflito de interesses (CI). Esses conflitos incluíam qualquer interesse (por exemplo, académico) que pudesse com razoabilidade ser entendido como afectando a objectividade e independência de um indivíduo enquanto trabalhasse para a OMS. Perguntou-se a todos os membros do GDG presentes se tinham algum interesse concorrente a declarar ao grupo, para além daquilo que tinha sido declarado nos formulários de DI.

Como acima se referiu, todos os indivíduos convidados a participar de forma substantiva na elaboração das diretrizes (incluindo a preparação de revisões sistemáticas e perfis de evidências, ou que contribuíram para a formulação das recomendações e redação das diretrizes) também preencheram os formulários de DI, que foram analisados pelo secretariado, antes da confirmação da sua aceitação. Nenhum dos membros do GDG ou do ERG, revisores sistemáticos, metodologistas e consultores que constituíam o painel das diretrizes foi considerado como tendo interesses concorrentes que impedissem ou limitassem a sua participação (ver as declarações de interesses no Anexo 1).



8.

Planos para divulgar e avaliar o impacto destas recomendações

Uma apresentação, indicação dos destinatários, publicidade e divulgação eficazes destas diretrizes são essenciais para chegar ao público-alvo – os decisores e agentes responsáveis pela comunicação dos riscos antes, durante e depois de uma emergência sanitária. Uma parte importante da estratégia de divulgação é desenvolver instrumentos que constituam guias passo-a-passo, manuais práticos, listas de verificação e cursos de formação *online*, para facilitar a implementação do conjunto das recomendações.

Apresentação

As diretrizes serão traduzidas para todas as línguas oficiais das Nações Unidas (árabe, chinês, francês, russo e espanhol), assim como para português. Serão igualmente traduzidas para as línguas locais utilizadas nos países que estejam afectados ou em alto risco de surtos de doenças e epidemias.

Publicidade e divulgação

As diretrizes serão publicitadas através dos seguintes canais:

- Síntese da política (usando um pacote de informação) a todos os Estados-Membros e às Representações da OMS, através da Unidade da OMS para as Parcerias e Cooperação entre Países.
- Via email para todos os parceiros operacionais do sistema das Nações Unidas, ONG internacionais, parceiros do financiamento, etc.
- Escolas de jornalismo e redes de rádio nacionais, locais e comunitárias através da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura).
- Síntese informativa dos pontos focais dos Estados-Membros, parceiros, investigadores e académicos na plataforma OpenWHO, incluindo agências e peritos que actualmente fazem parte das redes de intervenções da OMS no domínio da comunicação dos riscos e das ciências sociais.
- Publicação no *website* da OMS e divulgação dos *links* relevantes a: todos os indivíduos e parceiros envolvidos na elaboração das diretrizes; todas as pessoas que trabalham em programas de emergências e comunicação dos riscos dentro da OMS, através de listas de distribuição; parceiros que trabalham na comunicação dos riscos/envolvimento das comunidades através da rede de coordenação da comunicação dos riscos; rede da OMS para a formação de jornalistas; rede de comunicação de emergências da OMS (ECN); lista de média da OMS.
- Cópias impressas disponibilizadas, a pedido, na Sede da OMS e nos Escritórios Regionais, assim como às pessoas e aos parceiros envolvidos na elaboração das diretrizes.
- Conferências, painéis e encontros académicos frequentados por revisores sistemáticos, membros do GDG e o secretariado, para discutir e promover os resultados e as recomendações das diretrizes, a partir de Maio de 2017.
- Manuais, cursos de formação e procedimentos operacionais padrão que serão desenvolvidos para implementar as recomendações das diretrizes, em consulta com os parceiros e os utilizadores finais.

8.1

Monitorização e avaliação

Monitorização do uso das diretrizes

O uso das diretrizes será monitorizado, principalmente, de cinco formas.

- *Feedback* directo dos utilizadores durante o seu envolvimento nos métodos de publicitação e divulgação acima descritos.
- Inquérito *online* aos utilizadores, nomeadamente às principais partes interessadas mundiais, regionais e algumas nacionais, aos seis e doze meses depois do lançamento.
- Avaliação das referências feitas às diretrizes em publicações e documentos relevantes, estratégias de resposta às emergências e planos de ação.
- *Feedback* dos utilizadores dos cursos da OpenWHO.
- *Feedback* durante as Avaliações Externas Conjuntas (AEC) regularmente conduzidas para avaliar as capacidades essenciais do Estados-Membros em matéria de gestão das emergências de saúde pública, incluindo a comunicação dos riscos. No instrumento de avaliação da AEC será integrada uma pergunta sobre o conhecimento do uso e utilidade das diretrizes.

8.2

Revisão por data

A ERC é uma área em rápida evolução. Muitas das revisões sistemáticas identificaram lacunas na investigação (acima descritas e resumidas no Quadro 5), que sugerem que poderão surgir evidências de melhores abordagens e melhores práticas. A revisão e a actualização destas recomendações devem, por isso, ser realizadas cinco anos após a sua publicação (2022). Se as novas evidências sugerirem que é preciso mudar alguma das práticas recomendadas nesse intervalo, as diretrizes serão actualizadas em consonância.

Referências

1. Regulamento Sanitário Internacional (2005), Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2005.
2. Allen C, Arbuthnott K, Bhaumik S, Bosch-Capblanch X, Bradley D, Clarke M, et al. Report of the World Health Organization flash literature review: Guidance on emergency risk communication. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/systematic-reviews/en/>, acessado em 27 de Julho de 2017).
3. IHR (2005) monitoring and evaluation framework: joint evaluation tool. Geneva: World Health Organization; 2005 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204368/1/9789241510172_eng.pdf?ua=1, acessado em 24 de Maio de 2017).
4. Ebola: ending the current outbreak, strengthening global preparedness and ensuring WHO's capacity to prepare for and respond to future large-scale outbreaks and emergencies with health consequences. WHO Executive Board, Special session on Ebola, Agenda item 3. Geneva: World Health Organization; 25 January 2015 (EBSS3.R1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3/EBSS3_R1-en.pdf).
5. Communication for behavioural impact (COMBI) – a toolkit for behavioural and social communication in outbreak response. Geneva: World Health Organization; 2012 (WHO/HSE/GCR/2012.13; (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75170/1/WHO_HSE_GCR_2012.13_eng.pdf?ua=1, acessado em 27 de Julho de 2017).
6. Effective media communication during public health emergencies – a WHO handbook. Geneva: World Health Organization; July 2005 (WHO/CDS/2005.31; <http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO%20MEDIA%20HANDBOOK.pdf?ua=1>, acessado em 27 de Julho de 2017).
7. Effective media communication during public health emergencies – a WHO field guide. Geneva: World Health Organization; July 2005 (WHO/CDS/2005.31a; <http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO%20MEDIA%20FIELD%20GUIDE.pdf?ua=1>, acessado em 27 de Julho de 2017).
8. Outbreak communication – best practices for communicating with the public during an outbreak. Report of the WHO Expert Consultation on Outbreak Communications held in Singapore, 21–23 September 2004. Geneva: World Health Organization; 2005 (WHO/CDS/2005.32; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69138/1/WHO_CDS_2005.32.pdf; acessado em 27 de Julho de 2017).
9. WHO outbreak communication guidelines. Geneva: World Health Organization; 2005 (WHO/CDS/2005.28; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69369/1/WHO_CDS_2005_28_eng.pdf?ua=1&ua=1, acessado em 27 de Julho de 2017).
10. World Health Organization Outbreak communication planning guide, 2008 edition. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44014/1/9789241597449_eng.pdf?ua=1&ua=1, acessado em 27 de Julho de 2017).
11. GRADE (2011–2015). Key DECIDE tools [website]; <http://www.decide-collaboration.eu/>.
12. Sopory P, Wilkins L, Day A, Novak J, Eckbert KS, Wilkins LL et al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q5: What are the best and most generalizable emergency risk communication activities that build trust in health authorities as a source of health protection information among affected communities and other stakeholders? Detroit, MI: Wayne State University; 2017 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Report.pdf?ua=1>, acessado em 22 de Agosto de 2017).
13. Davis T, Srinivasan A. Ebola barrier analysis compendium: summary of barrier analysis studies on Ebola-related behaviors. Curamericas Global; 2016 (http://www.fsnnetwork.org/sites/default/files/BA_Ebola_Compndium.pdf, acessado em 17 de Julho de 2017).
14. Denney L, Mallett R, Jalloh R. Research livelihoods and services affected by conflict. After Ebola: why and how capacity support to Sierra Leone's health sector needs to change. London: Secure Livelihoods Research Consortium (SLRC). Overseas Development Institute; 2015 (http://www.securelivelihoods.org/resources_download.aspx?resourceid=362&documentid=457; acessado em 27 de Julho de 2017).
15. Mallett R, Denney L. After Ebola: towards a smarter model of capacity building. London; Secure Livelihoods Research Consortium (SLRC), Overseas Development Institute; 2015 (http://www.securelivelihoods.org/resources_download.aspx?resourceid=363&documentid=481).
16. Sopory P, Day A, Novak J, Eckert KS, Wilkins LL, Padgett D et al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q11: What are the best ways to communicate uncertainties to public

- audiences, at-risk communities, and stakeholders? Detroit, MI: Wayne State University; 2017 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Q11-Final-Report.pdf?ua=1>, acessado em 22 de Agosto de 2017).
17. McKay J. Ebola response provides key lessons for risk communications: the CDC fumbled initial communications about Ebola transmission but recovered. What about next time? [Website]. Emergency Management; 2015 (<http://www.emergencymgmt.com/health/Ebola-Response-Provides-Lessons-Risk-Communications.html>).
 18. Novak J, Day A, Sopory S, Wilkins LL, Padgett D, Eckert KS et. al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q9: What are the best ways to engage communities in emergency risk communication activities to respond to events/contexts? Detroit, MI: Wayne State University; 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Q9-Final-Report.pdf?ua=1>, acessado em 22 de Agosto de 2017).
 19. Toppenberg-Pejcic D, Noyes J, Allen T, Alexander N, Vanderford M, Gamhewage G et al. Executive summary: rapid grey literature evidence review to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Final-Report-Executive-Summary-Rapid-Grey-Lit-Review.pdf?ua=1>, acessado em 22 de Agosto de 2017).
 20. Savoia E, Lin L, Short S, Jha A, Argentini, Klein N et. al. Evidence syntheses to support the WHO Guidelines on Emergency Risk Communication. Harvard T.H. Chan School of Public Health, USA; 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Harvard-WHO-report-q1.pdf?ua=1>, acessado em 22 de Agosto de 2017).
 21. Protecting humanity from future health crises. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises. Global health and foreign policy. In: Seventieth session of the United Nations General Assembly, 9 February 2016. New York, NY: United Nations; 2016 (A/70/723) (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/723, acessado em 27 de Julho de 2017).
 22. U.S. Department of Health and Human Services Ebola response improvement plan 2016. Based on lessons learned from the 2014–2016 Ebola epidemic. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response; 2016 (<https://www.phe.gov/Preparedness/responders/ebola/Documents/EbolalP.pdf>, acessado em 27 de Julho de 2017).
 23. Gresham L, Ramlawi A, Briski J, Richardson M, Taylor T. Trust cross borders: responding to 2009 H1N1 influenza in the Middle East. *Biosecur Bioterror*. 2009;7:399–404.
 24. Cole JM, Murphy BL. Rural hazard risk communication and public education: strategic and tactical best practices. *IJDRR*. 2014;10:292–304.
 25. Shepherd J, van Vuuren K. The Brisbane flood: CALD gatekeeper's risk communication role. *Disaster Prevention and Management*, 2014;23:469–483.
 26. Chang N. Operations of the emergency information management system in Taiwan. *Fudan Public Admin Rev*. 2013;2:147–168.
 27. Savoia E, Viswanath K. How to evaluate emergency risk communications activities. "How to" guide (draft outline March 15th 2015). Boston, MA: Harvard T.H. Chan School of Public Health; 2015 (<http://www.who.int/risk-communication/training/D12-risk-comm-outline.pdf?ua=1>, acessado em 22 de Agosto de 2017).
 28. Schoch-Spana M, Kwik Gronvall G, Brunson E, Kirk Sell T, Ravi S et al. How to steward medical countermeasures and public trust in an emergency – a communication casebook for FDA and its public health partners. Baltimore, MA: Center for Health Security; 2016 (http://www.upmchealthsecurity.org/our-work/pubs_archive/pubs-pdfs/2016/MCMCommCasebookJune102016.pdf, acessado em 27 de Julho de 2017).
 29. Community engagement and case analysis methods for developing post-incident risk communication strategies for intentional biological environmental contamination incidents. Final report. Washington, DC: United States Environmental Protection Agency (EPA); 2015 (https://cfpub.epa.gov/si/si_public_file_download.cfm?p_download_id=528739; acessado em 27 de Julho de 2017).
 30. Sellnow T, Miller AN, Neuberger L, Todd A, Freihaut R. Evidence synthesis to support the WHO Guidelines on Emergency Risk Communication. Q3: How best to develop and sustain emergency risk communication staff capacity for preparedness and response. Orlando, FL: University of Central Florida: Nicholson School of Communications; 2017.
 31. William J, Nocera M, Casteel C. The effectiveness of disaster training for healthcare workers: a systematic review. *Ann Emerg Med*. 2008;52:211–204.
 32. De Roeck D. Guidance note on the use of oral cholera vaccines. Los Angeles, CA, and New York, NY: International Medical Corps (IMC) and International Rescue Committee (IRC); 2016 (<http://www.plateformecholera.info/attachments/article/286/Guidance%20Note%20on%20the%20Use%20of%20Oral%20Cholera%20Vaccines%20-%20FULL%2042616.pdf>, acessado em 27 de Julho de 2017).

33. Gautier L. Analysis of the community-led infection prevention strategy adopted in the context of preparing the response to the Ebola virus disease. New York, NY: International Rescue Committee; 2016.
34. Francia M. Social mobilizers empower 'hotspot' communities to fight Ebola in Sierra Leone. New York, NY: United Nations Children's Fund (UNICEF); 2015 (https://www.unicef.org/infobycountry/sierraleone_78953.html, acessado em 27 de Julho de 2017).
35. Toppenberg-Pejcic D. Evidence to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Search summary. Question 4: How to ensure sufficient and sustainable financing for emergency risk communication? Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Report-finance-review.pdf?ua=1>, acessado em 22 de Agosto de 2017).
36. Wilkinson S. Using media and communication to respond to public health emergencies: lessons learned from Ebola. Practice Briefing 01. London: BBC Media Action; 2016 (<http://downloads.bbc.co.uk/mediaaction/pdf/practicebriefings/ebola-lessons-learned.pdf>, acessado em 27 de Julho de 2017).
37. Sierra Leone YMCA Ebola outbreak emergency response evaluation report: YMCA. London: Y Care International; 2016 (<http://1c8puy1lyrov7ssf1oz3o22.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2016/03/SLYMCA-Ebola-Emergency-Response-Evaluation-Report.pdf>, acessado em 27 de Julho de 2017).
38. Ebola outbreak, Liberia: communication: challenges and good practices 2015. Geneva: Assessment Capacities Project (ACAPS); 2015 (https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/u_liberia_communication_challenges_and_good_practices_dec_2015-ilovepdf-compressed_ul.pdf, acessado em 27 de Julho de 2017).
39. Ebola outbreak, Sierra Leone: communication: challenges and good practices 2015. London: Assessment Capacities Project (ACAPS); 2015. Available from: https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/v_sierra_leone_communication_challenges_and_good_practice_dec_2015_2-ilovepdf-compressed_ul.pdf, acessado em 27 de Julho de 2017.
40. Padgett D, Sopory P, Nickell J, Day A, Wilkins LL, Eckert KS et al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q7: What are the elements and steps of effective, strategic communication planning? Detroit, MI: Wayne State University; 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Q7-Final-Report.pdf?ua=1>, acessado em 22 de Agosto de 2017)..
41. Fielding J, Allen T, Chu B, Galdo J, Gayle H. Report of the Independent Panel on the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) Ebola Response. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response (ASPR); 2016 (<https://www.phe.gov/Preparedness/responders/ebola/EbolaResponseReport/Documents/ebola-panel.pdf>, acessado em 27 de Julho de 2017).
42. WHO Emergency Reform Workshop report: emergency risk communication. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/who-er-consultation-24-25-nov-2015.pdf?ua=1, acessado em 27 de Julho de 2017).
43. Turner MM, Shaikh H, Rimal R. Ebola risk communication project in Liberia: lessons in crisis communication. Washington, DC: Department of Prevention and Community Health, George Washington University; 2016 (http://healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2016/09/GW-Report-Ebola-Risk-Communication-Project-Liberia_Lessons-in-Crisis-Communication1.pdf, acessado em 27 de Julho de 2017).
44. Sugg C. Coming of age: communication's role in powering global health. London: BBC Media Action; 2016 (<http://downloads.bbc.co.uk/mediaaction/policybriefing/role-of-communication-in-global-health-report.pdf>, acessado em 27 de Julho de 2017).
45. Africa APPG inquiry: community led health systems and the Ebola outbreak. Brighton, Sussex, UK: University of Sussex, Institute of Development Studies (IDS); 2016? (<http://www.ebola-anthropology.net/wp-content/uploads/2015/07/Africa-APPG-inquiry-IDS-submission.pdf>, acessado em 27 de Julho de 2017).
46. Allie M-P, Colebunders R, de Clerck V, Gabaldon J. OCB Ebola review, Part 1. Medico-operational. Stockholm: Medecins Sans Frontiers Evaluation Unit; 2016 (http://cdn.evaluation.msf.org/sites/evaluation/files/attachments/ocb_ebola_review_medop_final_2.pdf, acessado em 27 de Julho de 2017).
47. Anoko J. Communication with rebellious communities during an outbreak of Ebola virus disease in Guinea: an anthropological approach [website]. Ebola Anthropology Response Platform; 2014 (http://www.ebola-anthropology.net/case_studies/communication-with-rebellious-communities-during-an-outbreak-of-ebola-virus-disease-in-guinea-an-anthropological-approach/, acessado em 31 de Julho de 2017).
48. ACF Sierra Leone. Case study. Community led Ebola management and eradication (CLEME). Trigger behavioral change to strengthen community's resilience to Ebola outbreaks. Boston, MA: ACF International, 2015

(http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Community%20Led%20Ebola%20Management%20and%20Eradication__Case_Study.pdf, acessado em 31 de Julho de 2017).

49. Eckert KS, Sopory P, Day A, Wilkins LL, Padgett D, Novak J et al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q10: What are the best social media channels and practices to promote health protection measures and dispel rumours and misinformation during events and emergencies with public health implications? Detroit, MI: Wayne State University; 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Q10-Final-Report.pdf?ua=1>, acessado em 22 de Agosto de 2017).
50. Modarres N. Community perspectives about Ebola in Bong, Lofa and Montserrado counties of Liberia: results of a qualitative study. Final report. Baltimore, MA, and Monrovia; John Hopkins Center for Communication Programs and Resource Center for Community Empowerment and Integrated Development; 2015 (<https://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/2225/files/2015/02/HC3-Liberia-Qualitative-Report.pdf>, acessado em 31 de Julho de 2017).
51. Hot spot nusters: a community focused intervention in Sierra Leone [website]. Geneva: United Nations Children's Fund (UNICEF); 2016 (<https://ebolacommunicationnetwork.org/ebolacomresource/communication-development-responding-ebola/>, acessado em 31 de Julho de 2017).
52. Kamai-Yanni M. Never again: building resilient health systems and learning from the Ebola crisis [website]. Oxford: Oxfam International; 2015 (<https://www.oxfam.org/en/research/never-again-building-resilient-health-systems-and-learning-ebola-crisis>
53. Rubyan-Ling D. Briefing paper: diaspora communications and health seeking behavior in the time of Ebola: findings from the Sierra Leonean community in London [website]. Ebola Response Anthropology Platform; 2015 (http://www.ebola-anthropology.net/key_messages/diaspora-communications-and-health-seeking-behaviour-in-the-time-of-ebola-findings-from-the-sierra-leonean-community-in-london-2/, acessado em 31 de Julho de 2017).
54. Wilkins LL, Sopory P, Day A, Eckert S, Padgett D, Novak J et al. Evidence syntheses to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Q12: What elements and timing of messages are best at influencing public/ community levels of concern to motivate relevant actions to protect health? Detroit, MI: Wayne State University; 2016 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Q12-Final-Report.pdf?ua=1>, acessado em 22 de Agosto de 2017).
55. Abramson D, Piltch-Loeb R. U.S. public's perception of Zika risk: awareness, knowledge, and receptivity to public health interventions. New York, NY: New York University; 2016 (Briefing Report; https://www.nyu.edu/content/dam/nyu/publicAffairs/documents/PDF/research/Pir2_Zika_Report_rf.pdf, acessado em 31 de Julho de 2017).
56. Wilkinson S, Upham LS, Pennington SA, O'Reilly S, Asproloupou D, McIntyre HD et al. Who's responsible for the care of women during and after a pregnancy affected by gestational diabetes? *Med J Aust* 2014;201(3 Suppl): S78–81.
57. Toppenberg-Pejcic D, Noyes J, Allen T, Alexander N, Vanderford M, Garnhewage G. Rapid grey literature evidence review to support the Guideline on Emergency Risk Communication. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/process/Final-Report-Rapid-Grey-Lit-Review.pdf?ua=1>, acessado em 31 de Julho de 2017).
58. Shea B, Grimshaw J, Wells G, Boers M, Andersson N, Hamel C et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2007;7:10.
59. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews [website]. EPOC Resources for review authors. 2017 (<http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>, acessado em 31 de Julho de 2017).
60. Davids E, Roman N. A systematic review of the relationship between parenting styles and children's physical activity. *African J Phys Health Educ Recreat Dance*. 2014;2:228–46.
61. CASP qualitative checklist [website]. Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2017 (<http://www.casp-uk.net/casp-tools-checklists>, acessado em 31 de Julho de 2017).
62. Mixed Method Appraisal Tool – MMAT [base de dados *online*]. McGill University, 2017 (<http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/page/24607821/FrontPag>, acessado em 31 de Julho de 2017).
63. Tyndall J. How low can you go? Towards a hierarchy of grey literature [website]. Paper presented at Dreaming 08 – Australian Library and Information Association Biennial Conference, Alice Springs, 2–5 September 2008. Flinders University, Bedford Park, South Australia; 2008 (<http://dspace.flinders.edu.au/xmlui/handle/2328/3326>, acessado em 31 de Julho de 2017).

Anexo 1

Composição dos grupos das diretrizes

Quadro 6.
Membros do Grupo Diretivo Interno

Nome	Local
Surangani Abeyesekera	AFRO ^a /Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
Sylvain Aldighieri	AMRO ^b /Análise Sanitária das Doenças Transmissíveis
Henk Bekedam	EMRO ^c /Representação da OMS no Egito
Aphaluck Bhatiasavi	HQ ^d /Gestão dos Perigos Infecciosos
Funke Bolujoko	HQ ^d /Departamento da Cooperação e Colaboração dos Países com o Sistema das Nações Unidas
Sylvie Briand	HQ ^d /Gestão dos Perigos Infecciosos
Leticia Lin Campana	AMRO ^b /Relações com os Média
Zhanat Carr	HQ ^d /Intervenções para Ambientes Saudáveis
Cintia Diaz-Herrera	HQ ^d /Gestão da Resposta às Emergências
Delanyo Dovlo	AFRO ^a /Sistemas e Serviços de Saúde
Ibrahima-Soce Fall	AFRO ^a /Diretor Regional para as Emergências
Christy Feig	HQ ^d /Departamento de Comunicações: até fim de 2016, ano em que saiu da OMS
Pierre Formenty	HQ ^d /Epidemias em Contextos Vulneráveis / Gestão dos Perigos Infecciosos
Florence Fuchs	HQ ^d /Avaliação, Manutenção e Desenvolvimento de Capacidades
Gaya Gamhewage (chair)	HQ ^d /Gestão dos Perigos Infecciosos
Monika Gehner	HQ ^d /Departamento de Comunicações
Vismita Gupta-Smith	SEARO ^e /Advocacia de Informação Pública até 2016, depois HQ/Departamento das Comunicações
Margaret Harris	HQ ^d /Gestão dos Perigos Infecciosos
Takeshi Kasai	WPRO ^f /Gestão dos Programas
Li Ailan	WPRO ^f /Diretor Regional para as Emergências
Susan Mackay	WPRO ^f , Equipa das Comunicações Interagências das NU, Vietname
Jaouad Mahjour	EMRO ^c /Diretor da Gestão dos Programas
Cristina Mana	AMRO ^b /Análise das Doenças Transmissíveis e da Saúde
Andreas Mlitzke	HQ ^d /Gabinete de Conformidade, Gestão dos Riscos e Ética
Davison Munodawafad	AFRO ^a /Determinantes Sociais e Económicos da Saúde
Tim Nguyen	EURO ^g /Informações sobre Evidências para a Formulação de Políticas
Rafael Obregon	AMRO ^b /Chefe das Comunicações para a Secção do Desenvolvimento, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)
Navaratnasamy Paranietharan	SEARO ^e /Representação do Bangladesh
Cristiana Salvi	EURO ^g /Doenças transmissíveis, Segurança Sanitária e Ambiente
Carmen Savelli	HQ ^d /Segurança Alimentar, Zoonoses e Doenças transmitidas por Alimentos
Shamila Sharma	SEARO ^e /Informação Pública e Advocacia
Sameera Suri	HQ ^d /Preparação, Vigilância e Resposta
Rebekah Bosco Thomas	HQ ^d /Género, Equidade e Direitos Humanos
Hans Troedsson	HQ ^d /Gestão Geral

^a Escritório Regional da OMS para a África.
^b Escritório Regional da OMS para as Américas.
^c Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental.

^d Sede da OMS.
^e Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático.
^f Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental.
^g Escritório Regional da OMS para a Europa.

Membros do Grupo de Elaboração das Orientações

Nome	Género	Instituição/Organização	Disciplina	Local	Interesses declarados
Mesafint Alebachew	Mascul.	Ministério da Saúde, Etiópia	Educação e comunicações para a saúde, M&A; formação em comunicações	Etiópia AFRO ^a	Nenhum
Ombretta Baggio	Feminino	Federação Internacional da Cruz Vermelha, Sociedades do Crescente Vermelho	Comunicação mundial sobre riscos para a saúde/ participação comunitária/ implementador	Suíça EURO ^b	Nenhum
Amrita Gill Bailey (+)	Feminino	Johns Hopkins Universidade Johns Hopkins de Baltimore, EUA	Preparação do país para as comunicações em emergências, instrumentos e recursos de comunicação em emergências, comunicação sobre mudança de comportamentos	EUA AMRO/PAHO ^c	Investigação na Univ. Johns Hopkins financiada pela USAID ^d
Peter Banga (co-presidente)	Mascul.	Escola Politécnica de Jornalismo e Comunicação de Harare	Formação em média, M&A, advocacia, rádio e TV	Zimbabué AFRO ^a	Nenhum
Claudine Burton-Jeangros	Feminino	Universidade de Genebra	Ciências sociais, percepção e gestão dos riscos, investigação mundial em saúde	Suíça/ EURO ^b	Nenhum
Bishakha Datta	Feminino	Point of View, (ONG) ^a	Comunicações, preparação mundial para a saúde, direitos e capacitação das mulheres	Índia/SEARO ^e	Nenhum
Frode Forland	Mascul.	Instituto Norueguês de Saúde Pública	Elaboração de diretrizes baseadas em evidências, preparação para a saúde; saúde pública	Noruega/EURO ^b	Nenhum
Natasha Howard	Feminino	Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres (LSHTM)	Investigação em sistemas de saúde, investigação em conflitos e saúde, avaliação	Reino Unido/EURO ^b	Nenhum
Akram Khayatzadeh-Mahani	Feminino	Universidade Kerman de Ciências Médicas	Economia da saúde/ modelação na saúde/ política de saúde	Irão (República Islâmica do)/EMRO ^a	Nenhum
Nombulelo Leburu	Feminino	Departamento Nacional de Saúde (África do Sul)	Comunicação estratégica em saúde, comunicação externa e dos riscos	África do Sul/AFRO ^a	Nenhum
Sovann Ly	Mascul.	Ministério da Saúde (Camboja)	Controlo e prevenção dos surtos	Camboja/ WPRO ^a	Nenhum
Jenny Moberg	Feminino	Centro Norueguês de Conhecimentos para os Serviços de Saúde	Elaboração de ferramentas <i>online</i> para comunicar e facilitar a tomada de decisões em matéria de cuidados de saúde	Noruega/EURO ^b	Nenhum
Mohamed Nour	Mascul.	Conselho Supremo da Saúde (Qatar)	Comunicações, comunicação para impacto comportamental (COMBI) na saúde	Qatar/EMRO ^a	Nenhum
Nobuhiko Okabe	Mascul.	Instituto da cidade de Kawasaki para a Saúde Pública	Doenças infecciosas/RSI ^g / preparação para as pandemias	Japão/WPRO ^e	Nenhum
Patrícia Lima Pereira	Feminino	Ministério da Saúde, Paraguai	Planeamento da comunicação estratégica	Paraguai AMRO/PAHO ^c	Nenhum
Ortwin Renn	Mascul.	Universidade de Estugarda	Teoria das comunicações – investigação em participação e comunicação	Países Baixos/ EURO ^b	Orador sobre a comunicação dos riscos remunerado Membro do conselho da investigação sem fins lucrativos
Maria-Isabel Rivero	Feminino	Comissão Interamericana de Direitos Humanos	Planeamento da comunicação estratégica	EUA AMRO/PAHO	Nenhum
Lisa Robinson	Feminino	Conselheiro Superior da BBC Media	Resiliência da ação e resposta às crises	EURO	Nenhum
Caroline Rudisill	Feminino	Escola de Economia e Ciências Políticas de Londres	Economia da saúde; pandemias, política de saúde, percepção dos riscos e escolhas de saúde	Reino Unido/EURO ^b	Nenhum
Matthew Seeger	Mascul.	Universidade do Estado de Wayne, Detroit	Investigação aplicada da comunicação dos riscos, segurança mundial da saúde, comunicações em crises	EUA/AMRO/ PAHO ^c	Nenhum
Luechai Sringeriyuang	Mascul.	Universidade Mahidol, Banguecoque, Tailândia	Antropologia, metodologia de investigação qualitativa	Tailândia/ SEARO ^e	Nenhum
Karen Tan	Feminino	Ministério das Comunicações e Informação (Singapura)	Implementador da comunicação dos riscos dos surtos, planeamento das comunicações estratégicas	Singapura/ WPRO ^a	Nenhum
Chadin Tephaval	Mascul.	The Bangkok Post	Comunicações durante crises e jornalismo	Tailândia/ SEARO ^e	Nenhum
Theresa Thompson	Feminino	Universidade de Dayton	Avaliação, teoria das comunicações; comunicações interpessoais/interculturais.	EUA/AMRO/ PAHO ^c	Nenhum
Marika Valtier	Feminino	Ministério Francês dos Assuntos Sociais, Saúde e Direitos das Mulheres	Comunicações, riscos e crises; segurança mundial da saúde	França/EURO ^b	Pago para uma comunicação pública sobre comunicação dos riscos (máx. €500)
Marsha Vanderford ^d	Feminino	Centros de Controlo e Prevenção das Doenças (CDC)	Teoria da comunicação de riscos, implementador das comunicações para a saúde mundial, segurança na saúde	EUA/AMRO/ PAHO ^c	Nenhum
Sophia Wilkinson	Feminino	BBC Media Action	Conceção e implementação das intervenções e formação em comunicação para a saúde	Reino Unido/EURO ^b	Nenhum
Xie Ruiqian	Mascul.	Universidade Internacional de Pequim / Centro Chinês para a Educação em Saúde	Comunicação de riscos, epidemiologia, estatística, formação de capacidades	China/WPRO ^e	Nenhum

M&A: monitorização e avaliação.

^a Escritório Regional da OMS para a África.

^b Escritório Regional da OMS para a Europa.

^c Escritório Regional da OMS para as Américas/Organização Pan-americana da Saúde.

^d Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional.

^e Organização Não Governamental.

^f Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático.

^g Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental

^h Regulamento Sanitário Internacional (2005).

ⁱ Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental.

^j Presidente até final de Dezembro de 2015, ano em que se tornou funcionária da OMS e teve de abandonar o GDG.

Metodologista que apoiou o GDG e supervisionou a recolha de evidências: Jane Noyes

Equipas de revisão sistemática

Escola de Saúde Pública de Harvard T.H. Chan, Programa de Preparação para as Emergências, Investigação, Avaliação e Prática, Boston, EUA (Perguntas 1, 2, 6, 8): Giorgia Argentini (consultor de projetos para a América Latina e Brasil); Ayan Jha; Noah Klein (editor); Leesa Lin; Elena Savoia (chefe) e Sarah Short.

Escola de Comunicação Nicholson, Universidade da Flórida Central, Flórida, EUA, (Pergunta 3): Rebecca Freihaut (pesquisa na literatura cinzenta); Lindsay Neuberger; Ann Neville Miller; Timothy Sellnow (chefe) e Andrew Todd.

Universidade Estadual de Wayne, Detroit, Michigan, EUA. (Perguntas 5, 7, 9, 10, 11, 12): Ashleigh Day; Stine Eckert; Julie Novak; Donyale Padgett; Pradeep Sopory e Lillian Lee Wilkins (chefe).

Pergunta 4 e actualização rápida da literatura cinzenta: Deborah Toppenberg-Pejcic, consultora independente.

Quadro 8.
Membros do Grupo Externo de Revisão

Nome	Afiliação	País/Região da OMS	Especialidade	Conflito de interesses
Supriya Bezbaruah	–	Índia/SEARO ^a	Resposta às emergências	Nenhum
Christopher Colvin	–	África do Sul/AFRO ^b	Interface entre comunidades e sistemas de saúde; metodologia da investigação em ciências sociais para a saúde pública.	Nenhum
Joshua Greenberg	–	Canadá/AMRO ^c	Cobertura mediática dos riscos das doenças infecciosas, actividades e estratégias da comunicação dos riscos dos principais agentes da saúde pública	Nenhum
Ali Akbar Haghdoust	Universidade Kerman de Ciências Médicas, Irão	Irão/EMRO ^d	Epidemiologia	Nenhum
Sarb Johal	Universidade de Massey	Nova Zelândia	Comunicações durante as crises	Nenhum
Marwa Kamel	Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)	EMRO ^d	Implementador da comunicação dos riscos	Nenhum
Lucy Knight	Oxfam	Reino Unido/EURO ^e	Promoção da saúde pública	Nenhum
Li Richun	Centro Chinês para o Controlo das Doenças	China/WPRO ^f	Implementador da comunicação dos riscos	Nenhum
Abderrahmane Maaroufi	Ministério da Saúde, Marrocos	Marrocos/EMRO ^d	Preparação e resposta às emergências	Nenhum
Erma Manoncourt	Consultor independente para o desenvolvimento	Barbados/AMRO ^c	Participação comunitária/ tomada de decisões participativa	Nenhum
Ki Soo Park	Centro Coreano para o Controlo das Doenças	Coreia/WPRO ^f	Implementador da comunicação dos riscos	Nenhum
Cynthia Sawe	–	–	–	–
Anton Schneider	USAID	EUA/AMRO ^c	Comunicação dos riscos/participação comunitária	Nenhum
Thomas Tufte	Universidade de Leicester	Reino Unido/EURO ^e	Teoria académica da comunicação dos riscos	Nenhum

– : não aplicável.

^a Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático.

^b Escritório Regional da OMS para a África.

^c Escritório Regional da OMS para as Américas.

^d Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental

^e Escritório Regional da OMS para a Europa.

^f Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental.

Anexo 2

Métodos de elaboração das diretrizes

A elaboração destas diretrizes começou em Outubro de 2014, com a criação de um ISG e o pedido de uma rápida revisão da literatura sobre orientações internacionais e nacionais para a ERC publicada entre Janeiro de 2006 e Março de 2015 (2). Essa rápida revisão da literatura (disponível neste [link](#)) visava fornecer:

- um “mapa fotográfico” das orientações no terreno
- uma panorâmica das recomendações contidas nas orientações existentes
- uma breve revisão das potenciais áreas que requeriam ação ou melhorias.

Os revisores, uma equipa da Evidence Aid, encontraram 128 documentos de orientação, mas nenhum se baseava explicitamente em evidências. A maior parte das orientações centrava-se no desenvolvimento de capacidades/estratégias, enquanto as áreas menos exploradas eram a logística e as tecnologias móveis. Também existiam lacunas nos seguintes domínios: investigação sobre avaliação; avaliação dos obstáculos à preparação e ERC durante as catástrofes nos PBR; compreensão sobre a melhor forma de desenvolver capacidades para uma ERC eficaz durante a fase de preparação; e a aplicação de evidências e experiência passada para melhorar a prática da ERC.

Enquanto decorria a revisão rápida, o secretariado das orientações, com o apoio do ISG, procurou candidatos adequados para o GDG. Foram convidados a juntar-se ao painel peritos de todas as regiões do mundo especializados em comunicação dos riscos, resposta às emergências, política de saúde pública, epidemiologia e outros domínios relevantes para a ERC (ver lista completa de nomes, especialidades e afiliações no Anexo 1).

Os resultados da definição rápida do âmbito foram apresentados ao GDG, durante a primeira reunião realizada em Genebra, na Suíça, de 22 a 23 de Junho de 2015. A revisão foi usada como base para definir o âmbito das orientações e determinar que áreas da ERC requeriam mais pesquisa, através da procura sistemática de evidências. Durante a sua primeira reunião, foram identificados 12 domínios e Jane Noyes, a metodologista que apoiava o GDG, orientou a formulação de perguntas usando o formato SPICE. Esperava-se que muita da investigação nestes domínios usasse métodos qualitativos e não quantitativos. O formato SPICE é considerado mais aplicável à pesquisa de evidências através de métodos qualitativos e mistos do que o tradicional formato PICO. No Anexo 3, apresenta-se uma explicação pormenorizada do formato de perguntas SPICE para a revisão das evidências.

Uma vez formuladas e decididas as perguntas SPICE, foram enviados pedidos de propostas e foram selecionadas três equipas de revisão sistemática (da Universidade de Harvard, liderada por Elena Savoia; da Universidade da Flórida Central, liderada por Tim Sellnow; e da Universidade Estadual de Wayne, liderada por Lillian Lee Wilkins (ver a equipa completa no Anexo 1), assim como uma pessoa individual, Deborah Toppenberg-Pejcic, para levarem a cabo as revisões com base nas perguntas fornecidas.

Durante o período de pesquisa, análise e notificação, as equipas de revisão foram aconselhadas e apoiadas pela Professora Noyes, o secretariado para as diretrizes da comunicação dos riscos e Tomas Allen, o cientista de informação da OMS, que prestou apoio à pesquisa da base de dados e da literatura cinzenta. Durante este período, o surto da doença do vírus Ébola na África Ocidental, a emergência da síndrome do vírus Zika e outras graves emergências de saúde pública geraram uma série de publicações de literatura cinzenta sobre a comunicação dos riscos. Nesse âmbito, realizou-se uma rápida pesquisa de evidências na literatura cinzenta (também efetuada por Deborah Toppenberg-Pejcic), examinando relatórios relevantes para as 12 perguntas, até 31 de Dezembro de 2016.

Todas as revisões ficaram concluídas e foram apresentadas ao secretariado da OMS até final de Janeiro de 2017, tendo sido depois distribuídas a todos os membros do GDG. Para facilitar a elaboração de recomendações transparentes e baseadas em evidências, os resultados da pesquisa foram usados como base para adaptar as tabelas do quadro DECIDE (Evidências para Decisões) (11) e sintetizar as evidências existentes acerca daquilo que funcionou e que não funcionou e acerca de outras questões essenciais, tais como valores, preferências, utilização de recursos e considerações de equidade (os quadros DECIDE fornecidos ao GDG estão disponíveis neste [link](#)).

Utilizou-se um sistema inicial de votação electrónica secreta para determinar a posição do grupo, tendo sido formuladas recomendações e alcançado um consenso. As recomendações feitas na reunião do GDG foram compiladas e enviadas a todo o grupo para nova revisão. Este conjunto de recomendações foi posteriormente enviado, no documento das diretrizes, para revisão do ERG, constituído por responsáveis da ERC, agentes da resposta às emergências, académicos e decisores (os nomes e respectivas afiliações são apresentados no Anexo 1). Os seus comentários foram usados para aperfeiçoar as recomendações e a apresentação do documento das diretrizes, em consulta com o GDG.

Perguntas prioritárias

Usando o âmbito e os domínios acordados na primeira reunião do GDG, o presidente do CDG, a metodologista das diretrizes e o secretariado, com o apoio do ISG, formularam as 12 seguintes perguntas prioritárias, abrangendo a confiança e a participação comunitária, introduzindo a ERC nos sistemas de saúde e estabelecendo as melhores práticas baseadas em evidências para a ERC.

P1: Liderança e governação: Qual a melhor forma de integrar a comunicação dos riscos em situações de emergência no planeamento e execução da liderança nacional para eventos e emergências que tenham implicações na saúde pública?

P2: Sistemas de informação: Quais os melhores tipos de mecanismos para estabelecer relações eficazes e transjurisdicionais para a partilha de informação em matéria de comunicação dos riscos em situações de emergência e para a coordenação interna?

P3: Recursos humanos: Qual a melhor forma de desenvolver e manter as capacidades de preparação e resposta dos responsáveis pela comunicação dos riscos em situações de emergência?

P4: Financiamento: Como garantir um financiamento suficiente e sustentável para a comunicação dos riscos em situações de emergência ?

P5: Confiança: Quais são as melhores e mais generalizáveis actividades de comunicação dos riscos em emergências que inspiram confiança nas autoridades sanitárias como fonte de informação para a protecção da saúde entre as comunidades afectadas e outras partes interessadas?

P6: Coordenação: Quais as melhores formas de garantir a coordenação das actividades de comunicação dos riscos entre as agências de resposta em todas as organizações e todos os níveis de resposta?

P7: Planeamento da comunicação estratégica: Quais são os elementos e os passos para o planeamento de uma comunicação eficaz e estratégica?

P8: Monitorização e avaliação: Quais as melhores formas e os instrumentos mais apropriados para recolher, analisar e interpretar os dados da comunicação dos riscos em emergências e o *feedback*, e de integrar os resultados no planeamento da comunicação dos riscos em emergências, formulação, execução e avaliação de estratégias?

P9: Participação das comunidades: Quais as melhores formas de envolver as comunidades nas actividades de comunicação dos riscos em emergências, para dar resposta a eventos/contextos?

P10: Redes sociais: Quais os melhores canais e práticas das redes sociais para promover medidas de protecção e dissipar rumores e informações deturpadas durante eventos e emergências com implicações sobre a saúde pública?

P 11: Comunicação das incertezas: Quais as melhores formas de comunicar as incertezas ao público-alvo, às comunidades de risco e às partes interessadas?

P12: Elaboração de mensagens: Que elementos e que momentos são os mais indicados para que as mensagens possam influenciar os níveis de preocupação das pessoas e das comunidades, de modo a motivarem medidas relevantes de protecção da saúde?

Estas perguntas foram depois mais elaboradas em potenciais termos de busca, usando o quadro SPICE (no Anexo 3, apresenta-se toda a informação sobre os termos SPICE usados em cada pergunta).

A revisão rápida da literatura para definição do âmbito revelou que a maior parte das orientações da OMS se baseava em eventos anteriores ou ocorridos durante o ano de 2003 e, por isso, o calendário para as revisões sistemáticas foi estabelecido de 2003 em diante. Devido a diversas e graves emergências de saúde pública, nomeadamente o surto da doença do vírus do Ébola na África Ocidental (2014-2015) e o surto mundial do vírus Zika (2015–2016), que geraram um grande número de publicações de literatura cinzenta sobre ERC, encomendou-se, no final do processo, mais uma revisão rápida desse tipo de literatura mais recente que abrangesse todas as 12 perguntas (57).

Pesquisar as evidências

Cada equipa de revisão sistemática trabalhou com Tomas Allen (cientista de Informação da OMS) para preparar e realizar pesquisas intensivas nas bases de dados da investigação em língua inglesa, outras línguas oficiais das Nações Unidas (árabe, chinês, francês, russo, espanhol) e em português, juntamente com as revisões da literatura cinzenta. Cada relatório das revisões apresenta um relato pormenorizado, que pode ser consultado neste [link](#).

Produção de um mapa de conhecimentos sistemáticos

Para cada pergunta, pediu-se às equipas de revisão que mapeassem a literatura e identificassem as lacunas, usando as seguintes categorias:

- tipo de catástrofe
- fase da catástrofe
- localização geográfica
- contextos de baixos, médios e altos rendimentos
- considerações de equidade
- tipo de estudo (por método)
- revisões sistemáticas publicadas
- literatura cinzenta.

Revisões existentes

As revisões existentes foram analisadas usando um Instrumento de Medição para Avaliar Revisões Sistemáticas (AMSTAR). O AMSTAR é usado para avaliar a qualidade metodológica das revisões sistemáticas (58). As revisões de baixa qualidade foram divulgadas e os respectivos estudos analisados para potencial inclusão nas revisões encomendadas pela OMS. As revisões de qualidade média-alta foram colocadas numa pasta virtual partilhada e os principais resultados foram usados para contextualizar os resultados das revisões encomendadas.

Avaliação da qualidade dos estudos e literatura cinzenta

A avaliação da qualidade dos estudos primários realizou-se usando os seguintes instrumentos:

- quantitativos – grupos de comparação – Risco de Parcialidade (ROB) na Prática Efetiva e na Organização dos Cuidados, de Cochrane (EPOC) (59).
- quantitativos – estudo descritivo – adaptação de Davids e Roman (2014) (60) ou um instrumento semelhante.
- qualitativos – Programa de Competências de Avaliação Crítica (CASP) para a investigação qualitativa (61).
- método misto e estudo de casos – Instrumento de Avaliação por Método Misto da Universidade McGill (MMAT) (62).

Os estudos relatados na literatura cinzenta foram avaliados usando o devido instrumento específico do método. A literatura cinzenta que não tenha relatado um estudo foi avaliada usando o instrumento de Autoridade, Rigor, Cobertura, Objetividade, Data e Significado (AACODS) (63). Cada área do AACODS é avaliada usando “sim”, “não” ou “não sei”. Os estudos receberam uma classificação final de “alto” (sem falhas significativas), “moderado” (pequenas falhas com impacto na credibilidade/validade), “baixo” (algumas falhas com provável impacto na credibilidade/validade) ou “muito baixo” (falhas significativas com impacto na credibilidade/validade). Um importante factor de ponderação do AACODS é atribuído aos aspectos de autoridade.

Extração de dados

As seguintes características do estudo foram extraídas de dados individuais, com base em estudos primários de todos os tipos de métodos: foco nos países; tipo de catástrofe/emergência; fase de catástrofe/emergência; e se as populações de risco/vulneráveis foram contempladas. Foram identificadas e extraídas evidências de interesse que permitiram o mapeamento dos fenómenos de interesse e dos resultados/efeitos relacionados com a pergunta da revisão. Relativamente aos estudos quantitativos, foram extraídos dados numéricos, tais como médias e desvios padrão, e valores de probabilidade. No caso dos estudos qualitativos, foram extraídas as expressões-chave, frases e citações directas. Em relação aos estudos de métodos mistos e aos estudos de casos foram extraídos dados numéricos, expressões-chave, frases e citações directas, conforme estivessem adequadamente relacionados com cada método.

Concepção da revisão

A finalidade geral da concepção da revisão era permitir que as equipas de revisão reunissem e configurassem posteriormente as evidências, para diferenciar o “sinal do ruído” e para desenhar um quadro daquilo “que aconteceu, o que funcionou, quais foram as consequências e o impacto e o que foi eficaz?”

Os estudos foram inicialmente organizados em quatro correntes metodológicas:

- quantitativos – grupos de comparação
- quantitativos – estudo descritivo
- qualitativos
- método misto e estudo de casos.

Síntese dos resultados de cada corrente metodológica

Não foi possível efectuar uma meta-análise quantitativa em nenhuma das revisões, devido ao número ínfimo de estudos que usaram grupos de comparação (aleatórios ou não aleatórios) e à heterogeneidade dos estudos. As equipas de revisão usaram, portanto, uma abordagem de síntese narrativa para relatar os estudos quantitativos.

Para a corrente metodológica qualitativa, usou-se o modelo de quadro-síntese (11,12). As categorias do quadro foram geradas a partir dos objetivos da revisão e conceitos de fenómenos de interesse salientados na pergunta SPICE. Estes foram modificados, conforme apropriado, com base nos conhecimentos anteriores sobre o assunto e a análise de estudos individuais. Com base nas evidências de estudos individuais, os resultados foram sintetizados, criando declarações analíticas explicativas e de nível superior.

Relativamente ao método misto e à corrente metodológica do estudo de casos, os estudos individuais normalmente não diferenciavam os seus resultados globais com base no tipo de metodologia. Para esta corrente, as equipas usaram uma abordagem de síntese narrativa.

Avaliação da certeza/confiança nos resultados sintetizados de cada corrente metodológica

A avaliação da certeza/confiança dos resultados sintetizados realizou-se separadamente para cada corrente metodológica, usando os seguintes instrumentos:

- quantitativos – grupos de comparação (aleatórios, não aleatórios) – GRADE.
- quantitativos – estudo descritivo – foram aplicados os princípios do GRADE.
- qualitativos – Confiança do GRADE nas Evidências das Revisões da Investigação Qualitativa (CERQual).
- Método misto e estudo de casos – foram aplicados os princípios do GRADE e GRADE-CERQual.

A abordagem GRADE (11, 18) foi usada para avaliar os resultados sintetizados dentro da corrente metodológica dos instrumentos quantitativos-grupos de comparação. Os resultados foram avaliados nos seguintes aspectos: sequência e ocultação das alocações; resultados iniciais e características; protecção contra contaminações; presença de uma comunicação seletiva dos resultados; e outras possíveis formas de desvios. Cada categoria recebeu uma classificação de "baixo risco," "alto risco" ou "risco incerto". Mais informações sobre as definições dos níveis de risco usados neste instrumento estão disponíveis na secção 12.2.2 do Manual de Cochrane para as Revisões Sistemáticas das Intervenções (13). Os resultados receberam uma classificação final de:

- alta qualidade (é muito provável que novas investigações não modifiquem substancialmente os resultados);
- qualidade moderada (é provável que novas investigações não modifiquem substancialmente os resultados);
- baixa qualidade (é provável que novas investigações modifiquem substancialmente os resultados); ou
- muito baixa qualidade (é muito provável que novas investigações modifiquem substancialmente os resultados).

Nas revisões efectuadas pelo estudo quantitativo-descritivo das equipas do Estado de Wayne e da Universidade da Flórida Central no âmbito da corrente metodológica, os resultados sintetizados foram avaliados para verificar o seu grau de certeza, usando um instrumento desenvolvido especificamente para essas revisões, com base nos princípios do GRADE. A equipa do Estado de Wayne fez alguns ajustes, em colaboração com a metodologista do GRADE, Jane Noyes, para criar um instrumento de avaliação da certeza dos resultados a partir de estudos quantitativos transeccionais, na ausência de grupos de comparação para os resultados/fenómenos de interesse. A avaliação baseou-se numa análise dos factores considerados com probabilidade de reduzir a certeza dos resultados dos estudos: limitações na concepção ou execução do estudo; inconsistência dos resultados; evidências indirectas; imprecisão dos resultados; e parcialidade das publicações. Foram determinadas quatro categorias de avaliação:

- alta qualidade (é muito provável que as novas evidências não modifiquem substancialmente os resultados do estudo);
- qualidade moderada (é provável que as novas evidências não modifiquem substancialmente os resultados do estudo);
- baixa qualidade (é provável que as novas evidências modifiquem substancialmente os resultados do estudo);
- muito baixa qualidade (é muito provável que as novas evidências modifiquem substancialmente os resultados do estudo).

Mais informação sobre o instrumento GRADE adaptado é fornecida nos apêndices dos relatórios das revisões, apresentados pelas equipas do Estado de Wayne e da Universidade da Flórida e disponíveis neste [link](#). O instrumento GRADE-CERQual foi usado para avaliar o grau de confiança nos resultados sintetizados no âmbito da corrente metodológica qualitativa, examinando as limitações da metodologia, a relevância, a coerência e a adequação dos dados que apoiam os resultados. Cada resultado recebeu uma classificação de:

- elevada confiança – é muito provável que o resultado seja uma representação dos fenómenos;
- confiança moderada – é provável que o resultado seja uma representação dos fenómenos;
- baixa confiança – é possível que o resultado seja uma representação dos fenómenos; ou
- confiança muito baixa – não foi claro se o resultado é uma representação dos fenómenos.

Os resultados sintetizados dos estudos de métodos mistos e dos estudos de casos no âmbito das correntes metodológicas foram avaliados para determinar o grau de certeza/confiança, usando as abordagens GRADE e GRADE-CERQual.

Síntese dos resultados em todas as correntes metodológicas

Os resultados sintetizados no âmbito de uma corrente metodológica foram comparados e contrastados com os resultados de outras correntes metodológicas. Sempre que os resultados apoiavam e se amplificavam uns aos outros, eram combinados em resultados de ordem mais elevada que representavam sínteses de todas as correntes metodológicas. A avaliação do grau de certeza/confiança nos resultados sintetizados no seio da corrente metodológica foi tomada em consideração durante este processo.

Análises de subgrupo e de equidade

A síntese dos resultados incluiu análises de subgrupos, envolvendo o exame do tipo e fase do evento de emergência, país do evento de emergência e a presença de populações vulneráveis. A inclusão dos dois últimos subgrupos permitiu considerações de equidade nos resultados sintetizados.

Apresentação dos resultados das revisões

Os resultados obtidos dentro e entre as correntes metodológicas são apresentados nos quadros de resumo dos resultados, com a correspondente avaliação do grau de certeza/confiança nas evidências e podem ser consultados em todos os relatórios de revisão sistemática disponíveis neste [link](#).

“Verificação rápida” dos CI dos candidatos ao GDG

A Unidade da OMS para a Formação de Capacidades em Comunicações (CCB) efetuou uma pesquisa *online* ad hoc sobre os 25 indivíduos designados pelo ISG como potenciais membros do GDG. A pesquisa, que consistiu essencialmente numa “verificação rápida” de possíveis CI, avaliou cada candidato relativamente ao seu envolvimento com entidades privadas e fontes empresariais de financiamento, tais como ligações a projetos de investigação financiados por fontes privadas. Esta pesquisa centrou-se, principalmente, em CI financeiros ligados a uma empresa que fabrique e/ou distribua tabaco, armas de fogo, petróleo e/ou produtos do petróleo, medicamentos e alimentos.

De acordo com as Diretrizes da OMS para a Declaração de Interesses (Peritos da OMS), CI são definidos como

...todos os interesses declarados por um perito que possam afetar ou ser razoavelmente percebidos como podendo afetar a objectividade e a independência do perito ao prestar aconselhamento à OMS, e/ou criar uma vantagem competitiva injusta para o perito, pessoas ou instituições com as quais o perito tenha interesses financeiros ou empresariais (tais como filhos crescidos ou irmãos, colegas profissionais próximos, unidade administrativa ou departamento).

Fontes pesquisadas

As fontes de informação publicamente disponíveis avaliadas para revisão incluíam, embora não só, as seguintes fontes de dados:

ResearchGate: um tipo de rede social onde os investigadores podem publicar e partilhar trabalhos para os quais contribuíram, assim como contactar com outros investigadores. Usada para avaliar as publicações dos candidatos relativamente aos CI declarados e fontes de financiamento.

PubMed: um motor de busca gratuito que permite o acesso ao texto integral de artigos, referências e resumos sobre ciências da vida e temas biomédicos; mantido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA (NLM). Usado para avaliar as publicações dos candidatos no que respeita aos CI declarados e às fontes de financiamento.

Jornais: de vários sítios e páginas; nem todas as publicações ou jornais declaram explicitamente CI. Usados para avaliar as publicações dos candidatos e as publicações editoriais no que respeita aos CI declarados e às fontes de financiamento.

LinkedIn: uma rede social usada principalmente para contactos de trabalho profissionais, partilha de formulários de carreira pessoal e para candidaturas a empregos. Usada para avaliar a história profissional e ocupacional dos candidatos.

Yasni: um motor de busca alemão de metadados para o público em geral e que é usado para investigar as ligações dos candidatos a CI.

Websites de universidades, empresas, organizações e membros de faculdades ou de equipas. Usados para procurar informação sobre as publicações dos candidatos, afiliações profissionais e pessoais, distinções, prémios, bolsas e história ocupacional.

Websites dos governos, ministros, ONG e organizações governamentais internacionais (OGI). Usados para investigar os candidatos que detêm cargos nos ministérios da saúde ou desempenham outras funções governamentais ou institucionais. Os *websites* foram também usados para procurar fontes de financiamento, se tiverem sido publicadas.

Vários outros sites, incluindo os de parceiros ou de organizações ligadas aos próprios candidatos ou suas organizações afiliadas, universidades, sociedades, etc.

Processo de pesquisa

A unidade CCB concebeu um modelo simples de pesquisa para rastrear a informação publicamente acessível dos candidatos e depois utilizar o motor de busca Google para implementar esse modelo de pesquisa. O processo de pesquisa foi conduzido da seguinte forma:

1. avaliar a investigação dos candidatos nas plataformas públicas de publicação, como a PubMed;
2. encontrar a fonte de financiamento da investigação e anotar os conflitos revelados;
3. verificar se o candidato é afiliado de uma universidade, OGI/ONG, governo, jornal/publicação e/ou empresa que produza e/ou distribua tabaco, armas de fogo, petróleo ou produtos do petróleo, medicamentos e/ou alimentos e bebidas;
4. apreciar os perfis *online* dos candidatos, disponíveis nos seus próprios *websites*, nos *websites* das universidades ou nos seus perfis LinkedIn ou formulários de história pessoal, relativamente às suas afiliações actuais ou passadas, bolsas, associações ou parcialidade;
5. identificar os donativos publicamente revelados dos candidatos a escolas/instituições, etc.;
6. guardar verificações rápidas individuais com informação relevante;
7. distribuir os formulários de DI da OMS aos candidatos selecionados depois da verificação rápida.

A verificação rápida foi levada a cabo por dois membros da equipa de CCB durante três dias úteis. A unidade de CCB e o Gabinete da OMS para a Conformidade, Gestão dos Riscos e Ética usou os resultados para rever os perfis e as declarações de interesse dos candidatos.

Anexo 3

Perguntas SPICE

1.

Liderança e governação

Qual a melhor forma de integrar a comunicação dos riscos em emergências no planeamento e execução da liderança a nível nacional e internacional para eventos e emergências com implicações na saúde pública?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Governos nacionais.

Fenómenos de interesse: Integração das funções da comunicação dos riscos em emergências na liderança dos governos nacionais para a resposta a eventos ou emergências com implicações na saúde pública.

Comparação: Colocação variada das funções de comunicação dos riscos em emergências na estrutura de liderança nacional, proximidade organizacional dos responsáveis pela comunicação dos riscos em emergências à liderança nacional da resposta da saúde, distribuição da representação da comunicação dos riscos em emergências a todos os sectores da liderança nacional; considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Impacto sobre a confiança do público na informação relacionada com os eventos/emergências, sobre o alcance da informação junto das populações afectadas, sobre a coordenação da partilha da informação, a capacidade dos responsáveis para influenciar as decisões e sobre a rapidez com que a informação chega ao público durante um evento/emergência.

Calendário: a partir de 2003.

2.

Sistemas de informação

Quais os melhores tipos de mecanismos para criar ligações eficazes, transjurisdicionais para a partilha da informação relativa à comunicação dos riscos em emergências e coordenação interna?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Governos nacionais e autoridades subnacionais relevantes (e.g., departamentos de saúde distritais e locais), parceiros da resposta e da implementação.

Fenómenos de interesse: Criação de ligações e mecanismos formais, transjurisdicionais, interações e de comunicação para a partilha de informação e coordenação da comunicação; obstáculos e facilitadores desses mecanismos e ligações.

Comparação: Abordagens variadas – redes, protocolos burocráticos e procedimentos operacionais padrão, modelos de comando dos incidentes e outras abordagens para organizar e facilitar as conexões e a coordenação; considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Impacto sobre a rapidez e cobertura da informação pública; distribuição e consistência da informação partilhada; impacto sobre a confiança na informação partilhada.

Calendário: a partir de 2003.

3.

Recursos humanos

Qual a melhor forma de desenvolver e manter a capacidade de preparação e resposta dos responsáveis pela comunicação dos riscos em emergências?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Governos nacionais e autoridades subnacionais relevantes (e.g., autoridades de saúde distritais e locais), parceiros da resposta e da implementação.

Fenómenos de interesse: Desenvolvimento e manutenção das capacidades dos responsáveis pela comunicação dos riscos em emergências.

Comparação: Táticas variadas – formação em serviço, educação, programas de competências essenciais e outras oportunidades de desenvolvimento; considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Impacto no número de responsáveis com competências em comunicação dos riscos em emergências, âmbito/profundidade dessas competências e retenção de pessoal.

Calendário: a partir de 2003.

4.

Financiamento

Como assegurar um financiamento suficiente e sustentável para a comunicação dos riscos em emergências ?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Doadores, gestores do orçamento nacional.

Fenómenos de interesse: Abordagens e oportunidades do financiamento para a comunicação dos riscos em emergências, incluindo modelos que deem prioridade e integrem esse financiamento no processo de tomada de decisões para orçamentos abrangentes de gestão e respostas às emergências; obstáculos e facilitadores do financiamento.

Comparação: Experiências em diferentes contextos políticos e económicos e relacionados com as diferentes dimensões dos eventos (e.g., surtos versus sismos); considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Montante/proporção do financiamento para a comunicação dos riscos em emergências relativamente a todo o financiamento alocado à preparação e gestão das emergências e oportunidade desse financiamento.

Calendário: a partir de 2003.

5.

Confiança

Quais são as melhores e mais generalizáveis actividades da comunicação dos riscos em emergências para despertar a confiança nas autoridades sanitárias como fonte de informação para a protecção da saúde entre as comunidades afectadas e outras partes interessadas?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Governos nacionais e autoridades subnacionais relevantes (e.g., autoridades de saúde distritais e locais), comunidades afectadas e partes interessadas.

Fenómenos de interesse: Actividades de comunicação dos riscos em emergências para despertar a confiança nas autoridades sanitárias como fonte de informação para a protecção da saúde entre as comunidades afectadas e outras partes interessadas

Comparação: Auscultação (ouvir e responder às preocupações/perguntas do público), anúncios em devido tempo, consistência das mensagens, força das relações pré-existentes, uso de porta-vozes competentes/credíveis, admissão de erros, reconhecimento das incertezas, publicação das avaliações e revisões, uso de porta-vozes e pessoas influentes a nível local; considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Impacto sobre níveis de conhecimento rigoroso e cumprimento das recomendações sanitárias entre as populações afectadas, percepção da credibilidade das autoridades sanitárias entre as populações afectadas e outras partes interessadas.

Calendário: a partir de 2003.

6.

Coordenação

Quais as melhores formas de assegurar a coordenação das actividades de comunicação dos riscos entre os agentes da resposta em todas as organizações e os níveis de resposta?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Governos nacionais e autoridades subnacionais relevantes (e.g., autoridades de saúde distritais e locais), parceiros da resposta e implementação.

Fenómenos de interesse: Mecanismos e sistemas de coordenação das actividades de comunicação dos riscos entre o governo nacional, autoridades sanitárias subnacionais e outros parceiros da resposta.

Comparação: Redes, procedimentos operacionais padrão/planeamento conjunto, estruturas organizacionais, centros de informação conjunta, centros de operações de emergência, liderança colaborativa, competências para constituição de equipas; considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Impacto na consistência e oportunidade das mensagens, redução das acções redundantes, aumento dos recursos humanos e financeiros.

Calendário: a partir de 2003.

7.

Planeamento da comunicação estratégica

Quais são os elementos e os passos de um planeamento eficaz da comunicação estratégica?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Governos nacionais e autoridades subnacionais relevantes (e.g., departamentos de saúde distritais e locais), parceiros da resposta e implementação.

Fenómenos de interesse: Abordagens para o planeamento da comunicação estratégica, incluindo tipos de participantes, processos de planeamento e componentes de planos resultantes.

Comparação: Todos os perigos versus ameaças específicas; processos de desenvolvimento variados, orientados pelos dados versus melhores práticas, inclusão de métrica/indicadores; considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Impacto sobre o âmbito/possibilidade de generalização do plano resultante, viabilidade da implementação, aceitação da liderança e dos implementadores.

Calendário: a partir de 2003.

8.

Monitorização e avaliação

Quais as melhores formas e instrumentos mais apropriados para a recolha, análise e interpretação dos dados e *feedback* da comunicação dos riscos em emergências e para a integração dos resultados no planeamento, formulação de estratégias, execução e avaliação da comunicação dos riscos em emergências?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Governos nacionais e autoridades subnacionais relevantes (e.g., departamentos de saúde distritais e locais), parceiros da resposta e implementação, comunidades de risco e partes interessadas.

Fenómenos de interesse: Métodos e sistemas para a recolha, análise e aplicação dos dados relacionados com a comunicação dos riscos em emergências.

Comparação: Entre tipos de dados e recolha de dados, *feedback* das comunidades e do público, testagem das mensagens, inquéritos públicos, monitorização dos meios de comunicação social e das redes sociais, avaliações rápidas dos comportamentos, grupos de reflexão, entrevistas aos principais informadores, etc.; considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Impacto sobre o nível de integração dos resultados nos planos, estratégias e táticas da comunicação dos riscos em emergências; rapidez em modificar as mensagens e materiais da comunicação dos riscos em emergências com base nos resultados; percepção no seio das comunidades em causa de que as autoridades sanitárias as “auscultam”; rapidez no combate aos rumores; impacto sobre a confiança pública na informação sobre protecção da saúde; percepção entre as comunidades de risco e partes interessadas da relevância da resposta.

Calendário: a partir de 2003.

9.

Envolvimento das comunidades

Quais as melhores formas de envolver as comunidades nas actividades de comunicação dos riscos em emergências, para dar resposta a eventos/contextos?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Governos nacionais e autoridades subnacionais relevantes (e.g., departamentos de saúde distritais e locais), parceiros da resposta e implementação, comunidades de risco e partes interessadas.

Fenómenos de interesse: Estratégias e táticas para incentivar a participação das comunidades de risco no planeamento e resposta da comunicação dos riscos em emergências.

Comparação: Diferentes táticas – integração das comunidades de risco nos processos de planeamento, incentivos à liderança das comunidades, uso de sistemas formais de notificação e circuitos de *feedback*, entre outras; considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Impacto sobre o nível de envolvimento e manutenção da participação comunitária, confiança do público na informação sobre protecção da saúde, nível de cobertura da partilha da informação, relevância percebida entre as comunidades da resposta nacional às dúvidas/preocupações locais.

Calendário: a partir de 2003.

10.

Redes sociais

Quais os melhores canais e práticas das redes sociais para promover medidas de protecção da saúde e dissipar os rumores e a informação deturpada durante os eventos e emergências com implicações na saúde pública?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Governos nacionais e autoridades subnacionais relevantes (e.g., departamentos de saúde distritais e locais), parceiros da resposta e implementação, comunidades de risco e partes interessadas.

Fenómenos de interesse: Capacidade dos diferentes canais e práticas das redes sociais para promover a informação sobre protecção da saúde e dissipar os rumores e a informação deturpada – extensão do alcance, nível de influência, resultados, tipos de público.

Comparação: Fonte das mensagens das redes sociais (autoridades sanitárias, líderes comunitários, celebridades, ONG, etc.), tipos de redes sociais (SMS, Twitter, Facebook, etc.); considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Impacto sobre a confiança do público na informação sobre protecção da saúde, nível de cobertura da partilha de informação, consequências negativas não previstas, distorção das mensagens/informação sobre protecção da saúde, impacto sobre o envolvimento comunitário.

Calendário: a partir de 2003.

11.

Comunicação das incertezas

Quais as melhores formas de comunicar as incertezas ao público, às comunidades de risco e às partes interessadas?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Governos nacionais e autoridades subnacionais relevantes (e.g., departamentos de saúde distritais e locais), jornalistas, parceiros da resposta e implementação, comunidades e partes interessadas.

Fenómenos de interesse: Táticas de conquista de confiança na comunicação dos riscos em emergências, para comunicar as incertezas inerentes aos eventos e emergências com implicações sobre a saúde pública.

Comparação: Diferentes fontes de informação (nível de autoridade, comunidades locais, autoridades governamentais nacionais); oportunidade das recomendações, anúncios e alertas; consistência das mensagens; rotulagem das recomendações como “provisórias”; reconhecimento do desconhecido; reconhecimento do que se conhece; considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Impacto sobre a confiança do público na informação sobre a protecção da saúde, aceitação e cumprimento das recomendações; alterações e mudanças da informação no decurso do evento/emergência.

Calendário: a partir de 2003.

12.

Elaboração das mensagens

Quais os elementos e momentos das mensagens que melhor influenciam os níveis públicos/comunitários de preocupação para motivarem acções relevantes de protecção da saúde?

Contexto: No contexto da preparação e resposta a eventos/emergências nacionais e internacionais com implicações na saúde pública nos países de altos, baixos e médios rendimentos e nos estados mais frágeis.

Perspetiva: Governos nacionais e autoridades subnacionais relevantes (e.g., departamentos de saúde distritais e locais), jornalistas, parceiros da resposta e comunidades.

Fenómenos de interesse: Oportunidade e conteúdo das mensagens de comunicação dos riscos em emergências destinados a intensificar/atenuar as preocupações do público e das comunidades acerca das ameaças.

Comparação: Diferentes fases do evento/emergência, diferentes fontes de informação (nível das autoridades, comunidades locais, autoridades governamentais nacionais), consistência e frequência das mensagens, diferentes tipos de apelos; considerações de equidade, tais como características contextuais e populacionais locais.

Avaliação: Impacto sobre a confiança do público na informação acerca da protecção da saúde, nível de motivação para agir de acordo com as recomendações sanitárias, nível de cumprimento das recomendações.

Calendário: a partir de 2003.

ISBN 978-92-4-855020-1



9 789248 550201