



**PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA
COMUNICAÇÃO DE RISCOS E CRISE BASEADOS
NA PERCEÇÃO DE RISCOS
- CoronaVírus 2019-nCoV**

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

Princípios orientadores para comunicação de riscos e crise, baseados na perceção de riscos –
Coronavírus 2019-nCoV

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2020

EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45, 1049-005 Lisboa

Tel.: (+351) 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

AUTORIA

Grupo de Trabalho – Perceção e Comunicação em situação de Crise (GT-PCC)

Direção Geral de Saúde

Miguel Telo de Arriaga, *Direção Geral de Saúde*

Rui Ângelo, *Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil*

Rui Gaspar, *Universidade Católica Portuguesa*

Teresa Espassandim, *Ordem dos Psicólogos Portugueses*

Gisela Leiras, *ACeS Baixo Mondego*

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS.....	iii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	iii
ENQUADRAMENTO.....	1
PERCEPÇÃO DE RISCO, ADESÃO A COMPORTAMENTOS PROTETORES E O PAPEL DA COMUNICAÇÃO.....	2
MODELO DE CRISE.....	6
MODELO DE PERIGO ATUAL	8
ANEXOS.....	12

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Comunicação de risco vs. crise	4
Quadro 2. Classificação qualitativa - Indicadores de exigências e recursos.....	9
Quadro 3. Classificação dos níveis de percepção de risco	10
Quadro 4. Modelo atual – Novo Coronavírus (2019-nCoV) a 31-01-2020	10

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Abordagem do desvio normativo. Fonte: Adaptado de Gaspar, Barnett & seibt, 2015	2
Figura 2. Modelo de comunicação de crise. Fonte: Adaptado de Reynolds, Hunter-Galdo, & Sokler,2002.....	6
Figura 3. Modelo de cálculo do nível de percepção de risco	9
Figura 4. Variação das pesquisas no motor de busca Google com os termos "Coronavírus", "Pneumonia", "China", "Tosse" e "Febre", entre os dias 1 e 30 de janeiro. Fonte: Google Trends	11

ENQUADRAMENTO

Eventos específicos que envolvem riscos para a saúde, como é o caso de epidemias ou pandemias são frequentemente classificados como **crises** pelos media, autoridades e outras partes interessadas.

Apesar de existirem diferentes visões daquilo que define uma crise, existem características consensuais: é um evento **inesperado**, definido como uma **ameaça**, com um **potencial elevado de consequências negativas** para indivíduos e organizações e com sentido de **urgência**, exigindo respostas rápidas da sociedade. Contudo não há ainda um entendimento claro por parte das autoridades de saúde e entidades decisoras sobre o momento a partir do qual os indivíduos percebem e acordam a existência de uma crise.

Geralmente a definição de crise resulta apenas da preocupação tangencial para as partes interessadas, sendo o seu foco principal os **comportamentos individuais** que devem ser alterados para atenuar ou mitigar a crise, independentemente da **perceção** que as pessoas possam ter ou se existe consenso alargado de que uma crise emergiu. No entanto, as intervenções ou comunicações de crise que recomendam um conjunto de comportamentos de proteção podem ser ineficazes se não tiverem em conta a forma como os indivíduos avaliam as características da situação. Por exemplo, estarão conscientes do risco? A **consciência dos riscos** é condição necessária para que tenham motivação para a precaução e adiram às recomendações de ações necessárias para mitigar a crise.

Como tal, importa analisar **perceções de riscos, representações individuais e sociais** das características da situação de crise, crenças enviesadas, nomeadamente acerca de comportamentos de proteção, fontes e consequências do risco, e outras variáveis que permitam compreender como os indivíduos e grupos - com diferentes características e vulnerabilidades - percebem a crise no sentido de providenciar evidências para uma **comunicação de crise e de riscos associados**, que seja **customizada** às suas cognições, emoções, motivações e comportamentos.

PERCEÇÃO DE RISCO, ADESÃO A COMPORTAMENTOS PROTETORES E O PAPEL DA COMUNICAÇÃO

Para uma crise em saúde ser percebida pelas pessoas como estando presente, estes devem (ver Figura 1):

1. Constatar um “desvio normativo” face ao que existia antes (i.e. situação “normal”);
2. Avaliar a presença de uma ameaça (para o próprio e/ou outras pessoas);
3. Implementar estratégias para reduzir ou eliminar essa ameaça, baseada na procura e mobilização de recursos (individuais e sociais).

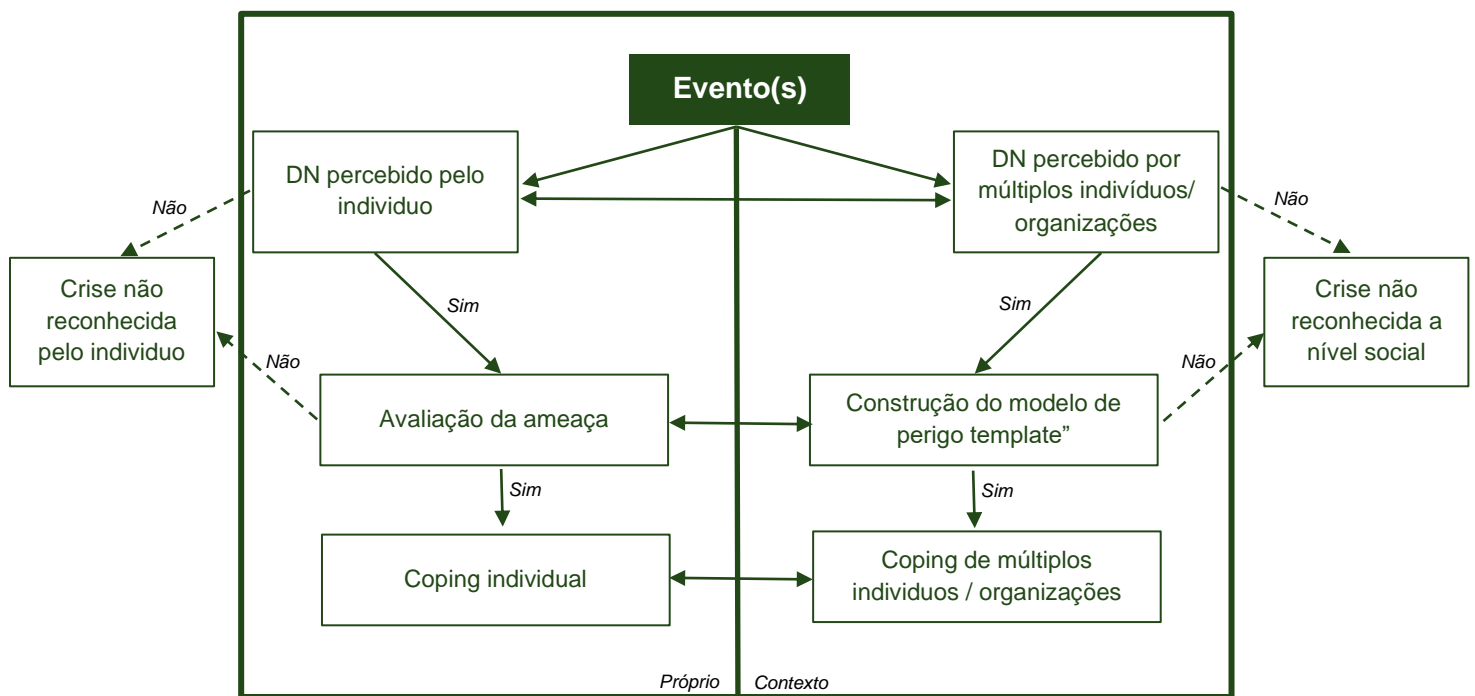


Figura 1. Abordagem do desvio normativo. Fonte: Adaptado de Gaspar, Barnett & seibt, 2015

Nota: DN = Desvio Normativo

Numa situação caracterizada pelas autoridades de saúde, media e outras partes interessadas como uma crise – como é o caso das epidemias ou pandemias - é expectável que a maioria das pessoas perceba a ocorrência de um “desvio normativo”. No entanto, poderá não existir consenso na percepção de que a emergência de uma situação “nova” seja avaliada como ameaçadora, pelo que algumas pessoas poderão caracterizar a situação como “alarmismo”, subestimando ou mesmo negando a presença de ameaça, o que implicará a não adoção de estratégias de mitigação e comportamentos protetores associados.

Face a estes cenários epidemiológicos, as pessoas podem sentir necessidades, nomeadamente de informação, atividades e outros recursos, percecionado o evento como uma **ameaça**, ou por outro lado avaliar os seus recursos como suficientes para enfrentar a situação, vivenciando-a como uma situação de **desafio**. Desta forma, quando aumentamos a percepção de disponibilidade de recursos das pessoas, estamos a capacitá-las para lidar com o **risco** presente, reduzindo a percepção de ameaça.

Neste contexto, e no sentido de facilitar a adesão a recomendações comunicadas pelas autoridades de saúde em situação de crise, importa identificar:

- **Perceção de risco:** Julgamento ou avaliação subjetiva de risco realizado por uma pessoa. Esta é determinada por características percebidas do risco (i.e. dimensões psicométricas) que podem traduzir-se em questões como: “a exposição ao risco é voluntária?”, “o efeito é imediato?”, “o risco é conhecido por quem está exposto? é conhecido pela ciência?”, “o risco é controlável? é novo? tem grande potencial catastrófico? é potencialmente ameaçador?”, “as consequências são potencialmente graves?” “existe confiança nos gestores do risco?”.
- **Crenças enviesadas:** Ideias, pensamentos, cognições não baseadas em evidências factuais (e.g. contágio através de roupa fabricada na China).
- **Perceção de exigências:** avaliação do perigo, incerteza e esforço necessário, inerentes à situação.
- **Perceção de recursos:** avaliação de conhecimentos, habilidades e capacidades (e.g. resolução de problemas), características individuais e disposicionais (e.g. resiliência; optimismo) e suporte externo (e.g. informacional, institucional) relevantes para o desempenho durante a crise, como recursos pessoais e/ou sociais avaliados como disponíveis para lidar com as exigências colocadas pela situação.

Com base nisto e para aderir a recomendações de comportamentos protetores, as pessoas deverão:

- **Ter consciência do risco e percecionar níveis moderados-elevados de risco**, como motivação para agir.
- **Avaliar os recursos disponíveis como elevados ou adequados para lidar com as exigências colocadas pela situação**, configurando a percepção da crise como um desafio (recursos > exigências). Caso os recursos sejam avaliados como baixos ou inadequados, configura-se a percepção da crise como uma ameaça (recursos < exigências).

Consequentemente, a **comunicação de riscos** deverá globalmente contribuir para:

- **Aumento da consciência do risco**, sensibilizando as pessoas para a presença do risco (por comparação a uma situação “normal” anterior em que esta seria mais reduzido ou ausente).
- **Manter a percepção de risco em níveis moderados-elevados** (mas não demasiado elevados, evitando induzir sentimentos de impotência), tendo por base evidências sobre

como são percebidas as características do **perigo** e da situação, pessoas afetadas, entre outros, usando o modelo (*template*) do perigo.

A **comunicação de crise** deverá globalmente contribuir para:

- **Reduzir a percepção de exigências** – Reduzir a **percepção de esforço** associado a recomendações para comportamentos protetores (e.g. promover a percepção de que é “fácil/simples” lavar as mãos) e reduzir **percepção de incerteza associada à situação** (e.g. causas e consequências do contágio; eficácia de medidas implementadas; critérios para quarentena; comunicar números em conjunto com formatos alternativos não numéricos ou gráficos/pictogramas como a % de mortalidade) e aos **comportamentos a adotar** (e.g. o que fazer exatamente para reduzir o risco).
- **Incrementar a percepção de recursos disponíveis** (pessoais e sociais) – **capacitação** das pessoas (conhecimentos, habilidades e capacidades; e.g. facilitar resolução de problemas como “o que fazer se esgotarem máscaras protetoras no mercado?”); **suporte externo** (e.g. reforçar redes comunitárias de suporte a grupos vulneráveis; incrementar a qualidade de informação disponível mas não a quantidade, de forma a reduzir complexidade e sobrecarga de informação); reforço de **caraterísticas disposicionais positivas** (e.g. resiliência - “o que podemos aprender com esta crise que podemos aplicar na próxima?”; otimismo - “nenhuma crise é para sempre”).
- **Reduzir crenças enviesadas** - Hoje em dia a velocidade de transmissão de notícias é mais rápida que a velocidade de transmissão de um vírus, tornando-se necessário combater mitos e falsas notícias que surgem “ao minuto”. Devem atenuar-se os efeitos de amplificação social do risco, partilhando “contrainformação” de saúde que saliente os riscos de comportamentos alternativos (e.g. curas milagrosas) e reduza enviesamentos (e.g. focos de contágio não comprovados).
- **Evitar efeitos colaterais da comunicação**, como por exemplo o reforço de estereótipos negativos e de comportamentos de preconceito e evitamento social. Exemplo: Recomendação: Evitar contato próximo com quem tem tosse ou febre ⇔ vírus surgiu na China ⇔ evitamento de chineses.
- **Transformar a crise numa oportunidade para a promoção da literacia em saúde** - epidemias apresentam-se como uma boa oportunidade para a literacia em saúde e particularmente relembrar a etiqueta respiratória e higiene das mãos.

Quadro 1. Comunicação de risco vs. Comunicação de crise

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

Fonte: Adaptado de Reynolds & Seeger, 2005

MODELO DE CRISE

Segundo o modelo CERC (Crisis & Emergency Risk Communication; Reynolds, 2002; Reynolds & Seeger, 2005), as crises podem ser descritas como um processo constituído por 5 fases (ver Figura 2):

- 1) Pré-crise;
- 2) Fase Inicial;
- 3) Fase de Manutenção;
- 4) Resolução;
- 5) Avaliação.

Estando neste momento a epidemia do Novo Coronavírus (2019-NCoV) na etapa de contenção, considera-se que a fase inicial da crise (fase 2) já foi ultrapassada, representando a fase 3 – manutenção – a etapa presente.



Figura 2. Modelo de comunicação de crise. Fonte: Adaptado de Reynolds, Hunter-Galdo, & Sokler, 2002

Alguns dos aspetos centrais exigidos na fase 3 atual - manutenção da crise - são por exemplo “ajudar o público a compreender os riscos de forma mais precisa”, “empoderar na tomada de decisão de risco-benefício” e “explicar recomendações”.

Para alcançar estes objetivos, considera-se que existem cinco necessidades das pessoas a satisfazer, em situação de crise:

1. Obter os **factos desejados** (e.g. informação sobre fontes de contaminação);
2. **Capacitar** para a tomada de decisão (e.g. informação sobre comportamentos de proteção);
3. **Envolver** as pessoas como participantes, não como espectadores (i.e. comunicação bidirecional);
4. Vigiar a **distribuição de recursos** (e.g. não existirem pessoas europeias de 1ª e de 2ª na distribuição de apoio ao repatriamento a partir da China);
5. Recuperar ou preservar o **bem-estar** e a **normalidade** (e.g. garantias de “normalidade” e reduzida disrupção de atividades sociais, económicas, ...).

Em conjunto com a satisfação destas necessidades na atual etapa de crise, no sentido de promover uma eficaz comunicação em situação de crise, é necessário igualmente evitar um conjunto de **falhas da comunicação que destroem o sucesso operacional**:

1. **Mensagens “mistas”** de múltiplos especialistas;
2. Informação partilhada **tarde**;
3. Atitudes **paternalistas**;
4. Não combater **rumores e mitos** em tempo real;
5. Lutas públicas de **poder e confusão**.

MODELO DE PERIGO ATUAL

Um *template* ou **modelo de perigo** define-se como uma estrutura para entender as informações de risco que incluem informações sobre o próprio perigo, sobre as organizações, grupos e indivíduos afetados por ele e envolvidos na sua gestão.

Este modelo funciona como uma **representação social**, sendo socialmente construído por agências de risco, políticos, jornalistas e outros que influenciam a percepção dos indivíduos. O indivíduo também pode contribuir para este modelo, procurando atribuir significado e interpretando as informações que possui sobre o assunto podendo compartilhar essa interpretação e emoções associadas com outros indivíduos, por exemplo, através dos media sociais.

De forma a construir o modelo atual do Novo Coronavírus (2019-nCoV) em Portugal, foram recolhidos dados preliminares de mensagens/comentários partilhadas nas página de Facebook® e Instagram® da DGS e INEM.

Procedeu-se a uma análise qualitativa temática theory-driven tendo por base duas categorias globais e respetivas subcategorias:

- **Exigências** (perigo; esforço; incerteza)
- **Recursos** (conhecimentos, habilidades e capacidades; disposições; suporte externo).

As exigências podem ser definidas como condições ou requisitos acrescidos, perante o desvio normativo que a situação de crise impõe. Por outro lado, os recursos são entendidos como as ferramentas individuais e sociais que capacitam as pessoas para lidar positivamente com a situação de crise. Quando a categorização dos comentários em “recursos” é predominante estamos perante uma situação de **desafio**, e quando esta é feita em “exigências” classificamos o evento como uma **ameaça**.

Foram analisados um total de 73 comentários, 62% (n=45) classificados como exigências e 38% (n=28) classificados como recursos. O rácio recursos/exigências é de 0,62, ou seja, as pessoas sentem necessidades acrescidas, não entendendo ainda os seus recursos como suficientes. Neste caso define-se a percepção de risco das pessoas como uma de ameaça, devendo o objetivo da comunicação de crise ser o de aumentar a disponibilidade de recursos, para o evento ser percebido como um desafio.

Os indivíduos manifestaram incerteza e sensação de perigo em relação à chegada de viajantes e necessidade de rastreios de casos nos aeroportos: “Controlo nos aeroportos já!!!! Ou estão à espera que alguém morra...???", “Controlos nos aeroportos há?”. Por outro lado, também mostraram conhecimento em relação aos sintomas e medidas de prevenção e confiança nas autoridades e medidas tomadas: “Neste caso, deve-se evitar que quem estiver infetado se dirija para o hospital para não espalhar a infeção. Daí a importância de se telefonar para SNS 24. É prudência, não é telepatia”, “Protejam prevenindo e saibam que a OMS e a comunidade internacional está atenta!”.

A partir das mensagens analisadas, construiu-se o seguinte modelo enquanto atual representação social da crise suscitada pelo cluster de Novo Coronavírus (2019-nCoV):

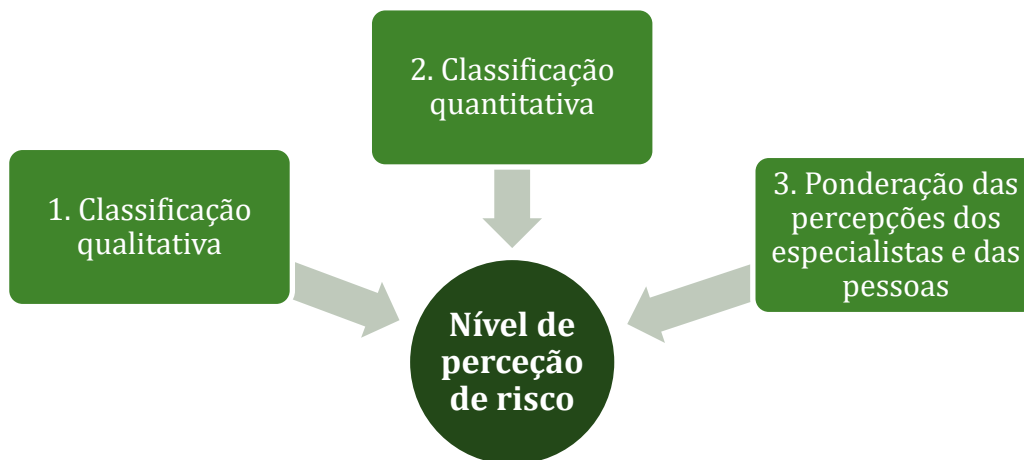


Figura 3. Modelo de cálculo do nível de percepção de risco

- 1. Classificação qualitativa – Avaliação por especialistas (ciências do comportamento) – Indicadores de exigências e recursos:** a classificação qualitativa baseia-se na avaliação de especialistas da área das ciências do comportamento (psicologia), baseada na interpretação de evidências científicas obtidas a partir de dados sobre percepções de risco, avaliações de exigências/recursos e outras variáveis relevantes recolhidas.

Quadro 2. Classificação qualitativa - Indicadores de exigências e recursos

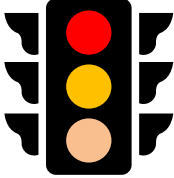
Exigências (E)			Recursos (R)		
Perigo	Esforço	Incerteza	CHC	D	S
++	+	+++	+	0	+
6			2		

Legenda: CHC – conhecimentos, habilidades e capacidades, D – disposições, S – suporte externo, 0 - ausência de indicador, + Nível baixo (1), ++ Nível moderado (2), +++ Nível elevado (3). Nível elevado (E ou R) = 9-7; Nível moderado (E ou R) = 6-3; Nível baixo (E ou R) = 2-0

- 2. Classificação quantitativa – Indicadores de ameaça/desafio:** a classificação quantitativa baseia-se em evidências científicas obtidas a partir de dados sobre percepções de risco, avaliações de exigências e recursos e outras variáveis relevantes recolhidas. Nota metodológica: os dados foram recolhidos a partir de monitorização dos media sociais (páginas de facebook® da DGS e INEM) e codificados tendo por base uma análise qualitativa theory-driven de indicadores de exigências e recursos. Opcionalmente, poderão ser incluídos dados quantitativos recolhidos a partir de inquéritos aplicados longitudinalmente.
- 3. Nível de percepção de crise, baseada na avaliação de especialistas e percepção das pessoas:**

- valor diferença **R-E [-9 a -5]** (especialistas) **ou Rácio R/E < 1** (pessoas) = Avaliação de evento como Ameaça ⇔ Evento percecionado como **Crise**, configurando uma ameaça para a qual não se avalia ter recursos suficientes para lidar.
- valor diferença **R-E [-3 a +9]** (especialistas) **ou Rácio R/E > 1** (pessoas) = Avaliação de evento como Desafio ⇔ Evento não percecionado como **Crise**, configurando uma ameaça para a qual se avalia ter recursos suficientes para lidar.
- valor absoluto **diferença R-E [-4]** ou **Rácio R/E = 1** (pessoas) ⇒ Ponto de corte definidor da percepção de um evento(s) como crise. Nota metodológica: o ponto de corte dos especialistas estabelece-se como mais “exigente” do que o das pessoas, no sentido em que para caracterizar a presença de uma crise “muito grave” é necessário que existam evidências científicas muito fortes, para o caracterizar como tal.

Quadro 3. Classificação dos níveis de percepção de risco



Especialistas	Pessoas
R-E [-9 a -5]	R/E < 1
R-E [-4] ou R-E [-3 a +9]	R/E > 1, R/E = 1 ou R/E > 1
R-E [-3 a +9]	R/E < 1

Quadro 4. Modelo atual – Novo Coronavírus (2019-nCoV) a 31-01-2020

Nível	Especialistas	Pessoas
	R-E = - 4	Rácio R/E > 1

Posteriormente foi ainda analisado o *google trends*, constatando que:

- Em Portugal as pesquisas pelo termo “Coronavírus” intensificaram-se a 21 de janeiro, com um pico dia 25 de janeiro;
- Desde o dia 21 de janeiro houve mais de 139k de pesquisas sobre o Novo Coronavírus com os termos: “Vírus China”, “Coronavírus”, “Coronavírus sintomas” “Coronavírus Portugal” e “Corona”;
- O termo “Coronavírus” foi o mais pesquisado nos dias 23 janeiro e 24 de janeiro.

Importa referir que nos dias 22 e 23 de janeiro o Comité de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional reuniu, tendo decidido não declarar Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional e no dia 23 de janeiro, as Autoridades Chinesas cancelaram todos os voos e transportes públicos na cidade de Wuhan. No dia 25 foi lançado na página da DGS uma subpágina sobre o Novo Coronavírus (2019-nCoV) e divulgada informação como perguntas frequentes e panfletos. A primeira publicação no Facebook da DGS sobre o Novo Coronavírus (2019-nCoV) foi no dia 14 de janeiro e a segunda, que correspondeu ao primeiro panfleto informativo foi no dia 25 de janeiro.

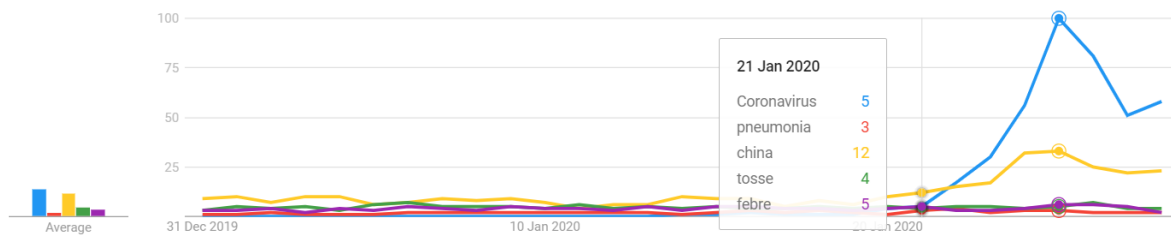


Figura 4. Variação das pesquisas no motor de busca Google com os termos "Coronavírus", "Pneumonia", "China", "Tosse" e "Febre", entre os dias 1 e 30 de janeiro. Fonte: Google Trends

ANEXOS

CHECKLIST:

COMUNICAÇÃO DE RISCO PARA O NOVO CORONOVÍRUS (2019-nCoV)

I. NACIONAL

PLANEAMENTO

- Designar um **porta-voz**: Autoridade de Saúde Nacional/Diretora-Geral da Saúde
- Criar **comité nacional de resposta ao Novo Coronovírus (2019-nCoV)**
 - Reunir** com comité nacional de resposta ao novo Coronovírus
 - Identificar a instituição que irá **liderar** a comunicação: Direção-Geral da Saúde
 - Avaliar o estado de **preparedness**, nomeadamente dos recursos humanos, financeiros e materiais
 - Identificar a **população alvo** para cada instituição parceira e estabelecer **objetivos** gerais para gerir emergências de saúde pública
- Criar e rever regularmente o **plano de comunicação**:
 - Definir as funções de cada membro (instituição) da equipa de comunicação (**fluxo de informação interinstitucional**)
 - Definir as funções da equipa de comunicação dentro da instituição durante a crise (**fluxo interno da informação**)
 - Preparar uma lista que descreve como a informação será comunicada, quem irá comunicar e o que será comunicado (**cadeia de comando**)
 - Preparar **protocolos** para reportar informação com indicações específicas sobre o papel de cada um dos envolvidos em relação ao reporte interno e externo, considerando as recomendações do RSI
 - Identificar **canais de comunicação**
 - Selecionar os **canais de comunicação** que vão ser usados para distribuir mensagens: e-mail, rádio, Internet, televisão, posters, placards, ...
 - Criar e atualizar bases de dados com os contactos dos **media**
 - Definir a logística da colaboração com os media, fornecimento de materiais e atualizações

- Cooperar com os editores e repórteres para facultar informação e apoio aos jornalistas
- Identificar mecanismos para comunicar com **populações específicas** (idosos, crianças...) e com **pessoas isoladas** para garantir que vão ter acesso a assistência e definir os **canais de comunicação** a ser usados para cada uma das populações
- Criar uma **lista com rede de apoio** (profissionais de saúde, promotores de saúde)
 - Identificar e criar uma **base de contactos com os stakeholders** (grupos juvenis, escolas, câmaras, igrejas, associações...) e envolvê-los nas atividades de preparação
 - Trabalhar com e **envolver celebridades** que tenham participado em campanhas anteriores e criar uma lista com outras celebridades a contactar
- Preparar um conjunto de **mensagens chave** para diferentes contextos e níveis de emergência
 - Preparar mensagens e material de comunicação** em todas as línguas e dialetos falados pela população alvo
 - Preparar mensagens chave sobre **prevenção** baseada na evidência sobre conhecimento e atitudes relacionadas com emergências
 - Preparar **orientações** para profissionais de saúde
- Desenvolver **mensagens para os media** com o objetivo de educar a população e promover práticas de prevenção
 - Preparar comunicados de imprensa e folhas de perguntas e respostas** com informação sobre doenças que possam dar origem a uma emergência em saúde pública e sobre a sua prevenção
- Criar uma equipa de **monitorização dos media**
 - Avaliar mecanismos para **monitorizar a efetividade da comunicação** durante uma emergência de saúde pública e métodos para perceber as atitudes e motivação da população
 - Investigar sobre **percepções** da população sobre situações que podem despoletar a crise (febre amarela, dengue, etc.) e **nível de confiança** nas várias fontes de informação, incluindo governos

INICIO DA COMUNICAÇÃO

- Ser o primeiro a iniciar a fase de comunicação** com o objetivo de manter a confiança e transmitindo expectativas realísticas

- A equipa de comunicação inicia as suas funções e aborda as **questões da população**
- Determinar **quem deve liderar** a equipa de comunicação de risco de acordo com a natureza da emergência
- Alertar o(s) porta-voz** e atualizar a informação a ser disseminada através deste(s)
- Ativar a equipa responsável pela **monitorização interna e externa** da informação
- Estabelecer o **fluxo de informação interna** para operacionalizar a informação
- Atualizar constantemente a informação a ser disseminada
 - Averiguar **o que a instituição está a fazer** para abordar a situação
 - Determinar **quem é afetado** pela crise e quais as suas perceções
 - Determinar que **ações devem ser tomadas pela população alvo**
 - Determinar se a informação é **consistente** e obter clarificações adicionais de **peritos** se necessário
 - Determinar a **gravidade** da situação
 - Aconselhar as AS sobre a emergência da perspetiva dos media
 - Estabelecer **linhas de contacto** com peritos de áreas específicas
- Identificar **quem deve ser notificado** de acordo com a cadeia hierárquica de comando e a gravidade da situação (toda a comunidade ou só alguns membros?)
- Disseminar a informação
 - Porta-voz reporta as mensagens atribuídas de forma **empática** e simples
 - As **mensagens pré-preparadas** são distribuídas pela população
 - Os profissionais são informados e estabelecidos **mecanismos de comando e controlo**
 - Preparar os líderes comunitários e *stakeholders* para explicar a situação
 - Comunicar com os media de acordo com os princípios básicos de comunicação em contexto de crise
- Monitorizar comunicação:

- Ativar **call centers** e monitorizar as chamadas
- Reunir com **agentes e líderes comunitários**
- Manter a comunicação com os **media** e garantir que eles recebem informação atualizada através das fontes oficiais
- Monitorizar os **media**, procurando rumores, preocupações ou ações da população
- Garantir **atualização de páginas web**
- Colaborar com o **setor privado** para desenvolver mensagens a serem comunicadas à população através dos profissionais de saúde
- Garantir que os mecanismos para comunicar com populações específicas estão estabelecidos
- Corrigir informação** errada que tenha sido transmitida (pe: rumores)

II. REGIONAL E LOCAL

PLANEAMENTO

- Designar um **porta-voz**
- Estabelecer, se necessário, um **comité regional de resposta ao Novo Coronovírus (2019-nCoV)**
 - Reunir** comité regional de resposta ao novo Coronovírus
 - Estabelecer **ponto focal** de contacto com a instituição que irá liderar a comunicação, a Direção-Geral da Saúde
 - Avaliar o estado de **preparedness**, nomeadamente dos recursos humanos, financeiros e materiais
- Criar e rever regularmente o **plano de comunicação**
 - Definir as funções de cada membro (instituição) da equipa de comunicação (**fluxo de informação interinstitucional**)
 - Definir as funções da equipa de comunicação dentro da instituição durante a crise (**fluxo interno da informação**)
 - Preparar uma lista que descreve como a informação será comunicada, quem irá comunicar e o que será comunicado (**cadeia de comando**)
 - Identificar **canais de comunicação regionais e locais**

- Criar uma **lista com rede de apoio regional e local** (profissionais de saúde, promotores de saúde)
 - Identificar e criar uma **base de contactos com os stakeholders** (grupos juvenis, escolas, câmaras, igrejas, associações...) e envolvê-los nas atividades de preparação

INICIO DA COMUNICAÇÃO

- Identificar **quem deve ser notificado** de acordo com a cadeia hierárquica de comando e a gravidade da situação (toda a comunidade ou só alguns membros?)
- Disseminar a informação preparada a nível nacional
 - As **mensagens pré-preparadas** são distribuídas pela população
 - Os profissionais são informados e estabelecidos **mecanismos de comando e controlo**
 - Preparar os líderes comunitários e *stakeholders* para explicar a situação
- Reportar atualizações ao nível nacional.

CHECKLIST:

PRINCÍPIOS BÁSICOS DA COMUNICAÇÃO DE RISCO EM CONTEXTO DE CRISE

- Seja o primeiro.** Transmitir rapidamente a informação sobre um surto pode ajudar a controlar a transmissão do mesmo. As pessoas lembram-se geralmente da primeira informação que ouviram em contexto de crise, portanto esta deveria chegar de profissionais de saúde. Mesmo que os a etiologia ou outros dados sejam ainda desconhecidos, transmita os factos que estão disponíveis. Transmita informação sobre sinais e sintomas da doença, grupos de risco, tratamento e sobre quando e como procurar cuidados médicos.
- Esteja certo.** Precisão estabelece a credibilidade. A informação deve incluir o que é conhecido e desconhecido. A informação transmitida deve ser coerente com a realidade (ex: não recomende recorrer a um hospital, se este estiver a recusar admissões). Confirme a informação com outros peritos. A transmissão de uma informação incorreta pode comprometer a restante comunicação.
- Não dê demasiadas garantias.** O objetivo não é despreocupar, mas sim gerar atenção de forma calma, manter a perceção de perigo em níveis moderados a altos mas não demasiado elevados, pois é um potencial gerador de perceção de impotência.
- Reconheça a incerteza.** Comunique o que sabe e o que não sabe. Mostre a sua angústia e reconheça a angústia da população em relação à incerteza da situação. "Deve ser horrível ouvir que não podemos responder a esta pergunta neste momento..."
- Expresse que está em curso um processo para se obter mais informação.** "Temos um sistema (plano, processo) para nos ajudar a responder (encontrar respostas, etc.)".
- Dê orientações antecipadamente.** Se estiver ciente de futuros resultados negativos, informe as pessoas do que esperar (pe: efeitos colaterais dos antibióticos.)
- Desculpe-se, não seja defensivo.** Diga "lamentamos que..." ou "sentimo-nos péssimos por..." ao reconhecer erros ou falhas da instituição. Não use "arrepender", pois parece que se está a preparar para uma ação judicial.
- Reconheça os medos das pessoas.** Não diga às pessoas que elas não devem ter medo. Elas têm medo e têm esse direito. Reconheça que é normal o ser humano estar assustado.
- Reconheça a tragédia partilhada.** Algumas pessoas vão ficar menos assustadas do que infelizes, sentindo-se desesperadas e derrotadas. Reconheça a tragédia de um evento catastrófico e ajude a fazê-los ter esperança no futuro através de ações da instituição e de ações que eles possam realizar.

- ❑ **Expresse desejos.** "Gostaria que soubéssemos mais", "Gostaria que nossas respostas fossem mais definitivas."
- ❑ **Pare de tentar aliviar o pânico.** O pânico é menos comum do que se imaginava. O pânico não vem de más notícias, mas de mensagens contraditórias. Se o público for confrontado com recomendações conflitantes e conselhos de especialistas, eles não terão uma fonte confiável para pedir ajuda. Esse nível de abandono abre as portas a oportunistas e ao julgamento em massa. A sinceridade protege a sua credibilidade e reduz a possibilidade de pânico, porque suas mensagens serão verdadeiras.
- ❑ **Em dado momento, esteja disposto a responder às perguntas do tipo "e se".** Essas são as perguntas em que todas as pessoas estão a pensar e querem ouvir respostas de especialistas. Muitas vezes, é impraticável alimentar "e se" quando a crise está contida e provavelmente não afetará um grande número de pessoas; é razoável responder "e se" se o "e se" puder acontecer e as pessoas precisarem de estar emocionalmente preparadas para isso. No entanto, se você não responder às perguntas "e se", alguém responderá. Se você não estiver preparado para abordar "o que é se", perde a credibilidade e a oportunidade de enquadrar as perguntas com factos e recomendações válidas.
- ❑ **Atribua às pessoas coisas para fazer.** Em caso de emergência, algumas ações comunicadas são dirigidas a vítimas, pessoas expostas ou pessoas com potencial de exposição. No entanto, aqueles que não precisam de tomar medidas imediatas tenderão a seguir essas recomendações e poderão precisar de ações substitutas próprias para garantir que não agem prematuramente com base nas recomendações que não são para elas. Ações simples em caso de emergência darão às pessoas uma sensação de controlo e ajudarão a mantê-las motivadas a manterem-se atentas ao que está a acontecer e preparadas para agir quando instruídas a fazê-lo. Dê-lhes uma escolha de ações correspondentes ao seu nível de preocupação.
- ❑ **Exija mais das pessoas.** Talvez o papel mais importante do porta-voz seja pedir às pessoas que assumam o risco com ele. As pessoas podem tolerar riscos consideráveis, especialmente riscos voluntários. Se você reconhecer o risco, a gravidade, complexidade e os medos legítimos das pessoas, poderá pedir que assumam o risco durante a emergência e trabalhem em busca de soluções. Como porta-voz, especialmente um que esteja no local e corra risco, pode torna-se o modelo do comportamento apropriado.
- ❑ **Seja empático, demonstre experiência, dedicação e acompanhamento.** São esses os elementos que constroem a confiança. Como porta-voz, precisa rapidamente de criar confiança e credibilidade se desejar que as suas recomendações de saúde pública sejam seguidas.
- ❑ **Comunique de forma simples.** Sem utilizar jargão ou demasiados números e mensagens fáceis de lembrar (pe: comunicar números em conjunto com formatos alternativos não numéricos ou gráficos/pictogramas como a taxa de mortalidade).
- ❑ **Seja respeitador.** Comunicação respeitadora é particularmente importante para pessoas que se sentem vulneráveis. Reconheça diferenças culturais e práticas em relação à

doença e trabalhe junto das comunidades adaptando-se às suas crenças e comportamentos de forma a gerar compreensão e promover cooperação. Devem ser evitados efeitos secundários decorrentes da comunicação de crise, como por exemplo o reforço de estereótipos negativos e de comportamentos de preconceito. (pe: “Evitar contato próximo com quem tem tosse ou febre”; vírus surgiu na China → evitar chineses).

REFERÊNCIAS:

- Gaspar, R., Barnett, J. & Seibt, B. (2015). Crisis as seen by the individual: The Norm Deviation Approach. *Psychology*, 6, 103-135. doi: 10.1080/21711976.2014.100220
- Kasperson, J. X., Kasperson, R., Pidgeon, N. F., & Slovic, P. (2003). The social amplification of risk: Assessing fifteen years of research and theory. In N. F. Pidgeon, R. K. Kasperson, & P. Slovic (Eds.), *The social amplification of risk* (pp. 13–46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Reynolds, B. (2002). *Crisis and emergency risk communication*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Reynolds, B., & Seeger, M. (2005). Crisis and emergency risk communication as an integrative model. *Journal of Health Communication*, 10, 43–55. doi:10.1016/j.taap.2010.10.023
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280–285. doi:10.1126/science.3563507