



Task  
Force  
Ciências  
Comportamentais

05 de agosto de 2021

Policy Brief  
nº 06

## DETERMINANTES DE COMUNICAÇÃO EFFECTIVA POR DECISORES POLÍTICOS E AUTORIDADES DE SAÚDE EM CONTEXTOS DE CRISE DE SAÚDE PÚBLICA

Pandemias de agentes infecciosos pouco graves (nomeadamente, com baixa letalidade, como no caso do SARS-CoV-2) constituem um desafio especialmente complexo em termos de comunicação de risco para a saúde, devendo esta ter por princípios a transparência, a coerência e a simplicidade da informação, sempre devidamente suportada pela evidência científica.



## ENQUADRAMENTO

As pandemias são definidas por critérios geográficos e de virologia e não pela sua severidade. Isto significa que pandemias de agentes infecciosos pouco graves (nomeadamente, com baixa letalidade, como no caso do SARS-CoV-2) constituem um desafio especialmente difícil em termos de comunicação de risco para a saúde, uma vez que um dos principais determinantes dos comportamentos de saúde é a perceção da severidade da doença<sup>1-3</sup>: perceção de baixa severidade associa-se a menor adesão a comportamentos de prevenção ou de tratamento.

A comunicação em saúde e, em particular, a comunicação de risco em saúde pública tem por principal objectivo melhorar os resultados de saúde através de: (a) promoção de literacia relevante para lidar com o problema de saúde em causa, (b) persuasão para adopção de comportamentos de protecção, e (c) envolvimento de diferentes audiências, e muito em particular dos grupos de maior risco, na estratégia de comunicação de saúde e na promoção dos comportamentos de saúde mais relevantes<sup>1</sup>. Quando a comunicação de saúde tem abrangência global, é fundamental a existência de uma estratégia de comunicação que assegure a transmissão regular, atualizada, consistente, congruente, e fácil de compreender por (ou seja, adaptada a) diferentes audiências, com diferentes capacidades de literacia funcional<sup>1</sup>.

Os media e as redes sociais têm um papel central na comunicação de risco de saúde em situações de crise<sup>4</sup>. Assim sendo, os decisores políticos e as autoridades de saúde têm utilizado múltiplos canais, incluindo obviamente os media tradicionais (televisão, rádio e jornais), as plataformas de redes sociais e os sites institucionais. Os media tradicionais deixaram de ser um modelo tendencialmente unidirecional para serem, atualmente, um modelo interativo (ou seja, as audiências colaboram ativamente na distribuição e replicação das notícias através das redes sociais, comentando-as e, muitas vezes, transformando-as)<sup>1,5</sup>. A quase universalidade de meios digitais (telemóveis, internet) e a adesão generalizada dos media a estes meios têm intensificado o impacto da informação, mas tem também facilitado a construção e disseminação massiva de informação incorrecta (desinformação e contra-informação).



Para além da importância quanto aos meios de distribuição da informação a utilizar, para que a mensagem chegue a todos os grupos-alvo pretendidos, é igualmente fundamental definir quem inicia a comunicação de risco. Embora os media sejam a fonte de informação sobre risco de saúde mais utilizada, a confiança na informação é mais alta quando a informação é cedida por profissionais de saúde ou por cientistas<sup>1</sup>, assim como quando está disponível nos sites institucionais (e.g., covid19estamoson.gov.pt, <https://covid19.min-saude.pt/> sites de associações médicas, sites de instituições científicas, sites de hospitais). A confiança nas autoridades (políticas ou de de saúde) não é um fenómeno estático (sendo mais constante quando se trata de profissionais de saúde ou de cientistas com credibilidade reconhecida), tratando-se antes de um fenómeno muito dinâmico, associado à percepção pública do sucesso na gestão da crise<sup>1</sup>.

De facto, a credibilidade de políticos em comunicação de risco depende, naturalmente, da avaliação que é feita, pelos públicos-alvo (muito heterogéneos) sobre a gestão da crise (percepção de competência nessa gestão também com base na evolução dos indicadores de saúde ou morbidade), sendo que quanto maior a confiança, maior a adesão às recomendações<sup>1</sup>



## O QUE SE SABE

---

Estratégias efectivas de comunicação de saúde e de comunicação de risco passam pela adopção de um processo bidireccional, que envolva activamente a população no uso e difusão das mensagens, com recurso pró-activo a mensagens claras e consistentes, adequadas em termos de linguagem e de símbolos utilizados, aos principais grupos de risco, prestadas por plataformas utilizadas e valorizadas pelas audiências visadas, e transmitidas por pessoas bem seleccionadas, em função da sua credibilidade. Trata-se de um processo interactivo de troca de informação entre instituições e entre pessoas. Deve ter em conta a evolução da evidência científica (no caso da pandemia, a evolução da evidência sobre o vírus, sobre a forma como este se transmite, como se previne, como se trata, bem como sobre as dinâmicas sociais e económicas associadas). O sucesso a longo prazo desta estratégia de comunicação depende muito do desenvolvimento e manutenção da confiança relativamente ao portador das mensagens, cujo sentido pode ter de ser alterado (de forma assumida e muito transparente), em função das actualizações científicas<sup>5</sup>.

- Segundo o modelo CERC (Crisis & Emergency Risk Communication), que integra comunicação de crise (nomeadamente de saúde pública) com comunicação de emergência (Figura 1), a comunicação em saúde deve ter em conta um modelo desenvolvimental das crises (como é o caso da pandemia), caracterizável por cinco fases distintas: pré-crise (objetivo da comunicação: alertar e preparar a comunidade em risco), fase inicial (objetivo: reduzir incerteza, promover auto-eficácia e perceção de controlo), fase de manutenção (objetivo: continuar a reduzir incerteza, promover auto-eficácia e perceção de controlo), fase de resolução (objetivo: actualizar indicadores de resolução, promover a reflexão sobre as causas e sobre novos riscos), e fase de avaliação (objetivo: promover a reflexão sobre a adequação das respostas implementadas, promover consenso sobre as aprendizagens feitas e sobre novos/futuros riscos). Este modelo de comunicação estratégica deve ser complementado com uma visão estratégica quanto à forma como os indivíduos das comunidades afectadas percebem os riscos de saúde ao longo do tempo (Figura 2).



- A definição das mensagens a transmitir deve ser sempre baseada na melhor evidência, deve ser transparente e deve ter o maior consenso possível, com o mapeamento e envolvimento dos stakeholders relevantes<sup>5</sup>. De forma a ser efectiva (promovendo o envolvimento e apoio público), as mensagens devem ser sensíveis às preocupações e valores partilhados por públicos diversos, o que implica também trabalhar com diferentes modos de partilha da informação (texto, símbolos, som, imagem)<sup>5</sup>.

Comunicação de risco	Comunicação de crise
Mensagens relativas a probabilidades conhecidas de consequências negativas e de como podem ser reduzidas; abordam a compreensão de nível técnico (perigos) e as crenças culturais (ultraje)	Mensagens relativas a um estado presente ou condições de um dado evento; magnitude, imediatas, duração e controlo/remediação; causas, culpa, consequências
Principalmente persuasiva (campanhas de educação pública, marketing)	Principalmente informativa (notícias disseminadas nos media ou através de um sistema de emergência)
Frequente/rotineira	Infrequente/não-rotineira
Centrada no comunicador/mensagem	Centrada no recetor/situação
Baseada no que é presentemente conhecido (estimativas, projeções científicas)	Baseada no que é conhecido e no que não é conhecido
Longo prazo (pré-crise), Preparação de mensagens (campanha)	Curto prazo (crise), menos preparação (responsiva)
Especialista técnico, cientista	Autoridades/gestores de emergência, especialistas técnicos
Âmbito pessoal	Âmbito pessoal, comunitário ou regional
Mediada, anúncios publicitários, brochuras, panfletos	Mediada, conferências e comunicados de imprensa, discursos, websites
Controlada e estruturada	Espontânea e reativa

Figura 1. Comunicação de crise e comunicação de risco (de acordo com o modelo CERC)<sup>9,10</sup>



- A confiança é um pilar central da comunicação e gestão de crise em saúde pública, por promover cooperação sustentada no tempo, por parte das comunidades<sup>7</sup>. Depende fundamentalmente de uma comunicação eficaz, orientada por critérios de transparência, contingência (ou seja, alinhamento) de valores, e envolvimento cívico<sup>5</sup>. Implica ainda que a comunicação de risco seja transparente, atempada, fácil de compreender, que reconheça a incerteza quando é o caso, dirigida aos grupos populacionais em maior risco, promotora de perceção de auto-eficácia. Deve ser disseminada de forma consistente, mas adaptada (em termos de linguagem e recursos audiovisuais) a diferentes plataformas, métodos e canais de comunicação<sup>8</sup>.

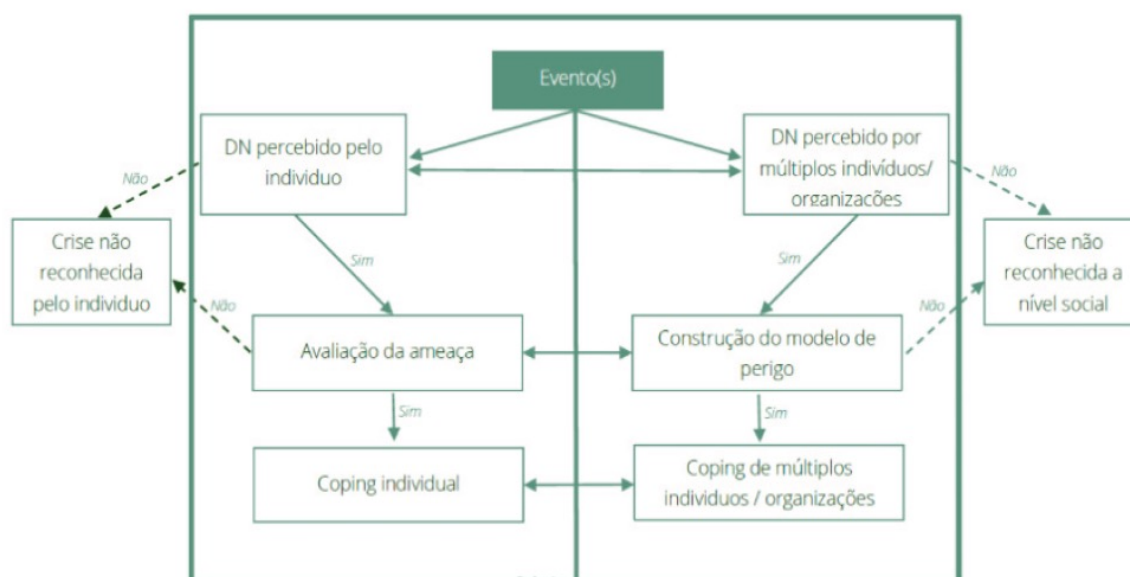


Figura 2. Modelo de perceção de crise, relevante para a construção da estratégia de comunicação de saúde em contexto de crise de saúde pública (DN significa desvio da norma, do expectável)<sup>10</sup>



- Comunicar a melhor evidência científica de forma pró-activa (be first!) transparente e simples, previne a emergência de contra-informação e de teorias da conspiração<sup>5</sup>.
- O envolvimento da comunidade nos processos de comunicação de saúde e de crise implica a identificação de pessoas-chave, em quem a comunidade confie, garantindo a adequação e contextualização das mensagens, bem como o envolvimento activo das comunidades (na disseminação das mensagens e na adesão às recomendações em causa).
- O uso de linguagem simples (evitando, tanto quanto possível, a terminologia técnico-científica) e de narrativas para comunicar risco de saúde (para além da comunicação de dados epidemiológicos) tem um papel importante na forma como as mensagens de saúde são interpretadas e em termos de adesão comportamental<sup>6</sup>. Por outro lado, a inconsistência de mensagens disseminadas por autoridades de saúde gera confusão e redução da confiança<sup>1</sup>.

### **Articulação entre os decisores políticos e da saúde e os media: o contexto Português (highlights das entrevistas realizadas)**

- A construção de uma estratégia integrada de comunicação, que antecipe cenários e que envolva activamente os meios de comunicação social, é fundamental para que exista confiança entre os órgãos de decisão e os media, muito em particular em contextos de crise, como no caso da pandemia. Existe a percepção, por parte dos media de que falta por vezes genuinidade e transparência na forma com os decisores políticos comunicam. Nesse sentido, é fundamental que a estratégia de comunicação seja baseada na transparência e na articulação colaborativa entre os decisores e os media.
- Existe a percepção de que a colaboração com os decisores públicos era mais fácil (em termos de acesso à informação) no início da pandemia do que actualmente.
- A comunicação social tem também um papel pedagógico, o dever social de ajudar a veicular a informação útil em contexto de crise. Informação que não cause alarme e que promova comportamentos de saúde. A comunicação social procura, no geral, respeitar os pedidos sobre a melhor forma de transmitir mensagens de saúde pública, desde que seja explicitada a importância e o racional destes pedidos e que se cumpram os critérios fundamentais do exercício da comunicação social: o foco na novidade, no que se diferencia e destaca, em termos de notícia. A notícia, quando se repete, perde o interesse.



- Os media já não detêm o papel central da circulação da informação. As redes sociais criam ruído e têm um efeito de disseminação muito acelerado. Este fenómeno resulta mais facilmente em ruído (e desinformação) e cria a necessidade de as notícias (criadas pelos próprios media) serem transmitidas através de textos cada vez mais curtos (o que dificulta muitas vezes a clareza e exactidão da mensagem e a qualidade do debate à volta das notícias).
- O principal obstáculo que a comunicação social encontra na articulação com entidades governamentais e autoridades de saúde é a falta de acesso à informação. Esta dificuldade de acesso à informação pode ser lida como falta de transparência e pode gerar desconfiança.
- O acesso aos dados e à informação que fundamentam medidas de gestão da pandemia deve ser dado com o maior detalhe possível quanto a: estudos científicos que serviram de base à decisão, métodos utilizados, resultados, quem foi envolvido na decisão, o que deve ser feito, em diferentes contextos e por diferentes actores sociais. Esta acessibilidade aos elementos de decisão é especialmente relevante no caso de alterações em matéria de comportamentos a adoptar pela comunidade (como por exemplo, relativamente às recomendações feitas sobre o uso ou não uso de máscaras): é fundamental detalhar o motivo da alteração para que a mensagem seja coerente e para não gerar desconfiança. As mensagens devem ser simplificadas (transparentes, claras, consistentes e coerentes) em toda a cadeia de transmissão da informação. A complexidade das mensagens de saúde pode e deve ser simplificada, mas não pode perder o rigor.
- É importante que exista, por parte das entidades públicas, apoio à compreensão das notícias (interlocutores especializados e disponíveis para tirar dúvidas em tempo útil, aos jornalistas). Dessa forma, os jornalistas, que na grande maioria dos casos não são especialistas em matérias de saúde, ficariam devidamente informados e poderiam centrar-se na construção da notícia baseada em factos, minimizando o risco de geração de notícias menos correctas ou promotoras de atitudes ou comportamentos menos adequados em termos de prevenção de risco, pela população.
- A articulação torna-se mais efectiva se cada entidade (política, de saúde) designar o ponto de contacto para os jornalistas (um gabinete técnico, de apoio aos jornalistas), contacto este que deve ter o conhecimento científico em causa e boas competências de comunicação de ciência e de saúde. Este gabinete de apoio aos jornalistas deve ter dedicação exclusiva (remunerada) e deve ser pró-activo, na relação com os jornalistas, garantindo que estes estejam devidamente informados e actualizados.





- É frequente existir apenas um único ponto de contacto por instituição, que muitas vezes não tem o conhecimento suficiente sobre a matéria, não conseguindo explicitar com o detalhe necessário. A falta de informação que resulta desta interacção gera mais interpretação por parte dos jornalistas (nem sempre a mais correcta/factual), bem como desconfiança. Quanto mais informação e mais rigorosa, com dados suficientemente detalhados, melhor a notícia.
- Foi dado destaque à importância de se criar um gabinete de apoio efectivo aos media nos hospitais. Existe em alguns, mas não na maioria dos casos. Pelo contrário, foi dada nota de haver uma atitude pouco dirigida à partilha de informação por parte das próprias administrações hospitalares, o que promove a não-transparência e, pelo contrário, a construção de notícias menos corretas.
- Devido à pouca especialização em matérias de saúde, os jornalistas sentem por vezes dificuldade em escolher quem entrevistar para um determinado assunto (que especialidade clínica, que tipo de investigador, etc.). O gabinete de apoio aos jornalistas teria também como função ajudar na escolha de quem entrevistar para aprofundamento e melhor contextualização (e complementaridade) das notícias, indicando nomeadamente que especialistas foram ou são consultados para uma determinada tomada de decisão de saúde pública. O gabinete de apoio faria assim a ponte entre os profissionais dos media e os especialistas (investigadores, técnicos) em áreas relevantes.
- Os assessores de imprensa são, maioritariamente, formados e treinados como profissionais da comunicação social. Neste sentido, acabam por ter o mesmo mindset que os restantes profissionais da comunicação social. Se, por um lado, este facto pode ser facilitador da articulação entre entidades públicas e os media, resulta por vezes num exercício muito circular: os assessores de imprensa acabam por filtrar a informação, por vezes em demasia (com base em políticas de comunicação definidas com as chefias), tornando-se um elemento de obstáculo à informação. A função dos assessores deve ser a de moderadores da relação entre os comunicadores designados, pelas entidades públicas, e os jornalistas; não deve ser a de agentes de comunicação activa com os jornalistas (ou seja, não devem ser eles os interlocutores, quem transmite as mensagens).



- Atendendo aos tempos, cada vez mais curtos, para a produção das notícias, é muito importante garantir o acesso à informação em tempo útil, nomeadamente, através de fact sheets orientadores para as conclusões a reter. É também importante que os decisores conheçam os tempos (timings) de produção das notícias, nos diferentes tipos de media (televisão, rádio, jornais).
- As notícias centradas em dados epidemiológicos tornam-se mais simples de entender, e são mais efectivas, se acompanhadas de narrativas: qual o significado dos números (e como evoluem no tempo), e qual o impacto dos números nas vivências reais, das pessoas. É útil, para quem dá a notícia, ter também acesso a estas narrativas (e não apenas aos números). Um exemplo em destaque é o do número de mortes por COVID-19: deixar a informação incompleta (por exemplo, sem dizer a idade e/ou morbilidade pré-existente de quem morreu) é incorreto e gerador de perceções erradas do risco real; mas os jornalistas têm tido dificuldade em obter essa informação, mesmo quando solicitado.

## RECOMENDAÇÕES

- Contextos de crise e de emergência, como os criados pela pandemia actual, implicam comunicação centrada na acção, através de uma liderança reconhecida como competente e com valores partilhados pelas comunidades em risco (ou seja, uma liderança investida da confiança por parte das comunidades lideradas). De forma a garantir essa confiança, pelo público em geral, é fundamental que as autoridades, políticas e de saúde, priorizem a comunicação com transparência quanto à tomada de decisão, muito em particular em situações em que importa agir rapidamente e, por vezes, com um nível apreciável de incerteza (que deve ser assumido). Esta transparência passa por partilhar de forma clara qual a evidência utilizada, quem foi consultado, que cenários e equilíbrios (entre perdas e ganhos) foram considerados, explicitando os determinantes técnicos, societais, económicos, entre outros, das decisões.
- A construção da confiança pode ser promovida por uma comunicação planeada, com públicos-alvo, uso integrado e coerente de plataformas de comunicação, objectivos bem definidos, e explicitados de forma



transparente, garantindo-se a articulação integrada e pró-activa com múltiplos canais de comunicação e uma relação dinâmica, pró-ativa e dinâmica, com os media. Ou seja, uma comunicação estratégica e focada nas soluções. e mobilização das comunidades para as mesmas.

- A relação com os media deve ter como pressuposto a colaboração activa e, assim sendo, deve ser transparente e visando o bem-comum, orientado para a divulgação de notícias que veiculem mensagens de saúde simples, claras, coerentes e consistentes, que facilitem a adopção de comportamentos de saúde. Neste sentido, importa criar, em particular em contextos similares ao da pandemia actual, um gabinete técnico com funções de apoio aos media, que permita uma acção pró-activa de consultoria facilmente acessível aos jornalistas, em matérias de ciência e de saúde.
- Importa criar, em articulação com os media, *guidelines*/recomendações sobre a forma de noticiar factos epidemiológicos, tal como feito para outras áreas de saúde ou com implicações relevantes para a saúde humana (suicídio, parasuicídio, auto-agressão, fogos). Para maior adesão por parte dos jornalistas a estas recomendações, seria desejável o envolvimento na construção das mesmas por entidades reconhecidas como relevantes pelos profissionais da comunicação social, como por exemplo, a Entidade Reguladora para a Comunicação Social e a Comissão Nacional dos Jornalistas.
- Sempre que possível, e o mais possível, as mensagens (principais) devem ser testadas previamente quanto à sua clareza e efectividade.
- Os *media* devem ser considerados como parceiros estratégicos para envolver a população nas medidas de saúde baseadas na melhor evidência científica, para facilitar a comunicação entre pares, para sensibilizar de forma adequada para os riscos de saúde, para monitorizar e responder à contrainformação, e para facilitar respostas a nível local. Neste sentido, os media devem constituir-se como uma componente aliada, fundamental, da estratégia de comunicação, visando a convergência e consistência da informação a transmitir.
- Importa garantir (e manter) o máximo de credibilidade, característica essencial para uma comunicação efectiva, persuasiva, que promova confiança na decisão. Neste sentido, a escolha de quem comunica é crucial. Profissionais de saúde e cientistas com excelentes competências de comunicação (evitando, sempre que possível, terminologia científica) são escolhas relevantes, pela confiança que normalmente geram.



- Em contexto de crise é habitual (mesmo inevitável, no contexto da actual pandemia, com um agente infeccioso novo e, portanto, com acção mal compreendida) que as mensagens de saúde tenham de ser alteradas ao longo do tempo, em função de melhor evidência. que vai surgindo graças aos avanços da ciência. Contudo, a comunicação deve ser sempre, momento a momento, consistente entre diferentes actores com poder e responsabilidade políticas ou de saúde pública (o que implica uma atenção permanente na articulação e alinhamento com diferentes níveis de governança). Sempre que surja uma alteração nas recomendações de ou com implicações de saúde pública, devem explicitados os motivos e os fundamentos (científicos, económicos, políticos) com a máxima transparência.
- Independentemente do meio de comunicação utilizado, é fundamental que a mensagem seja: (a) compreendida por todos os segmentos da população, expressando de forma simples, clara e específica as medidas em vigor durante a pandemia (com explicitação de ações concretas: quem deve realizar o comportamento, o que fazer, quando fazer, o que não se pode fazer, durante quanto tempo), e (b) facilitadora da adesão às medidas comportamentais de redução da transmissão da COVID-19.
- A comunicação deve visar a promoção de comportamentos de saúde a nível da comunidade em geral, e, assim sendo, deve privilegiar o ou os (poucos) comportamentos mais eficazes, em termos de redução do risco infeção ou de doença. É pouco efectivo promover a adopção, voluntária, de múltiplos comportamentos ao mesmo tempo.
- A comunicação deve ser diferenciada em função dos grupos-alvo, devendo ser planeada de forma estratégica para grupos sociais de maior risco, e muito em particular visando a persuasão de grupos que não se percepcionem como sendo de risco. A comunicação deve ser inclusiva, com recurso a plataformas e modos de comunicação adequados aos diferentes grupos sociais.
- Alguns dos grupos que devem ser considerados de forma explícitas na comunicação de saúde e de crise são: crianças até aos 12 anos, pessoas com idade avançada (70 ou mais anos), imigrantes (em situação de residência não normativa, que não dominem a língua Portuguesa), pessoas com dificuldades de visão e/ou de audição.
- O objetivo da comunicação não deve ser assustar as pessoas, mas sim promover informação suficiente para que as pessoas estejam adequadamente conscientes dos riscos.



- A comunicação deve ser empática, centrada nas necessidades das pessoas (tendo em conta diferentes grupos sociais e, muito em particular, os mais vulneráveis), expressando preocupação e validando os esforços. A expressão de compaixão aumenta a credibilidade e gera comunicação mais eficaz em termos de adesão comportamental.
- A comunicação deve visar o empoderamento das pessoas para agirem (orientando para o que podem ou devem fazer, garantindo as condições para que possam implementar as acções em causa). Os comportamentos que são solicitados aos cidadãos devem ser ponderados em função da capacidade, das condições (oportunidade), e da motivação para as realizar. Neste sentido, a comunicação deve ter como objetivo facilitar comportamentos de adesão, tendo por base determinantes comportamentais: capacidade autopercepcionada para implementar o comportamento, oportunidade para executar o comportamento (incluindo normas/influências sociais e contexto físico facilitador dos comportamentos) e motivação para aderir às recomendações (e.g., percepção de autonomia na decisão, percepção de benefícios versus ganhos, alinhamento com valores e cultura das comunidades).
- A comunicação deve estar alinhada o mais possível com normas sociais. As pessoas são especialmente motivadas para realizarem acções adoptados pelos membros do seu grupo. Assim sendo, a comunicação efectiva passa por criar o sentimento de solidariedade e de alinhamento das mensagens com a norma social de responsabilidade pelos outros.

## MÉTODOS

Revisão narrativa da literatura. De forma a adequar a evidência recolhida com base na revisão da literatura à realidade Portuguesa, foram também realizadas entrevistas com quatro profissionais da comunicação social (imprensa escrita e televisão) com funções de edição e/ou de direcção, incluindo: Carlos Daniel (RTP), Henrique Garcia, José Alberto Carvalho (TVI), Andreia Sanches (Público), João Vieira Pereira (Expresso), João Silvestre (Money Money Money, Expresso). Estas entrevistas individuais aprofundadas, não-estruturadas (ou seja, temáticas), foram subordinadas ao tema genérico: “Como potenciar a articulação entre os decisores políticos e autoridades de saúde com os media, de forma a promover comportamentos de saúde relacionados com a COVID-19”.

<sup>1</sup> Berg et al., 2021; <sup>2</sup> Bish & Michie, 2010; <sup>3</sup> Webster et al. 2020; <sup>4</sup> Tang et al., 2020; <sup>5</sup> Hyland-Wood B et al., 2021; <sup>6</sup> Mowbray et al., 2016; <sup>7</sup> Wright et al., 2020; <sup>8</sup> WHO, 2017; <sup>9</sup> Reynolds & Seeger 2005; <sup>10</sup> DGS, 2020; <sup>11</sup> The British Psychological Society, 2020; <sup>12</sup> Ghio et al., PsyArXiv Preprints.