



**UNDRR**

Escritório das Nações Unidas para  
Redução do Risco de Desastres

# RESILIÊNCIA A CATÁSTROFES FERRAMENTA DE AUTO- AVALIAÇÃO A NÍVEL LOCAL

ABRIL 2020

ADENDO PARA RESILIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Versão Consultiva 2.0



# Ferramenta de Auto-Avaliação da Resiliência face à Catástrofes a Nível Local : Adendo para Resiliência do Sistema de Saúde Pública

Um dos problemas conhecidos na Ferramenta de Auto-Avaliação da Resiliência face à Catástrofes a Nível Local (o "Scorecard") é que os problemas de saúde pública e as consequências dos desastres sobre ela não são devidamente enfatizados. Embora os fatores de saúde mais óbvios, como capacidade de serviços hospitalares e segurança estrutural e não estrutural, sejam cobertos no Scorecard (no Princípio 8 - veja abaixo), outras questões de saúde pública relacionadas a desastres não foram tratadas o suficiente. Este Adendo, promulgado pela UNDRR, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e parceiros, visa remediar isso. O Adendo deve ser usado em conjunto com o Scorecard da UNDRR (versão preliminar ou detalhada) e a [Estrutura de Gerenciamento de Emergência de Saúde e Risco de Desastres da OMS \(Health EDRM\) da OMS](#).

O termo "questões de saúde pública" é usado aqui para cobrir impactos generalizados sobre a saúde de uma população que acompanha emergências e desastres. Isso pode incluir:

- Eventos por si próprios (por exemplo, um surto de doença ou pandemia, seca, terremoto, inundação, tornado, fome, incêndios florestais, picos de poluição do ar);
- Consequências imediatas de um desastre (por exemplo, vítimas em massa, trauma físico, doenças e efeitos na saúde mental);
- Consequências secundárias de desastres com riscos e impactos à saúde (por exemplo, desnutrição, surtos de doenças transmitidas pela água de sistemas de saneamento danificados, interrupção dos meios de subsistência, interrupções dos programas de vacinação, impactos psicológicos de longo prazo, aumento da incidência de doenças não transmissíveis, ou efeitos múltiplos de estadias de longa duração em arranjos de vida temporários);
- Interrupções nos serviços de saúde para indivíduos com problemas de saúde pré-existent (por exemplo, acesso a medicamentos para condições crônicas, ou quando uma falta de energia prolongada desabilita máquinas de diálise em casa ou cadeiras de rodas elétricas);
- Consideração das necessidades das populações vulneráveis após um desastre (por exemplo, os pobres, jovens, pessoas com deficiência, idosos, mulheres);
- A capacidade do sistema de saúde (amplamente concebido - veja abaixo) em uma cidade para lidar com essas questões enquanto continua a executar suas funções diárias de cuidar dos doentes e feridos e mitigar os riscos à saúde do público em geral.

O termo "sistema de saúde pública" inclui, mas não pode se restringir a todos os itens listados no Anexo 2 da Estrutura de EDRM de Saúde e alguns outros itens. Como exemplos:

- Serviços de saúde;
- Hospitais;
- Instalações residenciais e lares de idosos;
- Clínicas de saúde comunitárias, consultórios médicos de família e instalações de atendimento ambulatorial;
- Instalações de saúde mental;
- Departamentos de saúde do setor público;
- Sistemas de vigilância de doenças;
- Instalações laboratoriais de saúde;
- Sistemas de distribuição e fornecimento de dispositivos e equipamentos farmacêuticos e médicos;
- Sistemas de saúde ambiental (por exemplo, para materiais perigosos);
- Sistemas de água e saneamento;
- Sistemas de distribuição e segurança de alimentos;
- Informações da comunidade, processos e instalações de envolvimento e divulgação;
- Centros de controle de gestão de emergências;
- Sistemas não relacionados à saúde, dos quais a assistência à saúde pode ser criticamente dependente - energia, água, comunicações, estradas, conscientização da comunidade, etc. (para os quais, consulte o Scorecard da UNDRR);
- Todo o pessoal de saúde e outros, voluntários, ativos, equipamentos de instalações e equipamentos de proteção necessários para gerenciar e operar os itens acima.

Uma descrição mais ampla do sistema de saúde inclui todas as atividades cujo objetivo principal é promover, restaurar e / ou manter a saúde. Assim, pode incluir pessoas, instituições e recursos que estão na saúde e em outros setores. O Scorecard e este Adendo podem ser usados para demonstrar as contribuições de todos os setores para melhorar os resultados de saúde dos desastres.

Esta versão do Adendo para Resiliência do Sistema de Saúde Pública é baseada na versão consultiva 1.0 lançada em julho de 2018.

## Avaliação da estrutura da resiliência do sistema de saúde pública

O Adendo é estruturado em seções ao redor dos mesmos “[Dez Princípios para construir cidades resilientes](#)” como o Scorecard. Ele inevitavelmente se sobrepõe à cobertura de hospitais e distribuição de alimentos no Essencial 8 e pode ser considerado como uma ampliação destes:

- Integração de saúde pública e governança (Princípio 1);
- Integração de cenários de saúde pública e desastres (Princípio 2);
- Integração de saúde pública e finanças (Princípio 3);
- Integração da necessidade de saúde pública ao código do uso do solo/ construção (Princípio 4);
- Gestão de serviços de ecossistemas que afetam a saúde pública (Princípio 5);
- Integração da saúde pública e capacidade institucional (Princípio 6);
- Integração da saúde pública e capacidade social (Princípio 7);
- Integração de saúde pública e resiliência de infraestrutura (Princípio 8);
- Integração da saúde pública e resposta a desastres (Princípio 9);
- Integração da saúde pública e recuperação/ reconstrução melhor (Princípio 10).

No total, são 23 questões/ indicadores, cada um com uma pontuação de 0 a 5, em que 5 é a melhor prática.

## Dados necessários para análise

Os dados que você precisará para preencher este Adendo incluirão:

- Capacidade do sistema de saúde pública, partes interessadas e atores responsáveis, planejamento e documentação de procedimentos;
- Planejamento de gerenciamento de emergência e documentação de procedimentos;
- Infraestrutura de Saúde Pública (ver Princípio 8);
- Dados sobre resultados de saúde de desastres anteriores, se disponíveis;
- Dados demográficos, inclusive para populações vulneráveis;
- Feedback da comunidade e dos profissionais sobre a capacidade e eficácia do sistema.

## Reconhecimentos

UNDRR gostaria de agradecer a várias pessoas que contribuíram para este Adendo:

- Yoshiko Abe, Ph.D., Sustainability Strategist, International Headquarters, Kokusai Kogyo Co., Ltd.
- Jonathan Abrahams, Health Emergencies Program, World Health Organization
- Sanjana Chintalapudi, Business Transformation Consultant, IBM
- Jon Philipsborn, Associate Vice President, Climate Adaptation Practice Director, Americas, AECOM
- Becca Philipsborn, Assistant Professor, Emory University Department of Pediatrics and Emory Global Health Institute
- Benjamin Ryan, Clinical Associate Professor, Department of Environmental Science, Baylor University
- Dale Sands, Principal, M.D. Sands Consulting Solutions LLC.
- Nik Steinberg, Climate Risk Specialist Consultant, 427 Consulting
- Peter Williams, Ph.D., IBM Distinguished Engineer (Retd.), Founder and Principal Peter Williams Solutions LLC.

Coordenadores: Sanjaya Bhatia & Mutarika Pruksapong, Global Education and Training Institute (GETI), UNDRR.

Traduzido para o Português-Brasil pela Universidade Federal de Juiz de Fora [www.ufjf.br/resiliencia](http://www.ufjf.br/resiliencia)

Nota dos Tradutores: Neste documento, a expressão "mais provável" é recorrente em várias perguntas, neste sentido consultando profissionais da área de saúde no Brasil, entende-se que a expressão é sinônima de "mais comum".



## PRINCÍPIO I: Organizar para resiliência a desastres

### Adendo - Integração de saúde pública e governança

Ref	Assunto / Problema	Questão / Área de Avaliação	Escala de medição indicativa	Comentários
P.I	<b>Adendo - Integração de saúde pública e governança (Princípio I)</b>			
PI.I	<b>O setor de saúde faz parte da governança multisetorial de gestão de risco de desastres</b>	Até que ponto o(s) mecanismo(s) de governança para gestão de risco de desastres integra toda a amplitude das funções/setores de saúde pública?	<p>5 – O espectro completo de funções da saúde pública (veja à direita) contribui regularmente para os mecanismos de governança para resiliência a desastres da cidade e para todos os principais programas e documentos de resiliência a grandes desastres. (A participação pode ser feita através de um ponto focal que junta as contribuições de diversas disciplinas).</p> <p>4 – Os representantes da maioria dos setores da saúde pública geralmente participam de reuniões de resiliência a desastres em grandes cidades e contribuem para programas importantes, mas podem não estar envolvidos em todas as atividades relevantes.</p> <p>3 – Os setores da saúde pública têm seus próprios fóruns e mecanismos de resiliência a desastres, mas, embora incluam todo o espectro de funções, eles não são totalmente coordenados com outros atores, como governos municipais, operadores logísticos ou grupos comunitários. O foco pode ser estritamente na resposta imediata a eventos, ao invés de questões mais amplas sobre resiliência, como impactos de longo prazo.</p> <p>2 – Alguns setores de saúde pública estão envolvidos em algumas atividades de resiliência a desastres na cidade, mas não há envolvimento completo.</p> <p>1 – Existe apenas um envolvimento rudimentar de setores de saúde pública nas atividades de resiliência a desastres da cidade.</p> <p>0 – Não há setores de saúde pública na região ou, se há, não está de forma alguma engajada na resiliência frente a desastres.</p>	<p>Conforme usado aqui, o termo "funções de saúde pública" inclui a lista completa de itens estabelecida no Anexo 2 da estrutura de EDRM de Saúde da OMS, referenciada anteriormente. Exemplos incluem, mas não estão restritos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento e controle de doenças infecciosas;</li> <li>• Cuidados ao trauma;</li> <li>• Cuidados básicos;</li> <li>• Cuidados pediátricos e geriátricos;</li> <li>• Cuidado de emergência;</li> <li>• Saúde ambiental;</li> <li>• Epidemiologia;</li> <li>• Controle de vetores;</li> <li>• Ambulâncias e transporte de saúde;</li> <li>• Fornecimento de equipamentos farmacêuticos e médicos;</li> <li>• Água e saneamento;</li> <li>• Segurança alimentar, armazenamento refrigerado e distribuição;</li> <li>• Segurança de produtos químicos e perigosos (materiais perigosos) (em locais com fábricas de produtos químicos, por exemplo);</li> <li>• Saúde mental e saúde mental comunitária, incluindo aconselhamento sobre luto e trauma mental;</li> <li>• Gestores de saúde pública municipais, estaduais e nacionais.</li> </ul> <p>Os representantes dessas funções precisam estar em posição de falar com autoridade sobre os recursos disponíveis na cidade e na região para manter o sistema público de saúde.</p>



## PRINCÍPIO 2: Identificar, compreender e usar cenários de riscos atuais e futuros

### Adendo - Integração de cenários de saúde pública e desastres

Ref	Assunto / Problema	Questão / Área de Avaliação	Escala de medição <i>indicativa</i>	Comentários
<b>P.2</b>	<b>Integração de cenários de saúde pública e desastres (Princípio 2)</b>			
<b>P2.1</b>	<b>Inclusão de uma série de emergências e desastres como um cenário de desastre por si só (por exemplo, surtos de doenças / pandemias, fome, escassez de água, etc.)</b>	Até que ponto as emergências e desastres, incluindo surtos de doenças, estão incluídos no planejamento de risco de desastres?	<p>5 – As emergências e desastres, incluindo surtos de doenças, são totalmente incluídos pela cidade, seja como um cenário de risco por si só, seja como parte de um cenário “complexo”. O impacto provável na disponibilidade de equipe e nas unidades de saúde é modelado e planejado, tanto isoladamente quanto em combinação com outros riscos onde uma epidemia ou pandemia pode prejudicar a capacidade de resposta.</p> <p>4 – Emergências e desastres, incluindo surtos de doenças, são tratados como acima, mas tendem a ser considerados isoladamente de outros riscos e, portanto, a interação com demais riscos pode não ser totalmente abordada.</p> <p>3 – Emergências e desastres, incluindo surtos, são considerados juntamente com seus prováveis impactos, mas tais impactos não são totalmente modelados.</p> <p>2 – Emergências e desastres, incluindo surtos, podem ser considerados, mas apenas em níveis graves.</p> <p>1 – O risco de surtos pode ser considerado um problema, mas sem consideração ativa em relação ao impacto ou às respostas necessárias.</p> <p>0 – Não há nenhuma consideração sobre surtos.</p>	O Scorecard requer o desenvolvimento de (pelo menos) um cenário “mais grave” e um “mais provável” para planejar a resiliência a desastres. Esta questão aborda em que medida emergências e desastres, incluindo surtos de doenças, estão incluídos nos cenários de risco adotados pela cidade. A próxima pergunta aborda o impacto dos problemas de saúde no planejamento da gestão de desastres e na resposta e recuperação pós-desastre. Entenda como cenário complexo: uma série de riscos que não incluem somente emergência, tais como riscos ambientais e epidemiológicos.



<p><b>P2.2</b></p>	<p><b>Inclusão dos impactos previsíveis na saúde pública em outros cenários de risco de desastre (por exemplo, inundações, eventos de calor, escorregamentos)</b></p>	<p>Até que ponto os impactos na saúde pública estão incluídos no planejamento do cenário da cidade para outros riscos de desastres?</p>	<p>5 – Um conjunto abrangente de questões de saúde relacionadas a desastres está totalmente incluído dentro dos cenários de planejamento em caso de calamidades. O impacto provável na disponibilidade de equipe, instalações de saúde, água e saneamento, tratamento e cuidados é planejado e modelado, incluindo o impacto imediato e os problemas de saúde físicos e psicológicos de longo prazo.</p> <p>4 – As questões de saúde em caso de desastres são plenamente tratadas conforme acima, mas tendem a ser consideradas isoladamente de outros impactos e, portanto, o efeito que pode ter na recuperação de desastres não é totalmente avaliado.</p> <p>3 – Uma série de questões de saúde em caso de desastres são abordadas, talvez em detalhes, mas não há uma cobertura completa. É provável que sejam omitidos problemas de saúde física e mental ao longo prazo.</p> <p>2 – Alguns problemas de saúde imediatos pós-desastre são considerados e planejados, mas apenas como um esboço de abordagem.</p> <p>1 – Problemas de saúde em caso de desastres podem ser reconhecidos, mas sem um planejamento real para eles.</p> <p>0 – Não existe qualquer consideração sobre questões de saúde pós-desastre.</p>	<p>O Scorecard requer o desenvolvimento de (pelo menos) um cenário “mais grave” (pior caso) e um “mais provável” (caso comum) para planejar a resiliência a desastres. Esta questão aborda a inclusão de prováveis problemas de saúde de desastres na análise de risco da cidade e desenvolvimento e planejamento de cenários.</p> <p>Conforme estabelecido na estrutura do Health EDRM, tais questões incluirão (mas não estão restritas a):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento ao trauma e pós-trauma;</li> <li>• Tratamento e cuidados para doenças crônicas;</li> <li>• Cuidados pediátricos e geriátricos;</li> <li>• Água e doenças transmitidas por alimentos (às vezes chamadas de saúde ambiental);</li> <li>• Facilidade de quarentena;</li> <li>• Abrigos de emergência;</li> <li>• Impactos na saúde mental, incluindo luto e trauma mental.</li> </ul> <p>Outra consideração pode ser o impacto dos desastres na gestão dos problemas de saúde pública existentes e como eles podem, por sua vez, impedir a recuperação.</p>
<p><b>P2.3</b></p>	<p><b>Inclusão no planejamento de desastres de condições crônicas de saúde pré-existentes, incluindo doenças não transmissíveis</b></p>	<p>Até que ponto os problemas crônicos de saúde pré-existentes são incluídos em cenários em que os desastres provavelmente os agravarão ou nos quais provavelmente impedirão a sua recuperação?</p>	<p>5 – As enfermidades crônicas de saúde são analisadas de forma abrangente e incluídas na definição e planejamento de cenários; OU a cidade não sofre de nenhuma condição crônica relevante.</p> <p>4 – De modo geral, as condições crônicas de saúde são identificadas e incluídas na definição e planejamento de cenários.</p> <p>3 – As condições crônicas de saúde mais frequentes estão incluídas na definição ou planejamento do cenário, com algumas lacunas.</p> <p>2 – As condições crônicas de saúde são conhecidas, mas não incluídas na definição e planejamento de cenários.</p> <p>1 – Existem lacunas importantes na identificação e inclusão das condições crônicas de saúde.</p> <p>0 – Não há nenhuma tentativa de identificar ou considerar as condições crônicas de saúde.</p>	<p>As condições crônicas de saúde existentes em uma área - por exemplo, doenças cardiovasculares, respiratórias, neurodegenerativas, musculoesquelética, câncer e diabetes (e em determinadas áreas desnutrição, doenças endêmicas como malária ou cólera), dependência crônica de drogas ou uma grande proporção de pessoas idosas - interagem com desastres, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tornar seu impacto mais severo;</li> <li>• Impor encargos adicionais ao esforço de recuperação;</li> <li>• Ultrapassar algum ponto crítico, entrar em epidemias ou se tornar um desastre por si só (ver P2.1 acima).</li> </ul> <p>Eles devem ser incluídos nas avaliações de risco.</p>



## PRINCÍPIO 3: Fortalecer a capacidade financeira para a resiliência

### Adendo - Integração de saúde pública e finanças

Ref	Assunto / Problema	Questão / Área de Avaliação	Escala de medição indicativa	Comentários
<b>P3</b>	<b>Integração de saúde pública e finanças (Princípio 3)</b>			
<b>P3.1</b>	<b>Financiamento para aspectos de resiliência de saúde pública</b>	Até que ponto o financiamento é identificado e disponível para lidar com os riscos e impactos de desastres para a saúde pública?	<p>5 – O financiamento é identificado e acessível de forma a abordar todas as implicações conhecidas para a saúde no cenário mais grave abordado no Princípio 2.</p> <p>4 – O financiamento é identificado e acessível de forma a abordar todas as implicações conhecidas para a saúde no cenário mais comum abordado no Princípio 2.</p> <p>3 – As necessidades de financiamento são conhecidas, mas é também admitida a existência de insuficiências de financiamento. Tais insuficiências estão sendo abordadas de forma ativa.</p> <p>2 – As necessidades não são totalmente conhecidas e, quando são, há algumas lacunas identificadas. Tais deficiências podem ser abordadas ativamente ou não.</p> <p>1 – As necessidades de financiamento na saúde foram avaliadas apenas em linhas gerais e apenas um conhecimento generalizado das fontes de financiamento está disponível, as quais não foram procuradas.</p> <p>0 – Sem consideração das necessidades ou fontes de financiamento.</p>	<p>Conforme estabelecido no Scorecard principal, a consideração das fontes de financiamento deve incluir “dividendos”. Podendo ser um dos seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “De entrada” - despesas com outras coisas que podem conferir algum benefício de saúde pública/ resiliência, por exemplo, elevar serviços hospitalares essenciais acima de zonas de inundação, geradores de backup em unidades de cuidados primários ou onde um novo centro comunitário também pode ser cooptado como um centro de tratamento temporário;</li> <li>• “De saída” - despesas com itens de saúde pública/ resiliência onde outros benefícios também surgem - por exemplo, onde a preocupação com doenças transmitidas pela água leva à modernização ou reposicionamento de uma estação de tratamento de água ou se as rotas de transporte à prova de inundação permitem o acesso contínuo a suprimentos médicos.</li> </ul>



## PRINCÍPIO 4: Buscar projeto e desenvolvimento urbano resiliente

### Adendo - Integração da necessidade de saúde pública ao código do uso do solo/ construção

Ref	Assunto / Problema	Questão / Área de Avaliação	Escala de medição indicativa	Comentários
<b>P4</b>	<b>Integração da necessidade de saúde pública ao código do uso do solo/ construção (Princípio 4)</b>			
<b>P4.1</b>	<b>Conformidade das principais unidades de saúde com o zoneamento de terras resilientes e códigos de construção</b>	Até que ponto as principais unidades de saúde estão localizadas e construídas de maneira a permitir que estas continuem operacionais após um desastre?	<p>5 – Todas as principais unidades de saúde pública (ver à direita) estão incluídas e obedecem a legislação que lhes permitirão sobreviver dentro de um cenário de desastre “mais grave”.</p> <p>4 – Todos os principais estabelecimentos de saúde pública estão incluídos e obedecem a legislação que lhes permitirão sobreviver dentro do cenário de desastre “mais provável”.</p> <p>3 – Algumas unidades de saúde pública importantes não estão incluídas ou não cumprem a legislação que lhes permitirão sobreviver no cenário de desastre “mais provável”.</p> <p>2 – Mais de 50% das principais unidades de saúde pública não estão incluídas ou não estão em conformidade com a legislação que lhes permitirão sobreviver no cenário de desastre “mais provável”.</p> <p>1 – Mais de 75% das principais unidades de saúde pública não estão incluídas ou não estão em conformidade com a legislação que lhes permitirão sobreviver no cenário de desastre “mais provável”.</p> <p>0 – Nenhuma avaliação foi realizada.</p>	<p>O Princípio 8 no Scorecard trata de hospitais e distribuição de alimentos. Os usuários podem optar por incluir esses dados na avaliação aqui. Outras instalações de saúde pública importantes podem incluir, mas não estão limitadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitais que não são tratados no Princípio 8;</li> <li>• Clínicas comunitárias, centros de saúde e enfermarias, especialmente aquelas com função regional (por exemplo, unidades de diálise, unidades de queimados);</li> <li>• Drogarias e dispensários;</li> <li>• Centros de Alimentação;</li> <li>• Centros de aquecimento ou resfriamento;</li> <li>• Laboratórios e centros de testes;</li> <li>• Capacidades de isolamento;</li> <li>• Lares residenciais e unidades de convivência assistida;</li> <li>• Suprimentos médicos, bem como instalações de logística e cadeia de suprimentos;</li> <li>• Instalações de distribuição de alimentos de emergência, quando não abordadas no Princípio 8;</li> <li>• Suprimentos de energia e água e vias de acesso a qualquer um dos itens acima;</li> <li>• Disponibilidade da força de trabalho pós-desastre.</li> </ul>





## PRINCÍPIO 5: Proteger as zonas naturais para melhorar as funções protetoras oferecidas pelos ecossistemas

Adendo - Gestão de serviços de ecossistemas que afetam a saúde pública

Ref	Assunto / Problema	Questão / Área de Avaliação	Escala de medição <i>indicativa</i>	Comentários
<b>P5</b>	<b>Gestão dos serviços de ecossistemas que afetam a saúde pública (Princípio 5)</b>			
<b>P5.1</b>	<b>Preservação e gestão dos serviços de ecossistemas que fornecem benefícios de saúde pública</b>	Até que ponto os serviços de ecossistemas que fornecem benefícios à saúde pública são identificados e protegidos?	<p>5 – Todos os serviços de ecossistemas relevantes são identificados, protegidos e reconhecidos como progredindo.</p> <p>4 – Todos os serviços de ecossistemas relevantes são identificados e, em teoria, protegidos, mas podem não estar progredindo.</p> <p>3 – Alguns, mas não todos os serviços de ecossistemas relevantes, são identificados. Aqueles identificados estão protegidos, pelo menos em teoria, mas podem não estar progredindo.</p> <p>2 – Existem lacunas generalizadas na identificação e proteção dos serviços de ecossistemas relevantes. Há problemas significativos com a saúde de alguns dos serviços ecossistêmicos monitorados.</p> <p>1 – Há esforços rudimentares para identificar e proteger os serviços de ecossistemas relevantes. Existem problemas generalizados com a situação e saúde dos serviços que foram identificados.</p> <p>0 – Não há nenhuma tentativa de identificar e proteger os serviços de ecossistemas relevantes e há uma alta probabilidade de que seriam avaliados como severamente degradados se fossem formalmente identificados.</p>	<p>Exemplos de serviços ecossistêmicos que fornecem benefícios na saúde pública incluem, mas não estão restritos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Filtragem natural da água (utilizando-se de açudes ou aquíferos);</li> <li>• Zonas azuis e verde</li> <li>• Cobertura de árvores para reduzir os efeitos das ilhas de calor ou para reduzir a poluição do ar;</li> <li>• Espécies predadoras de mosquitos e outros potenciais portadores de doenças;</li> <li>• Suprimento de alimentos (p. ex, peixe) e terras cultiváveis para fornecer itens essenciais à nutrição.</li> </ul>



## PRINCÍPIO 6: Fortalecer a capacidade institucional para a resiliência

### Adendo - Integração da saúde pública e capacidade institucional

Ref	Assunto / Problema	Questão / Área de Avaliação	Escala de medição indicativa	Comentários
<b>P6</b>	<b>Integração de saúde pública e capacidade institucional (Princípio 6)</b>			
<b>P6.1</b>	<b>Disponibilidade da força de trabalho de saúde pública com competências e habilidades relevantes para resiliência a desastres</b>	Até que ponto as competências e habilidades das forças de trabalho necessárias para planejar e manter os sistemas e serviços de saúde pública para resiliência a desastres estão disponíveis para a cidade?	<p>5 – Todas as competências e habilidades relevantes da força de trabalho foram identificadas e avaliadas como adequadas para o planejamento de desastres, serviços de saúde e recuperação pós-desastre, tanto em relação à quantidade quanto ao nível dessas competências.</p> <p>4 – Todas as habilidades relevantes foram identificadas e algumas deficiências menores são conhecidas, tanto relação à quantidade quanto ao nível dessas habilidades.</p> <p>3 – Todas as habilidades relevantes estão identificadas e deficiências mais significativas são conhecidas, tanto em relação à quantidade quanto ao nível dessas habilidades.</p> <p>2 – A identificação de competências está incompleta e há carências significativas naquelas conhecidas, tanto em relação à quantidade quanto ao nível dessas competências. 1 – Há um esforço rudimentar para identificar habilidades. Suspeita-se que as deficiências em termos de quantidade e nível de competências são universais.</p> <p>0 – Nenhuma consideração foi dada ao problema.</p>	<p>O Princípio 8 no Scorecard trata da quantidade e habilidades dos médicos, enfermeiros e socorristas. Usuários do Adendo podem optar por incluir os seguintes elementos na avaliação, que não estão restritos a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorização de atendimento;</li> <li>• Reanimação respiratória;</li> <li>• Remoção de um local para outro em segurança.</li> <li>• Agilidade e precisão técnica.</li> <li>• Capacidade de adaptação.</li> </ul> <p>Segundo o Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e desastres em saúde (CEPEDES/FIOCRUZ), também inclui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade de trabalhar em situações de extrema demanda e estresse;</li> <li>• Disponibilidade de horário;</li> <li>• Atitude para trabalho em equipe;</li> <li>• Capacitação em temas básicos, por exemplo: Primeiros socorros, tarefas específicas de busca e resgate de vítimas.</li> </ul>

<p><b>P6.2</b></p>	<p><b>Compartilhamento de dados do sistema público de saúde com outras partes interessadas</b></p>	<p>Até que ponto os dados de saúde pública sobre vulnerabilidades e capacidades do sistema de saúde, bem como riscos e alerta precoce de surtos, são compartilhados com outras partes interessadas que precisam deles?</p>	<p>5 – Os dados e fluxos de dados da saúde pública são identificados; dados de qualidade são distribuídos de forma confiável a todas as partes interessadas que deles precisam, incluindo o público, conforme aplicável.</p> <p>4 – Todos os principais dados e fluxos de dados da saúde pública são identificados e dados de qualidade são distribuídos de forma confiável para a maioria das partes interessadas, incluindo o público, conforme aplicável.</p> <p>3 – A maioria dos dados e fluxos de dados são identificados e distribuídos, mas podem ser de qualidade e confiabilidade inferiores para um subconjunto limitado de partes interessadas.</p> <p>2 – Alguns dados e fluxos de dados são distribuídos apenas para uma ou duas partes interessadas; qualidade e confiabilidade são reconhecidamente um problema.</p> <p>1 – Tanto a identificação como a distribuição de dados são rudimentares. Quando fornecidos, são feitos de forma errática e não confiável.</p> <p>0 – Nenhum dado de saúde pública foi identificado ou distribuído.</p>	<p>Os dados relevantes neste contexto podem incluir mas não estão restritos a exemplos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dados de alerta precoce e vigilância para surtos;</li> <li>• Localização, capacidade e status dos recursos e instalações de saúde pública, antes e depois do desastre;</li> <li>• Níveis de habilidade e número de funcionários disponíveis;</li> <li>• Problemas de suprimentos;</li> <li>• Prováveis impactos de desastres - prováveis problemas de saúde pública, degradação de capacidades;</li> <li>• Monitoramento da qualidade de dados e perspectivas para medidas de resposta a desastres e problemas de saúde pública pós-desastre - extensão da doença (incluindo doenças crônicas, populações que não recebem cuidados, etc.)</li> </ul> <p>A distribuição pode ser feita por meio de um ponto central, tais como o coordenador de gerenciamento de emergência.</p>
<p><b>P6.2.1</b></p>	<p><b>Compartilhamento de outros dados com as partes interessadas do sistema de saúde pública</b></p>	<p>Até que ponto os dados de outros sistemas são compartilhados com as partes interessadas do sistema de saúde pública que deles precisam?</p>	<p>5 – Dados e fluxos de dados relevantes para outros sistemas são identificados; os dados de qualidade são distribuídos de forma confiável para todas as partes interessadas da saúde pública que deles precisam.</p> <p>4 – Todos os principais dados e fluxos de dados são identificados e dados de qualidade são distribuídos de forma confiável para a maioria das partes interessadas da saúde pública.</p> <p>3 – A maioria dos dados e fluxos de dados são identificados e distribuídos, mas podem ser de qualidade e confiabilidade inferiores para um subconjunto limitado de interessados na saúde pública.</p> <p>2 – Alguns dados e fluxos de dados são distribuídos apenas para uma ou duas partes interessadas da saúde pública; qualidade e confiabilidade são reconhecidamente um problema.</p> <p>1 – Identificação e distribuição de dados são rudimentares – erráticos e não confiáveis, mesmo quando fornecidos.</p> <p>0 – Nenhum dado crítico do sistema foi identificado ou distribuído às partes interessadas da saúde pública.</p>	<p>Os dados relevantes neste contexto podem incluir mas não estão restritos a exemplos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudanças nos cenários de risco (Princípio 2) que afetam a saúde pública;</li> <li>• Previsão (p. ex, eventos climáticos) da, cobertura e magnitude dos desastres, e análise da situação atual;</li> <li>• Situação de outros sistemas (por exemplo, abastecimento de energia, abastecimento de água, estradas de acesso) e de impacto na saúde pública.</li> </ul>

<p><b>P6.2.2</b></p>	<p><b>Proteção e acesso a registros de saúde individuais</b></p>	<p>Até que ponto os dados de saúde dos indivíduos estão protegidos e acessíveis após um desastre?</p>	<p>5 – Todos os registros de saúde do cidadão (cartão de vacinação, prontuário, receitas médicas) estão seguros e acessíveis aos profissionais de intervenção em emergências (por exemplo, aqueles que prestam cuidados de saúde em abrigos e hospitais para onde as pessoas podem ser levadas em caso de ferimentos).</p> <p>4 – Os registros de saúde do cidadão estão, na sua maioria, seguros e acessíveis, com algumas poucas exceções, como, por exemplo, em casos relativos a certos especialistas de saúde ou a alguns poucos segmentos da população periférica.</p> <p>3 – Os registros de saúde estão geralmente seguros, mas podem não estar acessíveis devido a problemas de comunicação que podem ocorrer após um desastre.</p> <p>2 – Há lacunas mais significativas na manutenção da segurança dos registros de saúde.</p> <p>1 – Grandes lacunas – é provável que os dados de grandes segmentos da população sejam perdidos.</p> <p>0 – Não há nenhuma tentativa de garantir a segurança ou acessibilidade dos registros de saúde.</p>	<p>Os registros de saúde do cidadão precisam ser protegidos contra perdas ou danos (de preferência, por backup fora da área e/ ou sistemas redundantes); e eles precisam estar acessíveis após um desastre, nos locais ou abrigos, onde as pessoas feridas estão sendo cuidadas por profissionais que não estão familiarizados com seu histórico médico.</p> <p>Pode haver uma dificuldade entre o backup fora da área e a acessibilidade após um desastre - isso implica a necessidade de comunicações resilientes entre o local do desastre e o local de backup.</p> <p>Também pode haver uma dificuldade entre as legislações que regem a proteção e divulgação de dados de saúde e os requisitos de resiliência e resposta a desastres. Alguns países (p. ex, Japão) resolvem isso pedindo às pessoas que mantenham um cartão de registro com adesivos manuais para as prescrições que elas apresentam nos abrigos - embora esses cartões de registro possam ser perdidos.</p>
----------------------	--	---	--	--



## PRINCÍPIO 7: Compreender e fortalecer a capacidade social para resiliência

### Adendo - Integração da saúde pública e capacidade social

Ref	Assunto / Problema	Questão / Área de Avaliação	Escala de medição indicativa	Comentários
<b>P7</b>	<b>Integração de saúde pública e capacidade social (Princípio 7)</b>			
<b>P7.1</b>	<b>Eficácia do sistema de saúde pública no envolvimento da comunidade no contexto da gestão do risco de desastres</b>	Até que ponto as comunidades entendem e são capazes de cumprir suas funções na manutenção da saúde pública e dos níveis de bem-estar antes, durante e depois de um desastre?	<p>5 – Cada comunidade ou bairro da cidade entende, aceita e pode cumprir a função que dela se espera antes, durante e depois de um desastre, com uma organização designada para liderar este trabalho.</p> <p>4 – 90% da população entendem, aceitam e são capazes de executar o papel que se espera delas.</p> <p>3 – 75% da população têm amplo entendimento e são capazes de executar os elementos-chave de sua função.</p> <p>2 – Metade ou menos da metade da população compreende o seu papel e, nestes casos, consegue executá-lo apenas em parte.</p> <p>1 – Existe apenas um entendimento rudimentar a nível comunitário nas cidades sobre seu papel na saúde pública e baixíssima capacidade para executá-lo.</p> <p>0 – O papel da população não foi definido ou comunicado. A capacidade de execução é desconhecida.</p>	<p>As funções da comunidade podem incluir (mas não estão restritas a):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilância de doenças infecciosas com base na comunidade (detecção, monitoramento e alertas);</li> <li>• Conscientização;</li> <li>• Assistência a pessoas com doenças crônicas (por exemplo, apoiando o fornecimento e distribuição de medicamentos);</li> <li>• Distribuição de informações de saúde pública;</li> <li>• Distribuição de recursos (por exemplo, água engarrafada, fraldas, cobertores);</li> <li>• Assistência a pessoas com deficiências físicas ou mentais, apoio a pessoas com vulnerabilidades (p. ex. , idosos, pobres);</li> <li>• Assistir famílias com bebês e crianças pequenas;</li> <li>• Comunicar as necessidades aos profissionais de saúde e às equipes de emergência.</li> </ul> <p>As organizações designadas podem ser organizações e redes comunitárias de resposta a emergências, um hospital local ou consultório médico, se houver - ou com treinamento - as igrejas, escolas ou outros grupos comunitários.</p>

<p><b>P7.1.2</b></p>	<p><b>Acesso da comunidade e confiança nas informações de saúde pública</b></p>	<p>Até que ponto as comunidades recebem, respeitam e estão dispostas a agir com base nas informações de saúde pública?</p>	<p>5 – Foi demonstrado em desastres anteriores que as recomendações de saúde pública são universalmente recebidas, aceitas e postas em prática.</p> <p>4 – Espera-se que a maioria das recomendações de saúde pública sejam amplamente recebidas, aceitas e postas em prática.</p> <p>3 – Algumas comunidades ou outros subgrupos podem deixar de receber, aceitar ou agir com base em informações de saúde pública.</p> <p>2 – Mais de 50% da cidade pode deixar de receber, aceitar ou agir a partir de informações importantes sobre saúde pública após um desastre.</p> <p>1 – A recepção e aceitação de informações de saúde pública ocorre apenas de forma dispersa.</p> <p>0 – Não há nenhum esforço em transmitir informações de saúde pública.</p>	<p>As informações de saúde pública incluem, mas não se limitam às seguintes necessidades pós-desastre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alertas de poluição e acidente com produtos perigosos (p. ex. avisos de permanência dentro de casa);</li> <li>• Aconselhamento sobre higiene emergencial e prevenção de doenças;</li> <li>• Conselhos sobre segurança alimentar;</li> <li>• Conselhos sobre como cuidar de pessoas com problemas físicos ou mentais anteriores;</li> <li>• Conselhos para pessoas com doenças crônicas (p. ex., problemas cardíacos, câncer, diabetes, problemas respiratórios etc.);</li> <li>• Informações sobre surtos de doenças, sinais e sintomas de doenças, quando e onde procurar atendimento e tratamentos;</li> <li>• Localização das instalações de cuidados de saúde de emergência.</li> </ul> <p>O público está ciente do que é seguro e inseguro em termos de saúde pública antes, durante e após um desastre, no que tem a ver com (mas não se limita a):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos (o que comer e não comer);</li> <li>• Água (é potável ou não);</li> <li>• Qualidade do ar ou riscos de inalação;</li> <li>• Garantir que as pessoas estejam cientes de certas áreas perigosas;</li> <li>• Segurança na reentrada de edifícios;</li> <li>• Rotas de transporte seguras;</li> <li>• Outros requisitos comportamentais, como medidas de higiene adicionais.</li> </ul>
<p><b>P7.2</b></p>	<p><b>Capacidade da comunidade de "retornar à normalidade" - saúde mental</b></p>	<p>Até que ponto as necessidades de saúde mental das comunidades são atendidas em situação pós-desastre?</p>	<p>5 – Existem organizações comunitárias, apoio psicossocial, escolas, centros de trauma psicológico e terapeutas preparados para abordar o espectro completo da saúde mental em cada bairro, independentemente da situação econômica, faixa etária, demografia etc.</p> <p>4 – 75% dos bairros estão cobertos. Há grupos de apoio comunitário e centros de trauma disponíveis.</p> <p>3 – 50% a 75% dos bairros estão cobertos.</p> <p>2 – 25% a 50% dos bairros estão cobertos.</p> <p>1 – Existem planos para envolver os bairros, mas não foram implementados, exceto talvez em um ou dois casos iniciais.</p> <p>0 – Nenhuma das necessidades na área da saúde mental foi atendida.</p>	<p>As organizações comunitárias devem incluir grupos de apoio comunitário para um desastre. Primeiros socorros psicossociais, centros de trauma psicológico e conselheiros devem ser considerados para tratar os efeitos psicológicos, incluindo Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) e luto.</p> <p>O Princípio 10 também aborda os efeitos psicológicos de longo prazo das populações afetadas e dos respondentes.</p>





## PRINCÍPIO 8: Aumentar a resiliência das infraestruturas

### Adendo - Integração de saúde pública e resiliência de infraestrutura

Ref	Assunto / Problema	Questão / Área de Avaliação	Escala de medição <i>indicativa</i>	Comentários
<b>P8</b>	<b>Integração de saúde pública e resiliência de infraestrutura (Princípio 8)</b>			
<b>P8.1</b>	<b>Fortalecimento da segurança estrutural e não estrutural e funcionalidade dos itens de infraestrutura de saúde pública não considerados no Princípio 8</b>	Até que ponto a infraestrutura de saúde pública (além dos hospitais) é resiliente?	<p>5 – Toda infraestrutura da saúde pública – incluindo os serviços dos quais depende – é classificada como capaz de lidar com o cenário “mais grave”, com perda mínima de serviços.</p> <p>4– Toda infraestrutura da saúde pública – incluindo os serviços dos quais depende – é classificada como capaz de lidar com o cenário “mais provável”, com perda mínima de serviços.</p> <p>3 – A infraestrutura da saúde pública seria significativamente interrompida em um cenário “mais grave”, mas alguns serviços continuariam acessíveis para 75% da população da cidade. Ainda assim, isso mitigaria em grande escala a situação no cenário “mais provável”.</p> <p>2 – A infraestrutura da saúde pública seria significativamente prejudicada em um cenário “mais provável”, mas alguns serviços continuariam acessíveis para 75% da população da cidade e para 50% da população no cenário “mais grave”.</p> <p>1 – A infraestrutura da saúde pública seria significativamente interrompida ou fechada para 50% da população da cidade, ou mais, e deixaria efetivamente de operar no cenário “mais grave”.</p> <p>0 – Não há infraestrutura da saúde pública além de hospitais.</p>	<p>O Princípio 8 no Scorecard trata de hospitais e distribuição de alimentos. Os usuários do Adendo podem optar por incluir esses dados na avaliação aqui. Outras instalações de saúde pública importantes podem incluir, mas não estão limitadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitais que não são tratados no Princípio 8;</li> <li>• Clínicas comunitárias, centros de saúde e enfermarias, especialmente aquelas com função regional (p. ex., unidades de diálise, unidades de queimados);</li> <li>• Drogarias e dispensários;</li> <li>• Centros de alimentação;</li> <li>• Centros de aquecimento ou resfriamento;</li> <li>• Laboratórios e centros de testes;</li> <li>• Capacidades de isolamento;</li> <li>• Lares residenciais e unidades de vida assistida (instituições de longa permanência);</li> <li>• Suprimentos médicos, bem como instalações de logística e cadeia de suprimentos;</li> <li>• Instalações de distribuição de alimentos e medicamentos de emergência, quando não abordadas no Princípio 8;</li> <li>• Proteção e controle de infecções em unidades de saúde;</li> <li>• Disponibilidade da força de trabalho pós-desastre.</li> </ul> <p>A avaliação deve considerar a resiliência das instalações de saúde à perda de infraestrutura de apoio chave, como comunicações, energia, água e saneamento, transporte, combustível, lei e ordem, etc.</p>

<p><b>P8.2</b></p>	<p><b>Capacidade da infraestrutura de saúde pública, em caso de surto (quando não considerada no Princípio 8)</b></p>	<p>Até que ponto os hospitais e centros de atendimento de emergência são capazes de gerenciar um fluxo repentino de pacientes?</p>	<p>5 – Existe capacidade de reação para lidar com necessidades de saúde adicionais que provavelmente surgem do cenário “mais grave”. Tal capacidade foi testada por eventos reais ou exercícios práticos e pode ser ativada em um prazo de 6 horas.</p> <p>4 – Existe capacidade de reação para lidar com necessidades de saúde adicionais que provavelmente surgem do cenário “mais provável”. Tal capacidade foi testada por eventos reais ou exercícios práticos e pode ser ativada em um prazo de 6 horas.</p> <p>3 – Existe capacidade de reação, mas sabe-se ou suspeita-se de que tem pequenas inadequações em relação ao cenário “mais provável”. Tal capacidade pode ser ativada em um prazo de 6 horas. No cenário “mais grave”, há deficiências mais significativas na cobertura geográfica ou tipo de serviço disponível, e tal capacidade só pode ser ativada em 12 horas ou mais.</p> <p>2 – Existe capacidade de reação, mas é conhecida por ter deficiências mais significativas na cobertura geográfica ou tipo de serviço disponível e só pode ser ativada dentro de 12 horas ou mais. Tal capacidade de reação nunca foi avaliada para o cenário “mais grave”.</p> <p>1 – A capacidade de reação está teoricamente disponível, mas nunca foi avaliada ou testada para o cenário “mais provável”.</p> <p>0 – Nenhuma capacidade de reação identificada.</p>	<p>A capacidade de resposta a um surto deve ser construída sobre os sistemas de gestão de vítimas em massa, incluindo o papel das unidades de saúde. Esta avaliação precisa ser acompanhada com a perda estimada por alta demanda de leitos e suprimentos médicos urgentes estimados para atendimento de traumas e pessoas com doenças crônicas.</p> <p>Esta avaliação deve considerar a capacidade do pessoal médico e a equipe de saúde para acessar instalações de saúde essenciais, a fim de atender às necessidades de saúde em resposta a desastres.</p> <p>A capacidade necessária pode ser alcançada por meio de acordos de ajuda mútua com instalações em áreas vizinhas - mas será importante ter certeza de que as rotas de transporte provavelmente permanecerão abertas para permitir que essas instalações sejam alcançadas.</p> <p>A capacidade de resposta a um surto inclui pessoal da saúde e outras áreas, instalações, bens e suprimentos (por exemplo, equipamento de proteção individual) e suporte de outras infraestruturas para apoiar o setor de saúde.</p>
--------------------	---	--	---	---

<p><b>P8.3</b></p>	<p><b>Continuidade de cuidados para aqueles que já estão doentes, quando não considerados no Princípio 8</b></p>	<p>Até que ponto o cuidado pode ser mantido para aqueles que já estão doentes ou dependentes?</p>	<p>5 – Os cuidados podem ser mantidos no cenário “mais grave” para todas as categorias de pacientes existentes. Se os pacientes precisarem ser movidos, sabe-se que os meios de transporte e as rotas têm a capacidade e a resiliência necessárias.</p> <p>4 – Os cuidados poderiam ser mantidos no cenário “mais provável” para todas as categorias de pacientes existentes. Se os pacientes precisarem ser movidos, sabe-se que os meios de transporte e as rotas têm a capacidade e a resiliência necessárias.</p> <p>3 – Há alguns impactos sob o cenário “mais provável” no atendimento a categorias específicas de pacientes. A movimentação de alguns pacientes pode ser problemática. Há impactos mais generalizados sob o cenário “mais grave” e no atendimento a categorias específicas de pacientes. A movimentação de muitos pacientes pode ser problemática.</p> <p>2 – Há impactos mais generalizados sob o cenário “mais provável” no atendimento a categorias específicas de pacientes. A movimentação de alguns pacientes pode ser problemática. Existem sérios impactos dentro do cenário “mais grave” no atendimento de quase todos os pacientes existentes, com movimentação provavelmente possível apenas nos casos mais urgentes.</p> <p>1 – Grave impacto dentro do cenário “mais provável” no atendimento de quase todos os pacientes existentes, com movimentação provável de ser possível apenas nos casos mais urgentes. No cenário “mais grave” o atendimento aos pacientes existentes falharia completamente.</p> <p>0 – O atendimento de pacientes existentes falharia completamente ou quase completamente no cenário “mais provável”.</p>	<p>Esta avaliação precisa ser realizada de acordo com a perda estimada de leitos em dias críticos e suprimentos médicos urgentes.</p>
--------------------	--	---	---	---



## PRINCÍPIO 9: Garantir a preparação e a resposta eficaz aos desastres

### Adendo - Integração da saúde pública e resposta a desastres

Ref	Assunto / Problema	Questão / Área de Avaliação	Escala de medição indicativa	Comentários
<b>P9</b>	<b>Integração de saúde pública e resposta a desastres (Princípio 9)</b>			
<b>P9.1</b>	<b>Sistemas de alerta precoce para emergências relacionadas à saúde</b>	Até que ponto existem sistemas de alerta precoce para emergências iminentes que têm efeitos potenciais para a saúde?	<p>5 – Existe monitoramento abrangente, eficaz e que fornecerá alertas precoces e eficientes para abordar os riscos e impactos à saúde para todos os perigos que uma cidade enfrenta. Tais alertas darão margem de tempo para reação (o tanto quanto a tecnologia permitir). Os alertas são considerados confiáveis e específicos para a cidade.</p> <p>4 – Existe monitoramento abrangente, mesmo que não seja totalmente eficaz em todos os casos. Os alertas existem, mas o tempo de aviso pode ser menor de acordo com o que a tecnologia atualmente permite. Os alertas são vistos como confiáveis e específicos.</p> <p>3 – O monitoramento existe para os riscos de saúde mais prováveis e é amplamente eficaz, mas um ou mais riscos principais não são cobertos. Algumas ameaças estão excluídas e o tempo de alerta poderia ser menor de acordo com o que a tecnologia permite.</p> <p>2 – Existe algum monitoramento, mas com lacunas significativas. O tempo de alerta poderia ser menor de acordo com o que a tecnologia permite e também pode haver alguns falsos positivos: a confiabilidade dos alertas pode, portanto, ser considerada questionável.</p> <p>1 – O monitoramento é rudimentar, na melhor das hipóteses, e pode não gerar avisos. Os alertas são vistos como hipotéticos e não confiáveis. Provavelmente será ignorado.</p> <p>0 – Sem monitoramento ou alertas.</p>	

<b>P9.2</b>	<b>Integração da saúde pública com gerenciamento de emergência em desastres</b>	Até que ponto o setor de saúde pública e os profissionais estão integrados com equipe de gerenciamento de emergências em desastres?	<p>5 – O setor de saúde pública está totalmente representado e engajado na equipe de gestão de emergências e integrado em todas as tomadas de decisão de emergência. O engajamento foi testado por meio de exercícios (no último ano) ou de respostas que são checadas presencialmente.</p> <p>4 – O setor de saúde pública é integrado, mas por via remota (telefone, mensagens). O engajamento foi testado, mas talvez há mais de 12 meses.</p> <p>3 – O setor de saúde pública está representado, mas o engajamento não é testado há 3 anos; ou está representado, mas alguns setores-chave são omitidos.</p> <p>2 – O processo de gestão de desastres prevê que a saúde pública seja consultada, mas apenas após o decorrer dos eventos e não à medida em que eles acontecem. Os processos não são submetidos à prova.</p> <p>1 – A gestão de desastres depende de chamadas telefônicas específicas com profissionais e centros de saúde pública.</p> <p>0 – A saúde pública está efetivamente desligada da gestão de desastres.</p>	Esta avaliação cobre a qualidade e a profundidade dos arranjos de trabalho entre o setor de saúde, profissionais de saúde pública (conforme definido anteriormente) e outras equipes de resposta a emergências no planejamento e gerenciamento de emergência em desastres, incluindo a resposta.
<b>P9.3</b>	<b>Reconhecimento de populações de alto risco ou aqueles que vivem em casa com condições de saúde pré-existent</b>	Até que ponto são consideradas as necessidades das populações de maior risco, como cidadãos com problemas de saúde pré-existent, deficiências ou perda de funções que podem necessitar de apoio adicional?	<p>5 – Todos os cidadãos que podem necessitar de apoio adicional ou medidas específicas dentro da cidade estão identificados e existem provisões para ajudá-los.</p> <p>4 – 95% dos cidadãos que provavelmente precisarão de apoio adicional ou medidas específicas dentro da cidade foram identificados e existem provisões para ajudá-los.</p> <p>3 – 75% dos cidadãos que provavelmente precisarão de apoio adicional ou medidas específicas dentro da cidade foram identificados e existem provisões para ajudá-los.</p> <p>2 – 50% dos cidadãos que provavelmente precisarão de apoio adicional ou de medidas específicas em toda a cidade foram identificados, mas não existe provisão para ajudar todos eles.</p> <p>1 – Foram identificados menos de 50% dos cidadãos que podem necessitar de apoio adicional ou de medidas específicas e existem lacunas generalizadas nas disposições de se rviços de apoio para ajudá-los.</p> <p>0 – Não há nenhuma disposição para identificar ou fornecer apoio adicional ou medidas específicas aos cidadãos que necessitem de ajuda extra.</p>	<p>Pessoas que provavelmente precisarão de suporte adicional ou medidas específicas incluirão, mas não se restringirão a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças, idosos e seus cuidadores;</li> <li>• Pessoas com deficiência e perda de funções, como mobilidade reduzida;</li> <li>• Pacientes com várias condições médicas, pacientes em diálise ou outros pacientes com equipamentos de saúde domésticos que garantam suporte de vida;</li> <li>• Aqueles (por exemplo, com diabetes ou asma) que requerem medicação adicional;</li> <li>• Pessoas com necessidades de saúde temporárias, como gravidez;</li> </ul> <p>Pessoas com doenças mentais ou deficiências.</p>

<p><b>P9.4</b></p>	<p><b>Capacidade de fornecer suprimentos de saúde pública para pessoas em necessidade</b></p>	<p>Até que ponto a cidade pode fornecer itens e equipamentos necessários para manter a saúde pública durante e após um desastre?</p>	<p>5 – Existe uma lista abrangente de itens necessários e os planos foram testados e reconhecidos como adequados para serem distribuídos rapidamente a toda a população.</p> <p>4 – Existe uma lista, mas pode não estar completa e os planos podem não ter sido testados ou não estarem totalmente adequados para toda a cidade.</p> <p>3 – Existe uma lista e os itens principais estarão disponíveis para 75% da população.</p> <p>2 – Não há uma lista, mas existem estoques e suprimentos para alguns itens. A capacidade de distribuição pode chegar a 50% da população.</p> <p>1 – Existem alguns estoques de itens essenciais, mas não foi feita nenhuma tentativa de planejá-los e o mecanismo de distribuição provavelmente não terá sucesso, mesmo que exista.</p> <p>0 – Nenhuma tentativa de resolver este problema foi feita.</p>	<p>Suprimentos de gerenciamento de emergência para comunidades, casas e locais de abrigo incluirão, mas não estão limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas alternativos de energia ou cadeia de frio para armazenamento de suprimentos sensíveis à temperatura;</li> <li>• Suprimentos de primeiros socorros e controle de infecção;</li> <li>• Água e tabletes de purificação de água e equipamentos;</li> <li>• Suprimentos de higiene e saneamento;</li> <li>• Necessidades do bebê;</li> <li>• Medicamentos comuns e suprimentos de equipamentos médicos de uso doméstico/portáteis em formulações e tamanhos apropriados para cada segmento da comunidade/grupo populacional.</li> <li>• Equipamento de proteção individual (EPI);</li> <li>• Alimentos adequados à cultura e à idade.</li> </ul> <p>Em alguns países, os Ministérios da Saúde e as Agências de Gestão de Emergências especificarão as listas de tais itens.</p>
--------------------	---	--	---	---





## PRINCÍPIO 10: Acelerar a recuperação e reconstruir melhor

Adendo - Integração da saúde pública e recuperação/ reconstrução melhor

Ref	Assunto / Problema	Questão / Área de Avaliação	Escala de medição indicativa	Comentários
<b>P10</b>	<b>Integração de saúde pública e recuperação/ reconstrução melhor (Princípio 10)</b>			
<b>P9.1</b>	<b>Mitigação de impactos de longo prazo na saúde pública e bem-estar</b>	Até que ponto existem planos abrangentes para saúde pública pós-evento?	<p>5 – Existem planos totalmente abrangentes que atendem às necessidades de saúde pública de longo prazo após ambos os cenários “mais provável” e “mais grave”.</p> <p>4 – Existem planos totalmente abrangentes que atendem às necessidades de saúde pública de longo prazo após o cenário “mais provável”.</p> <p>3 – Existem planos para o pós-evento “mais provável”, mas com algumas deficiências. As deficiências são mais significativas para o cenário “mais grave”.</p> <p>2 – Existem planos para o pós-evento “mais provável”, mas com deficiências mais significativas. Inadequação generalizada para o cenário “mais grave”.</p> <p>1 – Existem planos para o pós-evento “mais provável”, mas com inadequação generalizada.</p> <p>0 – Sem planos.</p>	<p>O planejamento abrangente para saúde pública pós-desastre deve incluir (lista não exaustiva):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O impacto de desastres nas doenças não transmissíveis;</li> <li>• Um plano de longo prazo abordando as necessidades psicossociais das populações impactadas e respondentes;</li> <li>• Serviços de reabilitação;</li> <li>• Restauração dos serviços de saúde e segurança ambiental aos níveis anteriores ao evento e redução dos riscos de eventos futuros;</li> <li>• Manutenção de serviços de saúde de rotina, como imunização (muitas vezes problemática por causa da interrupção da rede de frio);</li> <li>• Armazenamento e distribuição de medicamentos;</li> <li>• Distribuição de alimentos;</li> <li>• Gerência de água;</li> <li>• Necessidades de força de trabalho.</li> </ul>

<b>PI0.2</b>	<b>Aprendendo e melhorando</b>	<p>Até que ponto existe um mecanismo formalizado para aprender com o desempenho do sistema de saúde pública antes, durante e depois dos desastres?</p>	<p>5 – Existem mecanismos de aprendizagem definidos que integram a saúde pública com outros aprendizados e têm sido utilizados com resultados demonstráveis.</p> <p>4 – Existem mecanismos de aprendizagem definidos que integram a saúde pública com outros aprendizados, mas que ainda não foram utilizados – nenhum desastre ocorreu.</p> <p>3 – A aprendizagem ocorrerá por meio de um mecanismo de revisão da saúde pública, mas é unilateral ou apenas bilateral – os aprendizados permanecem dentro dos compartimentos de funcionamento da saúde pública e não há tentativa de integrar as aprendizagens da saúde pública com outros setores dentro da cidade. Da mesma forma, a saúde pública não influencia as aprendizagens em outros serviços.</p> <p>2 – Nenhum mecanismo real definido, mas exercícios de aprendizagem para tal propósito já foram usados ou poderão ser utilizados em desastres futuros.</p> <p>1 – Tentativas dispersas e fugazes de aprender e melhorar ocorreram no passado ou são previstas para o futuro.</p> <p>0 – Não ocorreu nenhuma tentativa de aprender e melhorar o desempenho do sistema de saúde durante e depois de um desastre.</p>	
--------------	--------------------------------	--	--	--